LIBRO DE RESUMEN

XVII JORNADAS CIENTÍFICAS
EDF 2021
II JORNADAS VIRTUALES
14 y 15 de mayo del 2021

Directores

Dr. John Mosquera V.

Presidente Sociedad Médica Sexta Región

Dr. Francisco Roa S.

Director Médico Hospital de Pichilemu

Coordinadores

Dra. Patricia Tobar A.

Dr. Rodrigo Moreno S.

Sociedad Médica Sexta Región

Dr. Alejandro Cerda G.

Hospital de Pichilemu

ENFISEMA SUBCUTÁNEO MASIVO SECUNDARIO A TRAUMA DE BAJA ENERGÍA

Macarena Abarca Cruz, Rodrigo Díaz Saavedra, Javier Sánchez Cornejo
Médicos EDF Hospital San Francisco de Llay-Llay.

INTRODUCCIÓN: Enfisema subcutáneo corresponde a la presencia anormal de aire en el tejido subcutáneo, se considera "masivo" cuando se expande fuera del tórax. La etiología suele estar relacionada a trauma torácico, intervenciones quirúrgicas o técnicas invasivas, que causen lesiones en vía aérea o tubo digestivo, presentando una baja incidencia. **CASO CLÍNICO:** Masculino 31 años tabáquico, consulta por dolor torácico tipo pleurítico, sin síntomas respiratorios, niega traumatismos. Saturación 96%, sin apremio respiratorio, aumento de volumen en tórax anterior derecho blando, difuso, indoloro, crépitos a la palpación. Radiografía de tórax, enfisema subcutáneo derecho, sin neumotórax ni fracturas costales visibles. Se completa estudio con tomografía computada de tórax: fractura de séptima costilla derecha, neumotórax leve, atelectasia basal derecha, enfisema subcutáneo. Posteriormente paciente relata caída de nivel en estado de ebriedad, se descarta manejo quirúrgico con manejo ambulatorio sintomático. Tras 48h, consulta por progresión de enfisema comprometiendo tórax, cuello, abdomen y escroto, sin compromiso de la mecánica ventilatoria ni desaturación, radiografía control: neumotórax derecho moderado. Se instala drenaje pleural con resolución de neumotórax y disminución progresiva de enfisema subcutáneo. **DISCUSIÓN**: El enfisema subcutáneo suele tener un curso benigno, su presentación extendida puede causar síndrome compartimental con compresión de tráquea y vasos del cuello. El tratamiento suele corresponder al control de la patología originaria, sin embargo, la literatura recomienda manejo individualizado del enfisema en caso de incomodidad severa del paciente, aumento progresivo de la superficie o dificultad respiratoria. No existen suficientes estudios para recomendar un MÉTODO terapéutico, se describen tres técnicas efectivas: drenaje aspirativo con catéter multiperforado de cavidad pleural, drenaje pasivo con angiocatéteres subcutáneos e incisiones supraclaviculares con drenaje. **CONCLUSIÓN:** El enfisema subcutáneo masivo es una patología poco frecuente, que puede comprometer la correcta ventilación. El tratamiento habitual es el correcto drenaje de la cavidad pleural como se presenta en este caso.

CANCER GASTRICO: ANEMIA, UNA FORMA DE PRESENTACION

Florencia Abatto Felmer (1), Javier Vargas Neira (1), Aileen Oñate Contreras (2), Francisca Pineda Acuña
(1) Medico EDF Centro de Salud Familiar La Leonera, (2) Medico EDF Posta de Salud Rural Recinto

INTRODUCCION Y OBJETIVOS: El cáncer gástrico es uno de los tumores más frecuentes dentro de la población chilena, siendo también uno de los que producen más muertes anualmente. Un diagnostico precoz, permite mejorar la sobrevida. Este trabajo tiene por objetivo, mostrar una forma común de presentación, pero que muchas veces es poco valorada y estudiada a profundidad: la anemia. **MATERIAL Y METODO:** Paciente femenina de 69 años, con antecedentes de HTA, DM2 IR e IAM. Presencia de anemia severa con necesidad de transfusión en dos oportunidades durante el último año y disminución de la serie roja desde el año 2014, siendo tratada en múltiples ocasiones con sulfato ferroso, con respuesta parcial. Antecedentes desconocidos de cáncer familiar. Cuadro caracterizado con leve epigastralgia, sin baja de peso, cambio en las deposiciones ni hemorragia digestiva. Sin sangrado ginecológico. Destacan en diversos exámenes ferritina 6.3, recuento de reticulocitos <2%, test de Weber negativo. EDA evidencia úlcera gástrica angular de aspecto neoplásico y biopsia un adenocarcinoma tubular poco diferenciado infiltrante en mucosa gástrica. Se deriva a nivel secundario, donde se realiza TAC-TAP que muestra extenso tumor gástrico corporal y de curvatura menor, con adenopatías del ligamento gastrohepático, además de compromiso hepático, pulmonar y mediastínico. Por compromiso local y metastásico, se decide manejo conservador y derivar a cuidados paliativos. **RESULTADO Y CONCLUSIONES**: A pesar que la anemia por sí sola no es la forma más frecuente de presentación del cáncer gástrico, se concluye de este caso que debe tenerse presente como una opción en pacientes con anemia de origen ferropénico sin causa clara. **COMENTARIOS**: El cáncer gástrico es una patología que mejora su pronóstico notoriamente en caso de ser detectado de forma precoz. Es por eso que siempre se debe estar pendiente a sus síntomas cardinales.

RELEVANCIA DE ABORDAJE INICIAL EN CUADRO DE ARTRITIS SÉPTICA Y DERIVACIÓN OPORTUNA EN HOSPITAL DE BAJA COMPLEJIDAD. A PROPÓSITO DE UN CASO.

Felipe Abusleme Peñaloza (1), Ignacia Martínez Madrid (2), Stephani Cortés Silva (3), Eugenia Ossandón López (3)
(1) Médico EDF Hospital San Pedro los Vilos, (2) Médico Cirujana, Hospital San Pedro Los Vilos,
(3) Médica EDF Hospital San Pedro de Los Vilos

INTRODUCCIÓN: La artritis séptica corresponde a la infección intraarticular causada generalmente por bacterias. Se presenta como monoartritis siendo el mecanismo de infección más frecuente la siembra hematógena, principalmente de articulaciones grandes. Dentro de los factores predisponentes más relevantes se encuentra poseer una enfermedad articular preexistente**.** Esta infección suele ser monomicrobiana siendo el *S. aureus* el patógeno más común en adultos. **MATERIAL Y METODO:** Se rescata información de ficha electrónica, exámenes de laboratorio e imagenológicos del sistema del Hospital San Pedro Los Vilos. **DESCRIPCIÓN:** Paciente femenina de 66 años, con antecedentes de DM2IR y poliartrosis. Consulta en Urgencia por cuadro de gonalgia izquierda de 3 días de evolución, asociada a aumento de volumen progresivo y calor local, con dolor a la extensión de rodilla, sin episodios de fiebre. Sin antecedentes de traumatismos ni lesiones dérmicasAl examen físico destacaba: Aumento de volumen rodilla izquierda asociado a aumento de la temperatura local, no observándose puerta de entrada, sin cambios tróficos ni heridas. Signo del témpano (+), bloqueo articular esbozado con dificultad e imposibilidad a la extensión, neurovascular conservado. Se realizan exámenes de laboratorio: Leucocitos: 10.600 con Segmentados 64%, PCR 142.7. En radiografía de rodilla bilateral se observa artrosis tricompartimental bilateral, mayor en rodilla izquierda. Se realiza toma de hemocultivos periféricos y punción articular bajo técnica aséptica dando salida de líquido articular purulento y turbio. Se solicita estudio en donde destaca: análisis químico: glucosa 243 mg/dl / proteínas 4.0 gr/dl, análisis microscópico leucos 12-15 x cpo, eritrocitos 1-3 x cpo, bacterias escasa cantidad, recuento de leucocitos 29.100, tinción de Gram Cocáceas Gram (+) escasa cantidad. Posterior a la punción se inicia antibioticoterapia empírica con Cefazolina 2 gr ev y se presenta caso a traumatólogo del H. Coquimbo para continuar estudio y manejo por especialista. Allí se realiza aseo quirúrgico y drenaje articular mediante Artrotomía, con Cultivo Corriente de líquido articular positivo para S. Aureus, Hemocultivos negativos. Paciente completa tratamiento antibiótico endovenoso con evolución satisfactoria. **DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN:** El diagnóstico de artritis séptica se basa en el análisis y cultivo del líquido sinovial. Puede establecerse definitivamente en el contexto de una tinción de Gram y / o cultivos positivos del líquido sinovial, como se dio en este caso. El abordaje inicial adecuado incluyendo antibioticoterapia es fundamental para evitar progresión de daño articular.

LIPOMATOSIS MÚLTIPLE FAMILIAR EN ATENCIÓN PRIMARIA: REPORTE DE UN CASO.

Gianella Aceituno Benvenuto (1), Jaime Lira Muñoz (2), Francisco Olivares Garrote (1)
(1) Médico EDF CESFAM Placilla, (2) Médico EDF Hospital San José de Casablanca

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS: El lipoma es el tumor benigno más frecuente de partes blandas. La incidencia en la población general es de 2.1 casos por mil habitantes. Múltiples lipomas en diferentes partes del cuerpo son raros y la mayoría de las veces aparecen producto de un síndrome específico. Si existe una historia familiar concordante, sin características de malignidad o síndromes hereditarios específicos, el diagnóstico de lipomatosis múltiple familiar (en adelante LMF) puede ser realizado. **MATERIAL Y METODO**: Paciente masculino de 64 años con antecedentes de hepatitis A resuelta el 2018 y trombosis venosa profunda de extremidad inferior izquierda diagnosticada el año 2020 en tratamiento con pradaxa. Consulta por cuadro de inicio en la infancia de múltiples tumoraciones indoloras de aumento progresivo, asimétricas, inicialmente en torso y posteriormente en extremidades superiores e inferiores. Refiere historia similar en hermano, madre y abuela materna. Sin antecedentes de patologías oncológicas en la familia. Consulta en marzo 2021 en atención primaria por problemas estéticos y funcionales en relación a lesiones de extremidades superiores (zonas flexoras de codos y axilas). Es evaluado por oncólogo particular quien descarta patología oncológica primaria; dentro de dicho estudio destaca resonancia magnética con contraste la cual informa formaciones quísticas de aspecto simple hepáticas en varios segmentos. Finalmente se diagnostica LMF y se deriva a cirugía plástica para evaluación de escisión quirúrgica de lesiones problemáticas. **RESULTADOS Y CONCLUSIONES:** La LMF es un síndrome hereditario caracterizado por el desarrollo de múltiples lipomas en una distribución específica (en tronco y extremidades, asimétrica). Esta condición suele afectar a más de una generación familiar. Sin bien el lipoma es un tumor benigno frecuente de pesquisar en pacientes, la presencia de múltiples lipomas en distintas partes del cuerpo es extremadamente rara. La LMF se distingue de otros síndromes (lipomatosis simétrica múltiple, adiposis dolorosa, síndrome de Bannayan-Zonana) por 3 elementos: carácter **hereditario** (probablemente autosómico dominante), presencia de múltiples lipomas distribuidos en tronco y extremidades de carácter **asimétrico** y **ausencia de malignidad**. Otro hallazgo importante es que la LMF rara vez involucra hombros o cabeza. La regresión espontánea, degeneración a malignidad y alteración del perfil lipídico son extremadamente raras, sin embargo, **descartar malignidad** es de suma importancia. El tratamiento puede involucrar observación, escisión quirúrgica, endoscópica o liposucción y depende según el caso en particular.

ANGIOSARCOMA VESICAL: REPORTE DE UN CASO.

Esteban Acevedo Améstica (1), Óscar Chávez Collao (1), Andreas Rubilar Sepúlveda (1), Claudio Parra Díaz (2),
(1) Médico EDF Cesfam Lebu Norte, (2) Médico Urólogo Hospital Naval

INTRODUCCIÓN: El Angiosarcoma corresponde a tumor vascular maligno, formado a partir del tejido conectivo de la pared vascular de los vasos sanguíneos. Corresponde a un tumor raro, de baja incidencia y que puede afectar a cualquier órgano, con mal pronóstico y alto índice de recidiva. Respecto a la presencia de este tumor en tejido vesical es sumamente infrecuente y con pocos casos publicados. Esto se traduce en que la información disponible para diagnosticar y tratar de manera correcta este tipo de tumores, son limitadas. **PRESENTACIÓN DEL CASO**: Paciente de 79 años, con antecedentes de hipertensión arterial y hematuria de 5 años de evolución, se realiza ecotomografía vesical (año 2012) que evidencia lesión tumoral confirmada posteriormente con cistoscopía. Se procede a resección transuretral (RTU) vesical con éxito, con biopsia negativa para malignidad. Presenta nuevamente hematuria (año 2015), por lo cual se realiza mismo estudio y RTU, sin complicaciones y biopsia negativa. A comienzos de este año, vuelve a presentar hematuria, se realizan mismos procedimientos, pero se reseca parcialmente lesión tumoral, con biopsia positiva para Angiosarcoma bien diferenciado. Debido a esto se realiza cistectomía radical con derivación urinaria tipo Bricker, sin complicaciones. Posteriormente se envió muestra a biopsia, la cual confirmó presencia de Angiosarcoma vesical bien diferenciado. Actualmente paciente se encuentra en tratamiento quimioterapéutico con buena tolerancia. **DISCUSIÓN**: El Angiosarcoma vesical es un tumor raro y usualmente fatal, presenta el peor pronóstico en comparación a otros sitios de aparición y tiende principalmente a la recidiva asociada a metástasis a distancia. Debido a esto es importante afrontar esta patología de manera multidisciplinaria, combinando el uso de cirugía, quimioterapia y radioterapia para mejorar el resultado del paciente, teniendo siempre en cuenta que es desfavorable.

CARCINOMA DE CÉLULAS RENALES COMO HALLAZGO OPORTUNO: REPORTE DE UN CASO.

Esteban Acevedo Améstica (1), Óscar Chávez Collao (1), Ignacio Fonseca Diaz (2), Claudio Parra Díaz (3)
(1) Médico EDF, Cesfam Lebu Norte, (2) Médico EDF, Cesfam Yobilo, (3) Médico Urólogo, Hospital Naval

INTRODUCCIÓN: El carcinoma de células renales es la lesión sólida más frecuente en el riñón (90% tumores renales malignos), hay predominio de varones de 1,5:1, con una incidencia entre los 60 -70 años. Entre los factores de riesgo está el tabaquismo, obesidad e HTA. Es asintomático y no palpable hasta últimas etapas. Existe una tríada clásica que consiste en dolor en fosa renal, hematuria macroscópica y masa abdominal (6-10%), sin embargo, esta se presenta en etapas avanzadas, por lo cual su hallazgo a través de estudios imagenológicos es una ventaja fundamental para el tratamiento oportuno. **PRESENTACIÓN DEL CASO**: Mujer 54 años con antecedentes de tabaquismo activo de aprox 20 paquetes año, Gastrectomizada parcial por Obesidad ingresa por cuadro de Diverticulitis Aguda a Hospital Naval de Talcahuano. Estudio imagenológico informa hallazgo de lesión cortical renal derecha superior con caracteres de Hipernefroma, sin síntomas Nefrourológicos. Durante hospitalización es evaluada por Urología quien programa Nefrectomía total derecha vía Laparoscópica. Se evidencia en Biopsia Carcinoma de células renales de 6 x 3 x 3.2 cm con bordes libres, localizado en polo superior y extendiéndose al tercio medio renal, grado 1 de WHO/ISUP, sin compromiso de tejido circundante. Debido al oportuno hallazgo y resolución quirúrgica de la lesión, paciente no requirió tratamientos posteriores a cirugía. Actualmente en seguimiento por urología, sin recidiva. **DISCUSIÓN**: Es importante la pesquisa activa de los tumores renales a través de imágenes ya que por ser asintomáticos el diagnóstico llega tarde. Es fundamental en el pronóstico de los pacientes tener este tipo de hallazgos imagenológico en etapas tan tempranas siendo la Nefrectomía total herramienta diagnóstica y terapéutica.

CARCINOMA UROTELIAL DE FOCO MÚLTIPLE: REPORTE DE UN CASO.

Esteban Acevedo Améstica (1), Óscar Chávez Collao (1), Ignacio Fonseca Diaz (2), Claudio Parra Díaz (3)
(1) Médico EDF, Cesfam Lebu Norte, (2) Médico EDF, Cesfam Yobilo, (3) Médico Urólogo, Hospital Naval

INTRODUCCIÓN: Los carcinomas uroteliales son los cuartos tumores más frecuentes del mundo. Pueden aparecer en las vías urinarias inferiores o superiores. Los síntomas son escasos, hematuria macro o microscópica (70 %), dolor en la fosa renal hasta en el 30% y masa lumbar en el 15 %. Los tumores que invaden la pared muscular tienen un pronóstico muy malo. La supervivencia específica a los 5 años es < 50 % en los tumores t2-t3 y < 10 % en los t4. **PRESENTACIÓN DEL CASO**: Masculino 63 años con antecedentes de Artritis Reumatoide. Consulta por dolor lumbar en urgencias en cual se estudia con PieloTC y tomografía computada (TC) urológica que informa hidroureteronefrosis derecha con defecto en grupo calicial superior derecho de borde irregular de 1,5 cm en probable contexto de neoplasia de células transicionales, examen de orina evidencia microhematuria, se realiza Ureteroscopía con biopsia que informa Carcinoma urotelial de bajo grado. Sin metástasis. Posterior a Nefroureterotomía derecha radical, biopsia informa Tumor mayor de cáliz superior y perirrenal de 4.5 x 2.8 cm carcinoma urotelial papilar de alto grado con infiltración de tejido adiposo y parénquima, permeación linfovascular positiva T3Nx. Tumor menor de uréter distal de 1 cm informado como carcinoma urotelial papilar de bajo grado sin invasión estromal ni permeación linfovascular. Se inicia Quimioterapia y tras control con cistoscopia se evidencian múltiples tumores vesicales que a la biopsia son informados como carcinoma urotelial de bajo grado sin signos de invasión. Se decide suspensión de quimioterapia y realizar RTU vesical. Se realiza evaluación por comité oncológico donde se decide continuar con ciclos de quimioterapia con posterior evaluación. **DISCUSIÓN**: La presencia de múltiples focos de carcinoma urotelial en diferentes estadios en un mismo paciente es bastante infrecuente, el abordaje terapéutico adecuado posterior a cirugía y quimioterapia es un desafío, por lo cual en casos como este siempre es importante la valoración multidisciplinaria por un comité oncológico de manera oportuna.

HEMATOMA SUBCAPSULAR HEPÁTICO (HSH) POST COLECISTECTOMÍA LAPAROSCÓPICA; RELACIONADO AL USO DE KETOROLACO. REPORTE DE UN CASO.

Samuel Acuña Retamal (1), Nicole Misle Rojas (2), Gabriela Valle Salazar (1)
(1) Medico EDF Cesfam Añazco (2), Medico EDF Cesfam Sur

INTRODUCCIÓN: El HSH es una rara complicación de la colecistectomía laparoscópica, actualmente hay pocos casos reportados, pero la mayoría de los estudios describe una asociación al uso del ketorolaco perioperatorio. **MATERIAL Y METODO**: Descripción de un caso clínico y revisión de la literatura. **CASO CLÍNICO**: Mujer de 39 años, sin antecedentes médicos, ingresa al Servicio de Urgencia con diagnóstico de pancreatitis aguda de origen biliar; coledocolitiasis confirmada por colangio-resonancia. Laboratorio de ingreso destaca Hb 11.3 g/dL, Lipasa 5557 U/L, Bilirrubina Directa 9.4 mg/dL, A las dos semanas, se realiza colecistectomía laparoscópica + colangiografía intraoperatoria; negativa para litiasis. Cirugía descrita sin incidentes. A las 72 hrs del post quirúrgico, paciente estable, pero con dolor en zonas de incisión, por lo que se indica ketorolaco EV. Posteriormente, a las 6 horas de administrado el analgésico, paciente presenta lipotimia, dolor abdominal difuso e inestabilidad hemodinámica. Hb control 6.0 g/dL. TAC abdomen y pelvis evidencia HSH de 8x11 cm con moderado hemoperitoneo y sangrado. Se realiza reintervención quirúrgica de urgencia; packing y transfusión de glóbulos rojos. Evoluciona estable; ecografía abdominal de control favorable y finalmente es dada de alta con Hb 9.4 g/dL. **DISCUSIÓN**: Existen pocos casos de HSH post colecistectomía en la literatura. No ha sido muy estudiado, pero existe una gran asociación al uso de AINES, específicamente Ketorolaco. En la revisión se describen pacientes de sexo femenino, entre 3° y 4° década. La clínica es variada, con un inicio entre las 48 o 72 hrs, presentan desde dolor abdominal en hipocondrio derecho hasta inestabilidad hemodinamia. El tratamiento depende del estado clínico del paciente, pudiendo ser conservador o hasta requerir reintervención quirúrgica de urgencia como en el caso presentado. **RESULTADOS Y CONCLUSIONES**: Los HSH representan una pequeña parte de las complicaciones de la colecistectomía laparoscópica, pero es potencialmente mortal. La colecistectomía laparoscópica, es una práctica habitual en nuestro país por la alta incidencia de colelitiasis. Se requiere una alta sospecha para obtener un diagnóstico precoz. No se debe recomendar el uso de Ketorolaco post operatorio hasta tener más información.

URTICARIA COMO MANIFESTACIÓN DE HIPERTRIGLICERIDEMIA SEVERA FAMILIAR, REPORTE DE UN CASO

Matías Aguayo Estay (1), Carolina Tapia Reyes (1), Valentina Reyes Ríos (2),
(1) Médico EDF Hospital de Puerto Natales, (2) Médica EDF Hospital Quintero

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS: La hipertrigliceridemia familiar es un trastorno caracterizado por la sobreproducción de lipoproteínas de muy baja densidad (VLDL) del hígado. Como resultado, el paciente tendrá un número excesivo de triglicéridos y VLDL en el perfil de lípidos. La complicación más frecuente de la hipertrigliceridemia severa es la pancreatitis aguda, sin embargo, se han descrito otras complicaciones como la presencia de xantomas, xantoma eruptivo y urticaria espontánea como resultado de un estado proinflamatorio con vías comunes (TNF-alfa, IL6 y factores del complemento C3 y C4). **MATERIAL Y METODO:** Se presenta caso de paciente de sexo femenino iniciales ALS de 31 años con antecedentes personal y familiar de hipertrigliceridemia severa, DM tipo II insulinorrequiriente, HTA, leucemia mieloide aguda en remisión y SOP; en control por endocrinología y tratamiento con rosuvastatina, fenofibrato, Omega 3, insulina glargina, enalapril y régimen bajo en grasas y carbohidratos, con adherencia parcial a régimen dietario. Consulta en servicio de urgencia por cuadro urticarial con prurito y habones generalizados de horas de evolución iniciado luego de probarse perfumes, sin angioedema ni dificultad respiratoria. Se realiza manejo de cuadro con hidrocortisona y clorfenamina EV con respuesta parcial. Por antecedente de hipertrigliceridemia severa se solicita perfil lipídico (TG 8615 Colesterol 1264), se decide hospitalización para manejo de hipertrigliceridemia severa con alto riesgo de pancreatitis aguda, se inicia BIC heparina, régimen cero, hidrocortisona y clorfenamina EV a horario. Evoluciona favorablemente con disminución de TG hasta 1573 mg/dl luego de realimentación, disminución de prurito y rash urticarial concomitante. **CONCLUSIONES:** Los pacientes con hipertrigliceridemia familiar no suelen presentar síntomas, sin embargo, si se relaciona con otras enfermedades metabólicas, pueden generar en conjunto un estado inflamatorio sistémico. La urticaria aguda y crónica espontáneas pueden ser manifestación de un trastorno metabólico como la hipertrigliceridemia severa. **DISCUSIÓN:** Es importante conocer esta asociación y sospechar la dislipidemia e hipertrigliceridemia severa como desencadenante de urticaria.

SÍNDROME DE MELAS, UN DESAFÍO PARA LOS EQUIPOS DE SALUD. A PROPÓSITO DE UN CASO.

Nicolás Aguayo Riquelme (1), Pamela Del Campo Mera (1), Matías Cisterna Nass (1), Rodolfo Venegas Medina (2)
(1) Médico Cirujano EDF, CESFAM O'Higgins (2) Interno Medicina, Universidad Católica de la Santísima Concepción

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS: Las enfermedades mitocondriales son patologías causadas por mutaciones producidas en la cadena respiratoria, esto se traduce en un déficit en la síntesis de energía en forma de ATP y, por tanto, en enfermedades de carácter multisistémico pudiendo aparecer desde la infancia hasta la edad adulta. Debido a su baja prevalencia, están clasificadas dentro del grupo de enfermedades raras, definidas por una prevalencia menor a 5 casos por cada 10.000 personas. El síndrome MELAS (miopatía mitocondrial, acidosis láctica y episodios similares a apoplejía), es la patología más frecuente dentro de las enfermedades mitocondriales. Está causado en un 80% de los casos por una transición de los nucleótidos A a G producida por una mutación puntual en la posición 3243 del DNA mitocondrial. No hay estudios epidemiológicos en Chile, pero en Finlandia, la prevalencia de esta mutación es del 18,4:100.000 personas. Clínicamente se caracteriza por manifestaciones neurológicas incluyendo convulsiones, encefalopatía y episodios similares a apoplejía, además de baja talla, migraña, sordera, diabetes, intolerancia al ejercicio, demencia, cefaleas recurrentes y vómitos. Nuestro objetivo es presentar el caso de una paciente con síndrome de Melas, una enfermedad rara, con la finalidad de aumentar la visibilidad de este tipo de enfermedades. **CASO CLÍNICO:** Paciente de sexo femenino con antecedentes de vómitos recurrentes, talla baja, microcefalia y retardo de lenguaje. A los 5 años inició estudio por equipo de especialistas (neurólogo, endocrinólogo y genetista) por sospecha de síndrome genético, sin lograr diagnóstico. A los 7 años presentó primera crisis convulsiva tónico-clónica en mano derecha y posteriormente segundo episodio convulsivo generalizado. Inició tratamiento con fenitoína + fenobarbital. 3 meses después, debutó con compromiso de conciencia súbito, se realizó TAC cerebral que mostró imagen hipodensa occipital derecha compatible con infarto cerebral. Ácido láctico: 7,02 mmol/L. Se planteó síndrome de Melas confirmado con estudio genético en muestra muscular que mostró 84 % de mutación en el genoma 3243. Se inició tratamiento paliativo con coenzima Q10, L-Carnitina, tiamina y arginina. Estudio ecocardiográfico demostró una cardiopatia no compactada con disfunción moderada del ventrículo izquierdo. A los 13 años se hospitalizó por crisis hipertensiva, posteriormente evolucionó con disminución progresiva de la función renal y 8 meses después ingresó a peritoneodiálisis. **CONCLUSIÓN:** Las enfermedades mitocondriales representan un reto para los equipos de salud debido a la gran cantidad de órganos afectados, a que establecer el diagnóstico la mayoría de las veces resulta difícil y a que no existe un tratamiento curativo específico. **DISCUSIÓN:** En Chile, La mayoría de las familias afectadas se ve enfrentada a una odisea diagnóstica, en un escenario nacional que carece de cobertura para los exámenes genéticos necesarios y por lo tanto de acceso a un tratamiento adecuado. Creemos entonces que es imperativo desarrollar políticas públicas, que incluyan un programa de salud y un marco legal específico para las enfermedades raras, que vele por garantizar el acceso a diagnóstico y tratamiento, logrando así acortar la brecha de equidad en salud para este grupo de pacientes históricamente descuidado.

CARCINOMA DE CÉLULAS RENALES, VARIEDAD CÉLULAS CLARAS. REPORTE DE UN CASO

Tamara Francisca Aguilar Maldonado, Lissette Olguin Mondaca. Marco Camacho Ibarra.
Médico EDF, Hospital San Antonio Putaendo

INTRODUCCIÓN: El cáncer de células renales (CCR) corresponde a un 3% de los tumores malignos del adulto, siendo el tumor de células claras el más frecuente (80%). La incidencia alcanza hasta 10,9 por 100.000 habitantes en Norteamérica, con mayor incidencia en hombres, entre los 40-60 años. Los factores de riesgo corresponden a tabaquismo, obesidad e hipertensión. **CASO:** Hombre, 47 años, sin antecedentes mórbidos, eutrófico, tabaquismo suspendido hace 5 años. Consulta en urgencia por disuria y dolor meso e hipogástrico que aumenta en intensidad durante el día, sin irradiación ni otros síntomas asociados. Al examen, sólo destaca hipogastralgia. Urotest muestra microhematuria. Se maneja como cólico renal, con analgésicos y buena respuesta, es enviado a domicilio. Tras segunda consulta, se solicita PieloTC informando gran lesión sólido-expansiva renal izquierda, sin imágenes de litiasis renal o de vías urinarias. En TC Tórax, Abdomen y Pelvis con contraste se observa compromiso vascular y de linfonodos, sin metástasis a distancia. A la biopsia renal se informa carcinoma renal de células claras con invasión vascular. **DISCUSIÓN:** El RCC se considera el tumor urológico más letal con una tasa del 4%. La triada clásica dolor en el flanco, hematuria macroscópica y masa abdominal palpable sólo ocurre en aproximadamente un 10% de los casos. Hasta un 45% de los pacientes presenta metástasis al diagnóstico, de estos 20% presentan signos secundarios a metástasis como debut. El uso de estudios imagenológicos ha permitido la pesquisa incidental en estadíos tempranos, sin embargo, estudios retrospectivos evidencian mantención de tasas de letalidad. **CONCLUSIÓN:** La baja sensibilidad de la triada clásica de presentación clínica, requiere un mayor índice de sospecha de parte de los clínicos. Lo cual aumentará el uso de estudios imagenológicos, sin embargo, permitirá pesquisa en estadíos iniciales y resección quirúrgica precoz, aumentando la expectativa de vida de estos pacientes.

ENFERMEDAD HEMOLÍTICA PERINATAL POR ANTICUERPOS IRREGULARES ANTIKELL, A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO

Leslie Aguilera Rozas (1), Camilo Corral Badilla (1), Constanza Molina Castro (2), Rosa Silva Valenzuela (3)
(1) Médico EDF Hospital de Laja, (2) Médico EDF CESFAM San Rosendo, (3) Médico Hospital de Nacimiento

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS: Las causas más conocidas de Enfermedad Hemolítica Perinatal (EHP) son incompatiblidad ABO e isoinmunización Rh. Sin embargo, existen más de 50 tipos de antígenos capaces de producir EHP. La mayoría resulta en casos leves, que no requieren mayor manejo de urgencias. De todos los tipos de anticuerpos irregulares el más importante es el Sistema Anti Kell (SAK), el cual además de producir hemólisis por traspaso transplacentario de anticuerpos maternos, inhiben la eritropoyesis fetal, produciendo anemia severa e hidrops fetal, es por ello la importancia de conocer los grupos más importantes. **CASO CLÍNICO**: Multípara de 1 con antecedente de recién nacido prematuro 36 semanas y un aborto anterior, sin antecedentes mórbidos de importancia, cursando su tercer embarazo de 39 semanas.
Exámenes maternos destacan: VIH (-), VDRL (-), Grupo Sanguíneo O Rh (+), Test de Coombs (TC) indirecto (+) y anticuerpos irregulares Anti Kell (+) título 1/2048, controlándose en Policlínico de Alto Riesgo Obstétrico. Embarazo se desarrolla sin incidentes, indicándose cesárea electiva a las 39 semanas. Al momento del parto, se observa Recién Nacido pálido, taquicardico y dificultad para termorregulación. Apgar 9 - 9 - 9 por palidez del recién nacido. Se solicitan exámenes de laboratorio, evidenciándose hematocrito 24%, reticulocitos 6.7%, TC directo (+), bilirrubina normal. Se decide traslado a UCI neonatal, donde se realiza transfusión de glóbulos rojos O Rh (-) por anemia severa, sin requerir exanguinotransfusión, obteniéndose posteriormente Hematocrito dentro de rangos normales, sin hiperbilirrubinemia. **DISCUSIÓN Y COMENTARIOS:** Llama la atención presenciar madre Rh (+) con TC indirecto (+). En estos casos se debe intentar identificar los anticuerpos irregulares responsables. Al tratarse se SAK, se debe buscar dirigidamente la aparición de Anemia Fetal, controlando con Doppler de Arteria Cerebral Media cada 2 semanas hasta el momento del parto, requiriendo coordinación y buena comunicación entre el ginecólogo y el neonatólogo.

TUBERCULOSIS OCULAR EN PACIENTE INMUNOCOMPETENTE, A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO

Leslie Aguilera Rozas, Camilo Corral Babilla (1), Constanza Molina Castro (2), Rosa Silva Valenzuela (3)
(1) Médico EDF, Hospital de Laja, (2) Médico EDF, CESFAM San Rosendo, (3) Médico Hospital de Nacimiento

INTRODUCCIÓN: La tuberculosis (TBC) puede manifestarse en cualquier órgano, siendo la TBC pulmonar la forma más frecuente y contagiosa, con un 75% en relación a un 25% la extrapulmonar. La TBC ocular es una condición muy poco frecuente, teniendo una incidencia menor del 1% en países con altas incidencias de TBC. La TBC ocular puede comprometer cualquier parte del sistema visual, desde los párpados hasta el nervio óptico. Las presentaciones más comunes son: uveítis anterior crónica, coroiditis y esclero-queratitis. La mayoría de los pacientes con TBC ocular no tiene historia de TBC pulmonar y hasta un 50% tiene radiografía de tórax normal. **CASO CLÍNICO:** Paciente masculino, 35 años, con antecedente de vitíligo y tabaquismo, consulta en reiteradas oportunidades por dolor ocular, visión borrosa y fotofobia, siendo evaluado por oftalmólogo, haciéndose diagnóstico de neuritis óptica con mala evolución, luego se maneja como uveítis posterior con corticoides, presentando evolución tórpida. Posterior a dos años de diversos diagnósticos y tratamientos, se sospecha Tuberculosis ocular. Se solicita PPD que resulta reactivo, confirmándose el diagnóstico. Radiografía de tórax normal, baciloscopia (BK) y cultivo negativo. Se completa tratamiento TBC, con mejoría de los síntomas oculares, sin visión borrosa y recuperación de agudeza visual, persistiendo fotofobia. **DISCUSIÓN Y COMENTARIOS:** La TBC ocular corresponde un desafío y diagnóstico de descarte, siendo muy rara en la realidad nacional; sin embargo, debe sospecharse en casos de patologías que presenten evolución tórpida ante el tratamiento. Las herramientas utilizadas en diagnóstico están al alcance de cualquier centro de salud de complejidad baja, sin embargo, es necesario un alto nivel de sospecha que puede llegar a ser un desafío incluso para el médico especialista.

DIAGNÓSTICOS DIFERENCIALES EN NEUMONÍA REFRACTARIA A TRATAMIENTO. REPORTE DE CASO

Sergio Ahumada Farías (1), Catalina Fernández León (1), Maximiliano Marín Del Valle (2)
(1) Médico, Hospital de Carahue, (2) Médico Cesfam Putre

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS: La neumonía adquirida en la comunidad es una de las principales causas de morbilidad y mortalidad en todo el mundo. La presentación clínica varía, desde un cuadro leve hasta una neumonía grave caracterizada por dificultad respiratoria, sepsis y muerte. Debido al amplio espectro de características clínicas asociadas, la neumonía es parte del diagnóstico diferencial de casi todas las enfermedades respiratorias. **MATERIAL Y METODO:** Se realiza revisión de caso clínico en Hospital de Carahue y búsqueda bibliográfica. **CASO CLÍNICO:** Paciente femenino de 59 años de edad con antecedentes de hipertensión arterial, diabetes mellitus 2, con buen control metabólico, tabaquismo (-), exposición a biomasa (+) en la infancia. Paciente consulta por cuadro de 2 semanas de evolución de tos seca asociado a dificultad respiratoria, sin fiebre, se diagnostica neumonía atípica y se indica tratamiento de manera ambulatoria con claritromicina por 7 días con regular respuesta, por lo que reconsulta, se toma radiografía de tórax: con imagen radiopaca con patrón intersticial en lóbulo inferior derecho, exámenes con parámetros inflamatorios bajos. Al interrogatorio dirigido refiere baja de peso de 10 kg en 3 meses. Se indica azitromicina por 5 días y estudio con baciloscopia 1 y 2 con RESULTADOS negativos. Paciente reconsulta por persistencia de síntomas a los que se agrega estrías sanguinolentas asociado a tos y sudoración nocturna. Se solicita TAC de tórax con contraste, que describe voluminosa masa mediastínica peri hiliar derecha de aspecto neoplásico con compromiso de bronquio fuente y bronquios lobares derechos sin llegar a obliterarlos, además compromete en forma de manguito tráquea y origen de bronquio fuente izquierdo. Evaluado por broncopulmonar con fibrobroncoscopia: Hallazgos compatibles con infiltración tumoral de mucosa bronquial de árbol bronquial derecho, biopsia con resultado no concluyente en 3 oportunidades. Paciente presenta múltiples reagudizaciones de su cuadro basal, manejados hospitalizada como sobreinfecciones con buena respuesta, a la espera de evaluación por especialidad. Paciente evoluciona con disnea basal, taquicardia y estridor inspiratorio. Evaluado por comité oncológico, se decide radioterapia de urgencia con buena respuesta clínica. Paciente en espera de nuevo ciclo de radioterapia presenta exacerbación clínica con insuficiencia respiratoria, sepsis, requiriendo VMI con resultado final de fallecimiento. **COMENTARIOS**: Si bien la mayoría de los pacientes diagnosticados como neumonía se recuperarán con el tratamiento antibiótico apropiado, algunos presentarán mala respuesta clínica, con evolución tórpida. Así, es necesario considerar posibles complicaciones o diagnósticos diferenciales. En este caso, se diagnostica tumor mediastínico con compromiso de hilio pulmonar. Por lo anterior, en cuadros donde la evolución no es satisfactoria, es necesario considerar diagnósticos alternativos para mejorar el pronóstico de los pacientes.

HIPERSENSIBILIDAD A MEDICAMENTOS COMO CAUSA DE SÍNDROME FEBRIL, A PROPÓSITO DE UN CASO.

Victor Alamos Correa, Constanza Toledo Celis, Gustavo Oporto Torres, Jose Miguel Ortega Fuenzalida,
Medico EDF CESFAM Llay Llay

Al enfrentarse a un síndrome febril, se suele pensar en causas infecciosas y aunque estas suelen ser las más prevalentes, las etiologías de la fiebre pueden ser muy amplias. Se presenta caso de usuaria femenina de 40 años que consulta en servicio de urgencias de hospital de baja complejidad por cuadro de 5 días de fiebre, artralgias, dolor abdominal y vómitos a lo que se agrega ese día exantema pruriginoso maculo eritematoso confluente que respeta mucosas, tres días antes había consultado en CESFAM, donde se toma PCR SARS CoV-2: (-). Al examen físico destaca febril, con exantema previamente descrito y adenopatías cervicales dolorosas, examen abdominal sin signos de irritación peritoneal y puñopercusión negativa. En laboratorio destaca histograma sin elevación de parámetros inflamatorios, plaquetas 105.000, pruebas hepáticas con discreta elevación de transaminasas (menor a doble de valor), OC levemente inflamatoria. Al interrogatorio dirigido refiere uso desde 7 días antes de inicio de cuadro de carbamazepina por neuralgia y uso hace 21 días de amoxicilina/Acido Clavulánico. Se suspende uso de carbamazepina y traslada a hospital de mayor complejidad por sospecha de DRESS, es hospitalizada donde paciente evoluciona estable manteniendo función renal normal, y cediendo transaminitis. Para ampliar estudio se toma TAC Tórax abdomen y pelvis: sin alteraciones, PCR: 7, Hemocultivos (-) y urocultivos (-) Hemograma que mantiene parámetros inflamatorios bajos y cede trombocitopenia, destaca eosinofilia leve (6%) por lo que se da de alta con antihistamínicos y antipiréticos disminuyendo rash y cediendo fiebre tras 13 días de inicio de esta. La fiebre por fármacos no tiene una incidencia clara, se cree que de manera aislada puede aparecer en el 3-5% de los casos. Si bien generalmente están relacionadas con mecanismos de hipersensibilidad, se hace especial énfasis en familias que tienen mayor riesgo como lo son los anticonvulsivantes, antibióticos, heparina y alopurinol. Su importancia radica en que la gravedad es variable, pudiendo a llegar a cuadros de compromiso multisistémico y alta mortalidad como corresponde en el caso del DRESS (Drug reaction with eosinophilia y sistemic symptoms), en el síndrome de Stevens-Jhonson y Necrolisis epidermica toxica. Es frecuente que al evaluar un paciente con fiebre tendamos a pensar en una causa infecciosa, sin embargo, nunca debemos olvidar en la anamnesis preguntar por alergias y medicamentos de uso reciente no olvidando que este puede ser el primer síntoma de una reacción adversa a medicamentos

MYCOBACTERIUM FORTUITUM EN PACIENTE INMUNOCOMPETENTE, A PROPÓSITO DE UN CASO.

Víctor Álamos Correa, Constanza Toledo Celis, Felipe Vargas Amar, Jose Miguel Ortega Fuenzalida
Medicos EDF CESFAM Llay Llay

Las micobacterias ambientales o atípicas son un grupo de microrganismos habituales en el medio ambiente que suele tener actividad patógena en animales, pero pueden comportarse como oportunistas en humanos sobre todo en inmunosuprimidos y portadores de patología pulmonar crónica.
Se presenta caso de usuaria femenina 30 años, sin antecedentes mórbidos, sin tabaquismo ni uso de drogas endovenosas que en contexto de EMPA se toma baciloscopia, que resulta negativo y al mes se recibe resultado de cultivo de Koch (+) para Bacilo Acido Alcohol Resistente. Usuaria se ingresa a programa de tuberculosis (PROCET), asintomática, con exámenes generales normales y VIH: no reactivo. Se inicia tratamiento con esquema HRZE, según PROCET. Dado que paciente no presentaba ningún factor de riesgo para TBC se derivo para evaluación de caso por especialidad, se mantiene en tratamiento y seguimiento por tuberculosis hasta que, al tercer mes de iniciado este, se recibe confirmación de muestra de ISP: Positiva para *Mycobacterium Fortuitum.* En el intertanto usuaria había sido evaluada por medicina interna y se había solicitado TAC de tórax en el que se describe: Parénquima pulmonar sin alteraciones, sin adenopatías mediastínicas. Tras esto se coordina entre equipo de TBC de centro APS y de centro de referencia suspender el tratamiento y evaluar dentro de 6 meses, en los cuales usuaria se mantiene asintomática por lo que se da alta.
Las Enfermedades por micobacterias atípicas han tenido un importante aumento en los últimos años tanto intra como extra-pulmonares, probablemente por las mejores técnicas de laboratorio para identificarlas y el aumento de cantidad y sobrevida de personas inmunocomprometidas y con enfermedades pulmonares crónicas. Dentro de estas *Mycobacterium Fortuitum* se suele relacionar a infecciones de piel y tejidos blandos o sepsis por catéter. En pulmón se relaciona a colonización o infección transitoria a menos que se compruebe daño pulmonar por esta. En Chile se mantienen como causa infrecuente de enfermedad, en un estudio de 2008 de 600 cultivos de koch enviados a ISP; 51 (8,4%) presentaron micobacterias ambientales de las cuales solo 5 (0,8%) fueron *Mycobacterium Fortuitum*. Con este caso podemos ver que, si bien las micobacterias ambientales son poco frecuentes, es importante tenerlas en cuenta dado la búsqueda activa de tuberculosis en nuestro país y hacer una evaluación completa centrada en búsqueda de inmunosupresión y de actividad patogénica de estos organismos en caso que se presente.

POBLACIÓN ADULTA MAYOR CON COVID-19, CARACTERIZACIÓN EN UN CONSULTORIO DE ALTO HOSPICIO.

Tahía Alarcón Sarria (1), Paulina Salas Cornejo (2), Daniel Lira Muñoz (1), Javier Contreras Ebner (2)
(1) Médico EDF CGU Héctor Reyno, Alto Hospicio, (2) Médico EDF CESFAM Cirujano Guzmán, Iquique.

INTRODUCCIÓN: La pandemia COVID-19 (SARS-CoV-2) se ha caracterizado por generar un gran impacto en la población adulta mayor (mortalidad, morbilidades, salud mental, económica, etc). Múltiples estudios demuestran que la edad aumenta el riesgo de enfermar gravemente (hospitalización y/o fallecimiento), alcanzando su mayor riesgo para los mayores o iguales a 80 años. El informe realizado por la OMS (28.02.2020) muestra una tasa de mortalidad del 14.8% para mayores de 80 años y un 8% para 70-79 años. **OBJETIVOS:** Analizar el comportamiento de la infección por COVID-19 en adultos mayores que consultaron en un consultorio de Alto Hospicio, en cuanto a factores demográficos, comorbilidades, gravedad y mortalidad. **MATERIAL Y METODO:** Estudio observacional descriptivo de la población de adultos mayores (mayor o igual a 65 años) que acudieron al centro de salud con síntomas sugerentes de COVID-19, dando resultado PCR SARS-COV2 positiva, comprendida entre el 01 marzo 2020 y el 01 marzo 2021.Se realiza la búsqueda a través de los encargados de epidemiología, previa autorización, quienes entregan planilla de casos que cumplen el criterio mencionado. Posteriormente se realiza seguimiento telefónico a cada uno de los pacientes. **RESULTADOS Y CONCLUSIONES:** De los 112 pacientes entregados en la lista inicial, se logran contactar 90 (51 hombres y 39 mujeres). El 91% del total corresponde a adultos entre 65 y 79 años. El 9% restante corresponde a adultos de 80 años o más. El 77% tenía al menos una patología crónica, siendo las más frecuentes Hipertensión Arterial (presente en el 51%), Diabetes Mellitus tipo II (presente en el 34%) y Dislipidemia (presente en el 16%). El 45% tenía dos o más comorbilidades. Al momento del seguimiento, un 24% declaró persistir con síntomas, siendo el más frecuente la disnea (14%). La mortalidad fue de 14%, concentrándose el mayor número de fallecidos en el rango de 70 a 79 años. Con respecto a la gravedad, el 71% fueron casos leves (tratamiento ambulatorio), 13% moderados (Hospitalización en sala medicina) y 16% severos (UTI, UCI y/o fallecieron por causas relacionadas a COVID -19). Sólo 2 pacientes fueron hospitalizados en UCI (1 hombre y 1 mujer), falleciendo la mujer. **DISCUSIÓN:** Podemos observar una gran mortalidad del COVID-19 en los adultos mayores estudiados, en comparación con la mortalidad en población general. Cabe destacar que pese a la alta mortalidad, solo 2 personas fueron admitidas en UCI, lo que podría corresponder a una sobre utilización de la edad como criterio de exclusión para ingresar a esta unidad. Sería interesante realizar un nuevo análisis similar en un futuro próximo, que nos permita comparar el impacto de la vacunación contra COVID 19 en esta población y sus síntomas post infección.

HIDATIDOSIS HEPÁTICA EN PEDIATRÍA, A PROPÓSITO DE UN CASO.

Roxana Alcaíno González (1), Rocío Fuentes Garrido (2), José Vildosola Santibáñez (3),
(1) Médico EDF, CESFAM Codegua, (2) Médico EDF, CESFAM Olivar Alto, (3) Médico EDF, DSM Chimbarongo

INTRODUCCIÓN: La hidatidosis Hepática, es el resultado de la infección hepática por las formas larvarias del céstodo *Equinococcus granulosus.* Esta zoonosis en la que el ser humano es huésped accidental, es frecuente en zonas ganaderas de Latinoamerica. La forma más frecuente de infección es la hepática (hasta el 65-89% de los casos). La enfermedad se adquiere durante la infancia, y puede manifestarse de forma tardía. El cuadro puede ser asintomático, y si se manifiesta depende de: su localización, del tamaño del quiste y/o de sus complicaciones. El diagnóstico se basa en clínica sugerente, epidemiología y en exámenes complementarios. Aunque la confirmación diagnóstica es por medio de pruebas específica. A propósito de un caso, se presentará cuadro clínico de Hidatidosis Hepática no complicada, de pesquisa ambulatoria en un paciente pediátrico. **MATERIAL Y METODO:** Se realizó revisión remota de la ficha clínica del paciente, previa firma de consentimiento informado de su tutor legal. **DESARROLLO**: Masculino de 6 años, de Nacionalidad Venezolana, sin antecedentes mórbidos ni quirúrgicos conocidos. Inicia cuadro de infección respiratoria baja de 5 días evolución caracterizado por odinofagia, cefalea, tos seca y febrículas, el cual se maneja como neumonía atípica con azitromicina e ibuprofeno vía oral. Luego de 2 semanas de inicio de cuadro pese a completar tratamiento previo el paciente persiste con misma sintomatología, a la que se agrega dolor abdominal difuso, náuseas, vómitos y fiebre intermitente (hasta 39º Celcius). A razón de lo anterior consulta nuevamente en urgencias. Al examen físico destaca ictericia leve de piel y escleras; cardiopulmonar satisfactorio, con abdomen y hepatomegalia dolorosa. Sin otros hallazgos. Se deriva a centro atención terciaria donde se hospitaliza para estudio. En estudio destaca: Radiografía de tórax, solo con refuerzo periiliar. Ecotomografia abdomen simple: sin signos de colangitis, sin evidencia clara de quistes hepáticos. Hemograma: Leucocitosis con eosinofilia. Pruebas coagulación: normal. Pruebas hepáticas: Hiperbilirubinemia de predominio indirecto. PCR COVID 19, seriada: negativas. Hemocultivo: negativo. Coprocultivo: Negativo. IGG específica para hidatidosis: sugerente. TAC pulmonar y Abdomen: imagen quística hepática en lóbulo derecho de 1x2x1 cm. Sin signo de camalote. El paciente inicia tratamiento con albendazol 15mg/kg/día cada 8 horas vo, durante 1 mes. Con reducción considerable de sintomatología. **COMENTARIOS:** Dado que pertenecemos a zona endémica de dicha patología, es fundamental la sospecha clínica; Su estudio es con apoyo imagenológico, de acuerdo a localización, y a exámenes complementarios. Para confirmación se solicita serología específica (WESTERN BLOT y/o PCR con técnica ELISA). El tratamiento puede resumirse en 4 modalidades básicas: cirugía convencional, técnicas percutáneas, los antiparasitarios y la modalidad observacional. La elección depende de la clínica, localización, el tamaño, características del quiste y la experiencia del operador. El tratamiento antiparasitario está recomendado en todos los casos como ya sea único o coadyuvante. El medicamento de elección es el Albendazol (dadas sus características farmacocinéticas) aunque también pueden utilizarse Mebendazol o Prazicuantel, Todos deben utilizarse por tiempo prolongado, mínimo un mes, y reevaluar su respuesta con serología.

FRACTURA ESFENOIDAL SECUNDARIO A TRAUMATISMO FACIAL, REPORTE DE UN CASO.

Valentina Alcalde Manríquez, Sergio Correa Díaz, Carlos Villafranca Brown, Jorge Morales Sepúlveda
Médico General Hospital de Lolol

INTRODUCCIÓN: El trauma facial representa un problema de alta prevalencia, diversidad etiológica y alta morbilidad. Reflejándose en importantes alteraciones funcionales y estéticas, que determinan un alto costo social y económico. Dentro de sus etiologías destacan los accidentes de tránsito, laborales y deportivos, agresiones interpersonales, caídas y consumo de alcohol o drogas. El diagnóstico y tratamiento del trauma máxilo facial debe realizarse de forma oportuna por un profesional competente, para minimizar las secuelas de esta patología. La fractura de hueso esfenoidal es una fractura infrecuente que sucede en los grandes traumatismos craneales y representa un reto diagnóstico. Una disfunción visual postraumática debe hacer sospechar de este tipo de fractura y requiere tratamiento precoz. Se presenta el caso de un paciente evaluado y manejado en el Hospital de Lolol. **MATERIAL Y METODO:** Revisión retrospectiva de datos de atención de urgencia y ficha clínica del paciente, previo consentimiento informado. **DESARROLLO:** Paciente de sexo masculino de 19 años, sin antecedentes mórbidos relevantes, consulta en servicio de urgencia tras accidente en motocicleta en estado de ebriedad y sin uso de casco, donde refiere golpe en región facial. Al examen físico destaca sangrado por herida contusa en región periorbitaria derecha y frontal, además de deformidad nasal. Al examen neurológico no se aprecian alteraciones. Se realiza radiografía de huesos propios, donde se evidencia fractura nasal alineada. Se realiza sutura en región peri orbitaria derecha y se indica analgesia. Posteriormente, al control en el policlínico refiere cefalea nocturna desde el accidente, sin otros signos de alarma ni focalidad neurológicos. Se solicita TAC de cerebro que evidencia fractura de hueso esfenoidal y ocupación de seno esfenoidal derecho (Fig. 1), es derivado a servicio de urgencia donde se realiza evaluación por Neurocirugía, quien indica hospitalización para observación. Durante la hospitalización es evaluado por Otorrinolaringología y Cirugía Máxilo-Facial quienes indican manejo médico, profilaxis antibiótica y profilaxis de trombosis de seno venoso central. Al alta, el paciente evoluciona de forma favorable, con remisión de cefalea y sin incidentes. **DISCUSIÓN:** Debido a que el macizo facial contiene y se relaciona con estructuras anatómicas vitales, el manejo de sus lesiones requiere de un diagnóstico oportuno y de un manejo de urgencia adecuado. Además, muchas lesiones faciales son provocadas por traumatismos de alta energía, determinando que estos cuadros traumáticos no se presenten de forma aislada. Por esta complejidad, el manejo de estos cuadros es multidisciplinario, un manejo adecuado en urgencias más una evaluación oportuna por especialidades determinan un mejor pronóstico en la resolución de estos casos.

PÁPULAS Y PLACAS URTICARIFORMES Y PRURIGINOSAS DEL EMBARAZO, EN EL PUERPERIO

Felipe Alcayaga De La Ribera (1), Camila Belén Durán Hermosilla (2), Valeria Tampe Palma (1)
Javiera San Martin (3), Clemente Molina Rillon (3)
(1) Médico EDF Hospital de Frutillar, (2) Médico EDF Hospital de Fresia, (3) Médico Hospital de Frutillar

INTRODUCCIÓN: Las dermatosis son patologías frecuentes a lo largo del embarazo, dentro de las cuales destacan las pápulas y placas urticariformes y pruriginosas del embarazo, entidad conocida como PPUPE. El diagnóstico es clínico y el manejo puede ser realizado en atención primaria sin requerir derivación a especialista. Se presenta caso clínico de paciente y se analiza literatura al respecto. **CASO CLÍNICO**: Primigesta de 30 años, sana, durante puerperio inmediato, debuta con prurito en la zona abdominal y miembros inferiores, con presencia de pápulas y placas eritematosas confluentes, sin compromiso de región periumbilical, plantar ni palmar. Se diagnosticó dermatosis en puerperio y se manejó con antihistamínicos, logrando la remisión completa del cuadro clínico. **DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN**: Esta patología frecuentemente se presenta en primigestas durante el tercer trimestre de gestación, aunque también puede iniciar durante el postparto inmediato. Si bien es una enfermedad de diagnóstico clínico y que tiene buena respuesta a tratamiento ambulatorio, se suele extender la atención por ser una condición desconocida a nivel primario. El diagnóstico diferencial debe realizarse con otras dermatosis propias del embarazo, como colestasia del embarazo o pénfigo gestacional, y otras dermatosis como dermatitis de contacto o secundarias a fármacos. El pronóstico es favorable tanto para la madre como para el feto, con resolución de los síntomas en aproximadamente seis semanas. Se puede apoyar el tratamiento con antihistamínicos y corticoides tópicos. En este caso se realizó un manejo en atención primeria, con buena respuesta a tratamiento estándar, sin necesidad de evaluación por nivel secundario.

COLITIS ULCEROSA EN PACIENTE PEDIATRICO: A PROPÓSITO DE UN CASO

María José Aldunate Dominguez (1) Josefa Antonia Santa María Barrera (2), Álvaro Alejandro Devia Ulloa (3)
(1) Médico EDF Cesfam Dr. Mario Salcedo, El Bosque, Santiago. (2) Médico EDF Cesfam Juan Antonio Ríos, Independencia, Santiago. (3) Médico EDF Cesfam Cobquecura, Cobquecura.

INTRODUCCIÓN: La colitis ulcerosa forma parte del grupo de las enfermedades inflamatorias intestinales, las cuales consisten en la presencia de inflamación y daño en la pared intestinal de forma crónica, con periodos alternados de remisión y activación. Los principales síntomas son dolor abdominal, diarrea prolongada y síntomas rectales. La edad media de presentación es entre los 15 y los 45 años, siendo muy poco frecuente su presentación en pacientes pediátricos. **RESUMEN:** Recién nacido de término por cesárea electiva, PEG, embarazo controlado, sin patologías del embarazo. Comienza a los 3 meses de edad con cuadro de rectorragia y mucosidad en las deposiciones sin otros síntomas asociados. Se sospecha inicialmente cuadro de alergia alimentaria y comienza con dieta de exclusión para la madre, cada vez más restrictiva, sin RESULTADOS satisfactorios. La rectorragia continua y evoluciona con anemia severa (Hb6,9) y retraso del crecimiento por lo que se decide continuar el estudio con Colonoscopia. El resultado muestra imagen y biopsia sugerente de Colitis Ulcerosa, se realiza una segunda colonoscopia obteniendo el mismo resultado. Se inicia terapia con Mesalazina y corticoides en caso de reactivación, con buena respuesta a tratamiento. **DISCUSIÓN:** La rectorragia en lactantes no es una consulta infrecuente y dentro de las causas más frecuentes se encuentran las fisuras anales y las alergias alimentarias. Sin embargo, otras etiologías como las enfermedades inflamatorias intestinales y en específico la colitis ulcerosa, deben sospecharse dado las consecuencias que podrían traer como el retraso del crecimiento, anemia severa, alteraciones electrolíticas y megacolon tóxico. El diagnóstico se realiza con colonoscopia que va a mostrar compromiso continuo y exclusivo del colon, con superficie granular, friable y se podrán observar ulceraciones y/o pseudopólipos. El tratamiento es con aminosalicilatos como la Sulfasalazina o Mesalazina y para las reactivaciones el tratamiento será con corticoides.

CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN CON ENFERMEDAD DE PARKINSON EN CESFAM ESTACIÓN, VALLENAR

Iván Andrés Alegre Leyton (1) María José Vergara Cid. (1), Sofía Traslaviña Díaz. (2)
(1) Médico Cirujano EDF Centro de Salud Familiar Estación, Vallenar.
(2) Médico Cirujano EDF Centro de Salud Familiar Paihuano, Paihuano

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVO: La enfermedad de Parkinson (EP) es un proceso neurodegenerativo complejo de base anatomopatológica que se caracteriza por la pérdida progresiva de neuronas dopaminérgicas de la sustancia negra pars compacta (SNpc) del mesencéfalo, así como la presencia de inclusiones intracelulares llamadas cuerpos de Lewy, que están formados por agregados insolubles de proteína alfa-sinucleina anormalmente plegada; lo que produce denervación dopaminérgica de las proyecciones de la SNpc hacia el núcleo estriado, lo que condiciona una alteración en la fisiología normal de los ganglios basales (GB) que origina las principales manifestaciones de la enfermedad. La EP se caracteriza clínicamente por la presencia de la tríada motora bradicinesia o acinesia, temblor de reposo y rigidez. El siguiente trabajo tiene por objetivo caracterizar a la población con EP del CESFAM Estación que se atendió entre enero 2018 y febrero 2020. **MATERIAL Y METODO:** Estudio descriptivo retrospectivo. Utilizando la base de datos del CESFAM Estación se revisó el listado de usuarios que asistieron a control entre las fechas establecidas. Se consideró como variables de estudio el número total de usuarios con EP, su edad, sexo, frecuencia de síntomas en relación a la tríada motora estando en tratamiento, controles en Atención Primaria (APS), Controles con Neurólogo y adherencia a tratamiento. **RESULTADOS:** Durante enero 2018 y febrero 2020 en el CESFAM Estación se atendieron a 22 usuarios con diagnóstico de EP; los cuales tuvieron un rango de edad entre los 54 y 98 años, con un promedio de 76 años; el 54,5% (n=12) fueron mujeres y el 45,4% (n=10) fueron hombres. En relación a los síntomas más frecuentes de la tríada motora, el 50% (n=11) presenta temblor de reposo, el 27,3% (n=6) presenta rigidez en distintos grados, el 36,4% (n= 8) presenta bradicinesia y el 18% (n=4) se encontraban asintomáticos. El 100% (n=22) tuvo por lo menos 1 control anual en APS y el 77,3% (n=17) tuvo control cada 6 meses. En relación a controles con atención secundaria, el 100% (n=22) tenía controles con Neurólogo cada 3, 6 o 12 meses. El 95,4% (n= 21) tiene buena adherencia a tratamiento farmacológico. **DISCUSIÓN Y COMENTARIOS:** En relación a la prevalencia de EP en nuestra población de estudio, es ligeramente más frecuente en mujeres, y la edad promedio es de 76 años siendo mayor a la realidad nacional. Dentro de los síntomas de la triada motora el que se presentó con mayor frecuencia fue el temblor de reposo seguido por la rigidez en sus distintos grados. Todos los usuarios visualizados en el estudio contaban por lo menos con 1 control anual y además en controles con neurólogo con lo que podemos decir que existe una buena contrarrefencia entre APS y atención secundaria en nuestro CESFAM en relación a esta patología. La adherencia a tratamiento también es un factor notablemente positivo y quizás se deba a la visualización constante de estos usuarios.

GRANULOMA DE MAJOCCHI (GM). CUADRO ATÍPICO DE INFECCIÓN DERMATOFÍTICA.

Kevin Allar Nogales (1), Francisca Pinilla Pizarro (1) Javier Rodríguez Salas (2), Fernanda Araya Derpich (3)
(1) Médico EDF Hospital de Pichidegua, (2) Interno de Medicina Universidad Andrés Bello, Santiago,
(3) Alumna de Medicina, Universidad Andrés Bello, Santiago

INTRODUCCION: La infección por dermatofitos es la principal causa de infección fúngica de piel y fanéreos. Estos son agentes queratinofílicos, por lo que generalmente colonizan tejido queratinizado, llegando solo a epidermis. Dado lo anterior, la mayoría de los cuadros serán superficiales siendo ocasionales los casos invasivos. El GM es un cuadro atípico donde el dermatofito invade dermis y tejido celular subcutáneo. **PRESENTACION DEL CASO:** Hombre de 27 años, sin comorbilidades, diagnóstico reciente de foliculítis pectoral y antebraquial derecha secundaria a rasurado, acude policlínico por empeoramiento de lesiones asociado a prurito intenso y dolor urente en antebrazo. Refiere haberse encontrado en tratamiento con corticoides tópicos por 2 semanas con favorable respuesta a nivel de lesiones pectorales, pero sin remisión de lesiones antebraquiales. Al examen físico destaca eritema descamativo mal definido de 8x3 cm de diámetro con lesiones nodulares induradas y pustulares. Resto del examen físico normal. Se indica clotrimazol por 2 semanas, en contexto de sospecha de tinea corporis. Reconsulta por no remisión de lesiones. Se deriva a dermatología, quienes establecen diagnóstico de GM, ajustando tratamiento a itraconazol por 4 semanas con remisión clínica completa decidiéndose alta. **DISCUSIÓN:** El GM es una infección invasiva por dermatofitos. Por lo general afecta a pacientes jóvenes entre 25-35 años. Normalmente los dermatofitos no infectan tejidos sanos en pacientes inmunocompetentes, por lo que se requiere de trauma en la piel o que exista algún estado de inmunosupresión para que se genere. En este caso el paciente tiene presente el antecedente de trauma y el uso de corticoides tópicos, produciendo a su vez un estado de inmunosupresión local. La clínica más común corresponde a pápulas pequeñas perifoliculares eritematosas o hiperpigmentadas y pústulas, pero al existir inmunocompromiso pueden generarse nódulos subcutáneos y abscesos. En un comienzo puede existir una presentación clásica y que luego del tratamiento con corticoides su clínica empeore y desarrolle nódulos subcutáneos debido a la inmunosupresión local como en nuestro caso. Al ser una infección profunda un antifúngico tópico no penetrá eficazmente y es por ello que se recomienda un tratamiento sistémico. **CONCLUSIÓN:** Es importante la diferenciación de las lesiones para realizar un diagnóstico oportuno, valorar factores de riesgo y considerar que los dermatofitos pueden afectar tejidos profundos, lo cual permitirá elegir un tratamiento eficaz a cada paciente.

MEDIASTINITIS POSTERIOR SECUNDARIA A SÍNDROME DE BOERHAAVE (SB). REPORTE DE UN CASO."

Kevin Allar Nogales (1), Nicolás Martínez Muñoz (1), Javier Rodríguez Salas (2), Nicol Lizama Peña (3)
(1) Médico EDF Hospital de Pichidegua, (2) Interno de Medicina Universidad Andrés Bello, Santiago
(3) Interna de Medicina, Universidad Andrés Bello, Santiago.

INTRODUCCIÓN: El SB es una entidad poco común, caracterizada por rotura completa de la pared esofágica inducida por el aumento súbito de presión intraluminal, debido a un esfuerzo de emesis no coordinada. Generalmente se relaciona con una patología esofágica o cirugía previa. Puede asociar mediastinitis en un 15% de los casos, siendo la localización más frecuente la pared posterolateral izquierda a 2-3 cm de la unión gastroesofágica, siendo altamente mortal sin tratamiento oportuno. **PRESENTACIÓN DEL CASO:** Hombre de 58 años con antecedentes de diabetes tipo 2 consulta por 12 horas de dolor torácico moderado, retroesternal irradiado a dorso, punzante con tope inspiratorio, cede en posición mahometana asociado a náuseas, disnea de esfuerzo y diaforesis. Sin fiebre ni tos. Al ingreso taquicárdico, afebril, eupneico, llene capilar conservado; soplo sistólico 2/6 en foco mitral, crépitos en base pulmonar izquierda. Radiografía de Tórax evidencia banda atelectásica en base izquierda. ECG evidencia supradesnivel cóncavo difuso. Al laboratorio parámetros inflamatorios altamente elevados, enzimas cardíacas y función renal normales. Se inicia antibioticoterapia empírica y se traslada ante sospecha de miopericarditis. Evoluciona febril y se complementa con Ecocardiograma con resultado normal; y Tomografía computada de tórax (TC) evidenciando enfisema mediastínico extendido a base de cuello + bandas atelectásicas basales. Se establece diagnóstico de mediastinitis. Se realiza toracotomía exploratoria evidenciando pus en mediastino posterior y ruptura de pared esofágica de 1 cm hacia distal interpretado como ruptura espontánea. Se realiza drenaje mediastínico y reparación del defecto. Manejo intensivo durante 1 mes y rehabilitación hasta la recuperación favorable, siendo dado de alta con control ambulatorio. **DISCUSIÓN:** El SB presenta una elevada morbimortalidad, la cual se ve incrementada dado que los síntomas iniciales son más bien inespecíficos, lo que dificulta su diagnóstico junto a la variedad de diferenciales existentes. Dentro de sus complicaciones graves se describe la mediastinitis, shock y muerte. La clínica varía según la localización, el tamaño y tiempo de la lesión; La tríada de Mackler correspondiente a vómitos, dolor torácico y enfisema subcutáneo se encuentra en el 50% de los casos. Ante la sospecha debe solicitarse un TC de tórax y/o un esofagograma para su confirmación. El manejo es controversial planteándose desde el tratamiento conservador, en casos seleccionados, hasta el manejo quirúrgico con sus distintas vías de abordaje para el drenaje del foco séptico y rafia de la lesión esofágica, siempre junto al inicio de antibioticoterapia empírica precoz. **CONCLUSIÓN:** Es importante reconocer precozmente los síntomas y realizar la derivación oportuna con antibióticos empíricos, lo cual definirá la sobrevida del paciente, pudiendo optar a una resolución definitiva.

MALFORMACIÓN DE ARNOLD CHIARI TIPO I: A PROPÓSITO DE UN CASO

Maximiliano Almazán Puyol, Yaocin Ding Zhou, Valeria Pizarro Tobar, Nicole Lama Muñoz,
Médico EDF Hospital de Diego de Almagro

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS: Las malformaciones de Chiari (MAC) son un grupo heterogéneo de trastornos que se definen por anomalías anatómicas del cerebelo, el tronco encefálico y la unión craneocervical, con desplazamiento del cerebelo hacia caudal, ya sea solo o junto con la médula inferior, hacia el canal espinal. La MAC tipo I se caracteriza por amígdalas cerebelosas de forma anormal que se desplazan por debajo del nivel del foramen magnum. **CASO CLÍNICO**: Paciente de sexo femenino, 60 años con antecedentes de hipertensión arterial, diabetes mellitus y dislipidemia, accidente cerebro vascular sin secuelas en 2014. Consulta por cefalea, dolor en extremidades superiores tipo parestesias, e inestabilidad de la marcha, sin antecedentes de trauma. Estudio de imágenes inicial con TC cerebral sin hallazgos patológicos. Se indica estudio con RNM de cerebro que concluye descenso de amígdalas cerebelosas con criterios de anomalía de Chiari I, sin sobrepasar C1, con discopatía degenerativa cervical. Debido a que cuadro clínico cedió con terapia médica se decide manejo conservador. Actualmente la paciente mantiene controles con neurocirujano y solo persiste marcha atáxica, sin otras alteraciones al examen físico. **DISCUSIÓN**: En la MAC tipo I los síntomas más comunes son el dolor (cefalea, cervicalgia de distribución radicular, vértigo y oculares), junto con la debilidad, entumecimiento e inestabilidad, presentando como signos físicos una compresión del foramen. El diagnóstico se realiza mediante técnicas de imagen, siendo de elección la resonancia magnética. El tratamiento está lejos de ser satisfactorio. Si la progresión es ligera o incierta probablemente es mejor no hacer nada. Si la progresión es cierta y la incapacidad se incrementa, está indicado el tratamiento quirúrgico. **CONCLUSIÓN:** La MAC tipo I es una patología de baja incidencia, que se puede ver a cualquier edad. No existe una sintomatología típica que permita un diagnóstico precoz y el tratamiento definitivo es quirúrgico.

PREVALENCIA DE REQUERIMIENTOS DE HOSPITALIZACIÓN EN PACIENTES CON COVID-19 EN EL HOSPITAL FLORENCIO VARGAS DÍAZ, EN LA COMUNA DE DIEGO DE ALMAGRO. PERIODO ENERO 2020 A MARZO 2021.

Maximiliano Almazán Puyol, Yaocin Ding Zhou, Valeria Pizarro Tobar, Nicole Lama Muñoz,
Médico EDF Hospital de Diego de Almagro

INTRODUCCIÓN: La enfermedad por coronavirus 2019 (COVID-19) es una entidad clínica compleja e inestable en el tiempo. Según datos reportados en los informes epidemiológicos del MINSAL, un 9,4% de los casos confirmados requieren hospitalización. Este estudio descriptivo tiene como objetivo reflejar la realidad de un hospital de baja complejidad en Diego de Almagro, conocer el comportamiento clínico de los pacientes COVID-19 y caracterizarlos según sus condiciones médicas para analizar si cumplen los porcentajes de hospitalización al igual que el resto del país. **MATERIAL Y METODO**: Basado en los datos obtenidos por la plataforma de atención Rayen, se analizaron los datos de los pacientes COVID-19 desde el 1 de enero de 2020 hasta el 1 de marzo de 2021 con el diagnóstico CIE-10 "COVID-19, virus identificado; Confirmado" en Diego de Almagro. Se determinó que aquellos con indicación de hospitalización correspondían a pacientes que estaban cursando con cuadro de dificultad respiratoria con saturación parcial de oxígeno menor de 92% con FiO2 del 21%. **RESULTADOS**: La muestra de pacientes correspondía a 356 pacientes con PCR para SARS-CoV-2 positiva. 50% correspondieron a pacientes de sexo femenino (n=178) y 50% a sexo masculino (n=178), aquellos que necesitaron hospitalización correspondieron al 8,9% (n=32) siendo 56,2% de sexo masculino (n=18) y 43,8% de sexo femenino (n=14). El promedio de edad en mujeres fue de 57,5 años y de hombres 64,7 años. Dentro de las condiciones médicas destacaban hipertensión arterial (n=13) Diabetes Mellitus (n=7), Enfermedad Pulmonar Crónica (n=7) entre otros. **DISCUSIÓN O COMENTARIO**: Los RESULTADOS estiman que si existe contagio de COVID-19 el riesgo de hospitalización para los pacientes bordea el 9% y que las enfermedades asociadas más frecuentemente son hipertensión arterial, diabetes mellitus y enfermedades pulmonares. Sin embargo, para establecer una relación son necesarios mayores estudios.

TRASTORNO SOMATOMORFO (TS) EN PEDIATRÍA: A PROPÓSITO DE UN CASO.

Juan Carlos Alvarado Pérez (1), José Miguel Ramírez Salinas (2)
(1) Médico EDF CESFAM Bahía Mansa, (2) Médicos EDF CESFAM Puaucho

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS: Los TS agrupan diversos cuadros que cursan con una característica común: la relevancia de los síntomas somáticos vinculados a un malestar psíquico y deterioro significativo, presentándose frecuentemente en niños y adolescentes. La prevalencia de TS sería mayor a lo precisado, pues su expresión convoca diversas subespecialidades pediátricas en donde suelen infra-diagnosticarse, pero su reporte ha aumentado en las dos últimas décadas. **CASO CLÍNICO**: Paciente masculino, actualmente con 10 años de edad, comienza a la edad de 7 años con trastorno de la marcha, manifestándose como cuadro de rueda dentada en todas las extremidades, luego de ser evaluado por Traumatología Infantil se pide evaluación por Neurología Infantil por sospecha de Síndrome Extra-Piramidal. Durante evolución paciente es estudiado con múltiples exámenes sanguíneos (incluido tamizaje metabólico ampliado), estudio genético analizado en Estados Unidos [EE.UU.]). Además de pruebas mencionadas, paciente es sometido a múltiples exámenes radiológicos (Tomografía Computada de Cerebro, Resonancia Magnética de Cerebro, Electroencefalograma) dado que se agrega cuadro de síncope y convulsiones en varias ocasiones con RESULTADOS normales. Tras 3 años de evolución paciente presenta más cuadros desencadenados en episodios de DISCUSIÓN con padres o de ausencia de ellos. Motivo por el cual comienza a ser analizado por Psiquiatría Infantil con mejor evolución al abordar problemática familiar. **DISCUSIÓN**: Los TS son expresiones poli-sintomáticas, cuyo eje central es la presencia de síntomas somáticos que tras un análisis médico acucioso no poseen explicación, con una repercusión psicosocial significativa. Su difícil reconocimiento actual, dada la falta de consenso diagnóstico y escasa experiencia clínica general, implica un desafío para futuras investigaciones que enriquezcan la detección oportuna y el tratamiento eficaz de estos cuadros.Es importante considerar este tipo de cuadros en pacientes con evolución tórpida durante el tiempo, como médicos generales de zona debemos hacer un seguimiento exhaustivo de este tipo de cuadros dado que, en ocasiones, no hay un análisis integral de estos pacientes en nivel secundario.

Bibliografía: *Arancibia M, Marcelo, Sepúlveda A, Elisa, Martínez-Aguayo, Juan Carlos, & Behar A, Rosa. (2016). Estado actual de los trastornos somatomorfos y conversivos en niños y adolescentes. Revista chilena de neuro-psiquiatría, 54(2) ,151-161. https://dx.doi.org/10.4067/S0717-92272016000200009*

UTILIDAD DIAGNÓSTICA DE LA RADIOGRAFÍA DE TÓRAX (RXTX) EN PACIENTES AMBULATORIOS RECUPERADOS DE SARS-COV2 (COVID19) PARA MIOCARDITIS Y/O TROMBO-EMBOLISMO PULMONAR (TEP).

Juan Carlos Alvarado Pérez (1), José Miguel Ramírez Salinas (2)
(1) Médico EDF CESFAM Bahía Mansa, (2) Médicos EDF CESFAM Puaucho

RESUMEN: La Infección por SARS-CoV2 (COVID19) ha sido una enfermedad con alto impacto sanitario a nivel nacional, la miocarditis y/o TEP se han descrito como diagnósticos asociados a posterior. Se realizó una revisión con RxTx Anteroposterior (AP) y Lateral (L) a pacientes recuperados por COVID19 en búsqueda de dichas patologías. No se encontraron alteraciones significativas. En CONCLUSIÓN, en la muestra analizada no se evidenciaron las enfermedades asociadas a COVID19. **INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS**: La pandemia por SARS-CoV2 (COVID-19) es una enfermedad que, a la fecha, ha generado un importante impacto en cantidad de contagiados y fallecidos a nivel nacional. Un 85% de los pacientes infectados por COVID19 no requerirán hospitalización, siendo así controlados por la Atención Primaria de Salud. El objetivo del estudio fue evaluar la utilidad clínica de la radiografía de tórax en pacientes ambulatorios ya recuperados de COVID19 para búsqueda de TEP y/o Miocarditis. **MATERIAL Y METODO**: Estudio descriptivo, retrospectivo. Se realizaron 18 RxTx AP-L entre el 30 de enero de 2021 y 22 de febrero de 2021 a pacientes ambulatorios entre 35 y 85 años recuperados de infección por COVID19 (10% del total) en la localidad de Bahía Mansa. Dichos pacientes cursaron con la enfermedad entre el 01 de abril de 2020 y el 29 de enero de 2021 [ambas fechas inclusive]. Todos los pacientes fueron ambulatorios. **RESULTADOS Y CONCLUSIONES**: En un 33% (6/18) RxTx AP - L se describió “Acentuación intersticial inespecífica de las regiones centrales de ambos pulmones” y “Elongación de la Aorta Descendente”. Hallazgos no correlacionados con clínica de pacientes. No hubo RxTx AP – L con alteraciones en relación a diagnósticos de Miocarditis y/o TEP. **DISCUSIÓN**: Pese a que la RxTx no es el Gold Standard para diagnóstico de Miocarditis y/o TEP es un examen costo-efectivo. En pacientes ambulatorios recuperados de COVID19 dicho examen no mostró alteraciones significativas.

Bibliografía: *Greenhalgh T, Knight M, Aâ€™Court C, Buxton M, Husain L. Management of post-acute covid-19 in primary care BMJ 2020; 370:m3026 doi:10.1136/bmj.m3026*

IMPACTO DE LA PANDEMIA POR COVID-19 EN LA SALUD MENTAL DEL PERSONAL SANITARIO DE ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD DE SAN ANTONIO.

Natalia Alvarado Álvarez (1), Stephanie Harrison Muñoz (2), Sebastian Vera Santibañez (2)
(1) Médico EDF, Postas Rurales de San Antonio, (2) Médico EDF, Cesfam Barrancas

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS: El burnout o agotamiento extremo es la respuesta a la exposición prolongada a factores laborales estresantes. Se asocia a errores médicos, mala calidad de la atención y poca satisfacción de los usuarios. La pandemia por COVID19 significó un desafio en el personal sanitario, se caracterizó por sobrecarga laboral y estrés al trabajar en constante riesgo de infección. Estos factores inciden en la salud mental de las personas. Reportes en China informan que cerca de 39% de los trabajadores sanitarios presentan problemas psicológicos durante la pandemia. Describir el impacto en el desgaste emocional del personal sanitario de atención primaria en Salud de la ciudad de San Antonio desde marzo a junio 2020. **MATERIAL Y METODO:** Estudio descriptivo. Se recolectaron datos de 66 trabajadores de Atención Primaria en Salud de la Ciudad de San Antonio, entre 18 a 67 años, a través de encuestas *online* realizadas durante las dos primeras semanas de Juliode 2020.Cómo instrumento se usó el cuestionario Maslach Burnout Inventory (MBI), constituido por 22 ítems, para medir el desgaste profesional. Mide tres aspectos del sìndrome de Burnout por medio de 3 subescalas: subescala de Agotamiento emocional, de despersonalización y de realización personal. Permite clasificar en indicios de Burnout con puntajes en las subescalas mayor a 26, mayor a 9 y menos de 34 puntos respectivamente. **RESULTADOS Y CONCLUSIONES:** Bajo la metodología antes descrita se logró determinar que el 86,36% (n=57) del personal sanitario tienen indicios de burnout. Del total encuestados para la subescala que valora la vivencia de estar exhausto emocionalmente por las demandas del trabajo un 83,33% (n=55) de ellos tienen un alto cansancio emocional, un 65,15% (n=43) presenta un alto nivel de despersonalización y el 75,7% (n=49) de los encuestados percibe como bajo su realización personal en cuanto a sus funciones desempeñadas. **DISCUSIÓN O COMENTARIOS:** El estudio recoge RESULTADOS deun grupo de trabajadores de San Antonio de la región de Valparaiso, sus RESULTADOS no son extrapolables a la realidad nacional ni internacional, pero sobrepasan los datos preeiminares de estudios realizados en China.
Las pandemias causan graves sufrimientos psicológicos a las poblaciones afectadas, y el personal de salud de ateción primaria de San Antoniose vio notablemente afectado.

TRASTORNO NEUROPSIQUIÁTRICO PEDIÁTRICO AUTOINMUNE POR ESTREPTOCOCO DE GRUPO A EN CONSULTORIO DE PUNITAQUI. REPORTE DE CASO

Yaritza Alvarado Castillo, Bastián Andrade Rodríguez, María Alvarado de la Fuente
Medico EDF CESFAM de Punitaqui

INTRODUCCIÓN: El trastorno neuropsiquiátrico pediátrico autoinmune por estreptococo de grupo A (PANDAS) es una condición extremadamente rara de encontrarse en la práctica clínica, con una incidencia que no está bien establecida en la literatura, y puede causar alteraciones neuro-conductuales permanentes. **OBJETIVO:** Presentar un caso clínico de PANDAS, con su presentación clínica, diagnóstico y evolución **CASO CLÍNICO:** Paciente de 7 años consulta en CESFAM por cuadro de 12 días de episodios de pensamientos intrusivos con actividades compulsivas en las cuales se caracterizaban por acciones repetidas como lavarse las manos, cerrar y abrir puertas, apagar luces de su casa, sacarle punta a todos sus lápices, las cuales si no se le permitía realizarse generaba animo egodistónico con descontrol de impulsos. En la anamnesis remota solo se destacó episodio febril asociado a odinofagia. Dentro del examen clínico destaco faringe eritematosa y tonsilas con placas purulentas, en el examen mental se evidencio paciente ansioso con tics en movimiento de hombros. Se derivo a neurología infantil en donde se realizó estudio de cultivo faríngeo de estreptococo con resultado positivo confirmándose PANDAS. Se deriva a centro de referencia en donde se complementó estudio con antiestreptolisina sérica elevada, iniciándose tratamiento con inmunoglulina endovenosa mejorando en sintomatología neuropsiquiátrica. Actualmente se mantiene en controles con psiquiatra infantil y psicóloga por persistencia de tics y descontrol de impulsos reiterativos, con diagnóstico de trastorno obsesivo-compulsivo (TOC) **DISCUSIÓN:** El PANDAS se puede presentar como un TOC o tics en el contexto de una faringitis aguda bacteriana, por la poca evidencia disponible en la literatura es una patología de difícil de manejar debido a la ausencia de un gold standard diagnóstico y terapéutico **CONCLUSIONES:** El PANDAS es una patología extremadamente rara, con tendencia a dejar secuelas neurocognitivas. Actualmente se cuenta con poca evidencia de su historia natural, progresión, diagnóstico y manejo.

SÍNTOMAS PSICÓTICOS EN ENFERMEDAD DE PARKINSON. A PROPÓSITO DE UN CASO

Yaritza Alvarado Castillo, Bastián Andrade Rodríguez, María Alvarado de la Fuente
Medico EDF CESFAM de Punitaqui

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS: La enfermedad de Parkinson (EP) es una patología neurodegenerativa progresiva que tiene su etiopatogenia en la degeneración de neuronas en la sustancia negra, pars compacta y área tegmental ventral, dentro de sus síntomas más evidentes se encuentra bradicinesia, rigidez y temblor de reposo, entre otros, sin embargo los pacientes que padecen esta patología también pueden presentar cuadros psicóticos que se caracterizan por alucinaciones visuales y delirios generalmente de tipo persecutorio El objetivo de este trabajo es presentar el caso de una paciente que se encontraba en controles por EP y desarrollo síntomas psicóticos secundarios. **CASO CLÍNICO:** Paciente sexo femenino 81 años, autovalente, con antecedentes de hipertensión arterial, dislipidemia y EP en tratamiento con Levodopa/carbidopa (250 mg/25 mg) 1 comprimido cada 8 horas. Consulta con familiares quienes refieren que se niega a salir de su hogar por miedo, inicialmente lo asocian a episodio de asalto de familiar cercano, sin embargo, la paciente evoluciona con alucinaciones visuales de sombras de personas. Al examen físico destaca paciente hipo mímica, bradicinesia, rigidez en tubo de plomo, delirios de persecución, alucinaciones visuales. **DISCUSIÓN:** Los síntomas psicóticos aparecen entre el 20 y 30% de los pacientes con EP, en especial en los ancianos. La aparición de estos síntomas se relaciona con la edad, progreso de la enfermedad, depresión y deficiencias cognitivas, pero no de forma directa con la dosis o la duración del tratamiento dopaminomimético. Tanto la deficiencia colinérgica como la dopaminérgica pueden producir trastornos en la atención y procesamiento incorrecto de los estímulos sensoriales, lo que lleva al desarrollo de síntomas psicóticos. **CONCLUSIONES:** El desarrollo de psicosis en pacientes con EP altera fuertemente su calidad de vida por lo que es crucial la detección precoz y búsqueda activa de síntomas neuropsiquiátricos.

DISMINUCIÓN EN LAS CONSULTAS EN LA UNIDAD DE EMERGENCIAS DEL HOSPITAL SANTO TOMÁS DE LIMACHE: ¿AFECTÓ LA PANDEMIA CON RESPECTO A LOS AÑOS PREVIOS?

Robín Álvarez Contreras (1), Shaloom Huiriqueo Bustos (1), Alejandro Carreño Álvarez (2)
(1) Médico EDF, Hospital de Limache, (2) Médico EDF, CESFAM Dr Edelberto Elgueta

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS: La evolución a lo largo de los años de las consultas en el servicio de urgencias del Hospital de Limache refleja determinantes locales y nacionales. Considerado como uno de los Hospitales de baja complejidad con mayor número de consultas/año en el país, este número ha ido en disminución, atribuido al reforzamiento de la APS y mejor control de patologías crónicas. Pese a esto, la mayor disminución se vio en el 2020. El objetivo principal de este trabajo es describir las consultas en la UE durante el 2016, 2018 y 2020 del Hospital de Limache, para objetivar la evolución a lo largo de este período y evaluar los cambios epidemiológicos que significó la pandemia. **MATERIAL Y METODO**: Se analizan datos clínicos recaudados por el jefe de la UE del Hospital de Limache desde la ficha clínica electrónica, de los años 2016, 2018 y 2020, evaluándose según mes, rango etario, comuna de origen, género y categorización. Se realiza un estudio descriptivo transversal. **RESULTADOS Y CONCLUSIONES**: El número global de consultas del año 2016 fue 60184, del 2018 fue 48921 y del 2020, 30871. Según comuna, la con mayor número de consultas en los tres años fue Limache, seguida por Olmué y otras comunas de la zona. Al comparar rango etario, el grupo con mayor número de consultas el 2016 y el 2018 correspondió al rango etario de 0 a 5 años; en el 2020 el rango con más consultas fue el de 25 a 30 años. Con respecto a la diferencia por géneros, predominan las consultas femeninas en todo el período descrito, con una reducción importante de las consultas femeninas en los meses de pandemia. Según categorización, la mayoría de las consultas se concentran en las categorías C3 y C4, con una disminución importante de las consultas C5. **DISCUSIÓN**: En el 2020 bajaron todas las consultas independientes de la comuna de origen. La disminución de las consultas en el rango 0 a 5 años se asocia a una caída de las consultas pediátricas a nivel nacional durante la pandemia. La disminución de consultas femeninas durante la pandemia podría asociarse a factores socioculturales. La disminución en las consultas C5 podría ser explicada por el reforzamiento importante que sufrió la APS en nuestra comuna el año 2018, con la llegada de médicos de familia al consultorio adosado, implementación de selector de demanda médico y la mayor oferta de todo tipo de consultas en el CESFAM. El porcentaje de consultas C1 se mantuvo constante incluso la pandemia. La mayor caída de las consultas se observó en los primeros meses del 2020, principalmente en dos poblaciones que previamente concentraban la mayoría de las consultas: niños de 0 a 5 años y mujeres.

ESCLEROSIS LATERAL AMIOTRÓFICA EN CESFAM DE PUNITAQUI. REPORTE DE CASO.

Bastián Andrade Rodríguez, Yaritza Alvarado Castillo, Javiera Reyes Molina.
Médico EDF CESFAM de Punitaqui

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVO. La esclerosis lateral amiotrófica (ELA) es una enfermedad rara de encontrarse en la práctica clínica, con un pronóstico fatal. Presenta una incidencia de 1 por cada 100.000 habitantes, con un diagnostico que requiere una alta sospecha clínica, apoyándose exámenes de laboratorio, neuroimágenes y electrofisiologicos dirigidos. En este reporte nuestro objetivo es presentar un caso clínico de ELA, con su presentación clínica, diagnóstico y evolución**. CASO CLÍNICO:** Paciente de 57 años consulta en CESFAM por cuadro de 3 meses de pérdida de fuerza en extremidades superiores comprometiendo porciones distales y progresando a áreas proximales, con posterior compromiso de extremidades inferiores, astenia, rigidez de manos, pérdida de peso involuntaria con disminución de masa muscular. Al examen físico se evidencio marcada atrofia muscular generalizada con aumento de tono y rigidez de manos, capacidad motora M3 tanto en extremidades superiores como inferiores, marcadas fasciculaciones y marcha con en steppage. Examen sensitivo simétrico. Reflejo plantar no reactivo. Examen mental normal. Por datos clínicos de compromiso de motoneurona superior e inferior (MSI) se derivó a paciente a neurología con sospecha de ELA. Se le realizaron estudios de conducción nerviosa, electromiografía, punción lumbar, y VIH. En estudios electrodiagnósticos se evidencio compromiso de MSI más de 3 áreas distintas, cumpliendo los criterios de Airlie House de ELA definitivo. Se ingresa a paciente a Programa de atención domiciliario por dependencia severa con controles en policlínico de cuidados paliativos con tratamiento farmacológico para el dolor y oxigenoterapia. Paciente fallece a los 13 meses del diagnóstico. **DISCUSIÓN:** El ELA es una enfermedad agresiva y de progresión rápida, con una expectativa de vida de 3 a 5 años. Tiene una presentación clínica mixta de compromiso de MSI. En la actualidad no existen exámenes específicos que confirmen la enfermedad, por lo que se requiere de una alta sospecha clínica en base a compromiso de MSI, por lo que los estudios de neuroimagen, laboratorio y estudios de electrofisiología son vitales tanto para su diagnóstico como descarte de otras patologías. **CONCLUSIONES:** El ELA es una enfermedad fatal, de rápida progresión, cuyo diagnóstico temprano tiene gran injerencia para el manejo paliativo del paciente, por lo que siempre debe de considerarse frente a cuadros clínicos que indique compromiso de MSI.

FISTULA DE LÍQUIDO CEFALORRAQUÍDEO COMO COMPLICACIÓN DE EXÉRESIS DE MENINGIOMA EN PACIENTE CON NEUROFIBROMATOSIS TIPO 2

Bastián Andrade Rodríguez, Yaritza Alvarado Castillo, Javiera Reyes Molina.
Médico EDF CESFAM de Punitaqui

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS: La neurofibromatosis tipo 2 (NF2) es una enfermedad extremadamente rara con una incidencia de 1 por cada 60.000 habitantes, entre sus complicaciones más frecuentes se encuentra la aparición de tumores como el schwanoma, el glioma y el meningioma. A continuación, se presentará el caso de una paciente con diagnóstico de NF2, con una complicación postquirúrgica de la exéresis de un meningioma. **CASO CLÍNICO**: Paciente femenino de 26 años, procedente de área rural, con diagnóstico de NF2, lesión neoplásica intrarraquídeo de C2-C3 con sospecha de meningioma, y múltiples schwanomas del nervio acústico, trigémino y en medula espinal a altura de T9-T10. Se le cirugía electiva con abordaje cervical posterior y exéresis de lesión tumoral para estudio con biopsia. Paciente evoluciona en buenas condiciones dándose de alta. En su hogar evoluciona con sensación de malestar general, mareos, náuseas, y dolor cervical con rigidez de cuello por lo que acude a la brevedad a Servicio de urgencias rural (SUR), en donde se evidencia salida espontanea de líquido transparente por herida quirúrgica, con expulsión a chorro a maniobras de Valsalva. Se deriva a Hospital de Ovalle en donde se realiza TAC cervical que evidencia complicación de herida con fistula cutánea de líquido cefalorraquídeo. Se deriva a centro de referencia para manejo con neurocirujano siendo operada nuevamente. Paciente evoluciona en buenas condiciones manteniendo atención en policlínico de Neurocirugía. **DISCUSIÓN:** Las complicaciones de las cirugías intrarraquídeas son de alto riesgo de mortalidad, una detección precoz de esta, muchas veces requiere de la comprensión dela enfermedad de base, así como del procedimiento quirúrgico realizado
CONCLUSIONES: La NF2 es una enfermedad rara de encontrar en la práctica clínica, que genera varios tumores del sistema nervioso central que el médico general debe conocer para poder detectar posibles complicaciones tanto de la enfermedad como del tratamiento en sí.

SINDROME DE LA BOLSA DE ORINA PURPURA (PUBS): REPORTE DE UN CASO

Jovanka Apablaza Alavania (1), Diego Cruz Lathrop (2), Jose Araus Tapia (3)
(1) Médico EDF Hospital Jerónimo Méndez, Chañaral, (2) Cirujano Dentista EDF CESFAM Dr. Luis Herrera Rojas, Chañaral, (3) Médico EDF CESFAM Dr. Luis Herrera Rojas, Chañaral.

INTRODUCCIÓN: El síndrome de la bolsa de orina púrpura es una entidad rara y poco conocida caracterizada por un tinte violáceo en la sonda vesical y la bolsa recolectora. Corresponde a una condición benigna cuyos principales factores de riesgo son el sexo femenino, la edad avanzada, la cateterización vesical prolongada, la constipación, la demencia, la residencia en instituciones de salud y la enfermedad renal crónica. Esta coloración ocurre por la degradación del triptófano, aportado en la dieta, por enzimas bacterianas intestinales; este proceso produce indol que a su vez es metabolizado por el hígado y excretado en la orina como indoxil sulfato. La presencia en la orina de bacterias productoras de sulfatasas y fosfatasas, la alcalinización de la orina y la interacción con el plástico del catéter y la bolsa recolectora llevan a la producción de pigmentos de indigo e indirrubina que precipitan en la orina dándole una coloración púrpura. **REPORTE DEL CASO:** Paciente de sexo femenino de 96 años con antecedente de hipertensión arterial, artrosis, dependencia severa y demencia senil, usuaria de sonda folley con infecciones urinarias a repetición. Consulta en servicio de urgencias por cuadro de dolor hipogástrico asociado a orinas de mal olor de 2 días de evolución, durante el último día familiares notan cambio en la coloración de la orina en la bolsa recolectora. Paciente ingresa hemodinamicamente estable, dentro del examen abdominal presenta sensibilidad a la palpación hipogástrica, sin puño percusión o alteración en el examen cardiopulmonar, destaca la presencia de orinas turbias de color violeta en recolector. Familiares refieren un episodio similar previo, autolimitado. Dentro de los exámenes de laboratorio, no presenta alteraciones en el hemograma o la función renal, pero el examen de orina muestra bacterias abundantes, leucocitos, nitritos y piuria compatibles con infección del tracto urinario. Paciente es manejada con cambio de bolsa recolectora, hidratación y tratamiento antibiótico empírico, con buena respuesta y normalización del color de la orina al tercer día de tratamiento. **DISCUSIÓN**: La paciente descrita presenta varios factores de riesgo asociados a este sindrome que suele repetirse en el tiempo, es importante tranquilizar a la familia y explicar la evolución benigna de este cuadro. La colonización de la sonda vesical por bacterias es parte importante de su fisiopatología por lo general relacionada a Escherichia coli, Proteus, Morganella morganii, Klebisella pneumoniae y Pseudomonas aeruginosa. La coloración de la orina normaliza al acidificar la orina y resolver la bacteriuria. No existe consenso sobre el tratamiento más adecuado a realizar, como norma general se recomienda realizar tratamiento antibiótico empírico inicial en caso de presentar clínica compatible infección urinaria y luego ajustar antibioterapia según resultado de urocultivos. En caso de pacientes asintomáticos la coloración de la orina puede resolver por si sola al realizar el cambio de la sonda vesical y bolsa recolectora. En ambos casos se debe realizar una adecuada educación a la familia sobre los cuidados relacionados con la sonda vesical y manejar los factores de riesgo asociados.

MONONUCLEOSIS INFECCIOSA EN ADULTOS, A PROPÓSITO DE UN CASO ATÍPICO CON COLESTASIS.

Antonio Aramayo Kirsinger (1), Jorge Kutscher Barrera (2), Vania Cari Gormaz (3),
(1) Médico EDF CESFAM Puertas Negras, (2) CESFAM Puertas Negras (3) Médico EDF CESFAM Quilpué

INTRODUCCIÓN: La mononucleosis infecciosa (MI) es una enfermedad aguda, autolimitada y benigna de una infección primaria por el virus Epstein-Barr (VEB), citomegalovirus y otros agentes infecciosos. La tríada clásica de síntomas fiebre, faringitis y linfadenopatía es bien conocida, pero en aproximadamente un 15% de los pacientes presenta manifestaciones atípicas que son difíciles de diagnosticar. Se presenta caso clínico de paciente infectada por VEB con cuadro clínico atípico. **CASO CLÍNICO:** Paciente de sexo femenino 33 años, sin antecedentes mórbidos conocidos. Refiere cuadro de 3 días de evolución de compromiso de estado general, cefalea holocranea, fiebre cuantificada en 38°C y artralgias predominantemente de extremidades superiores e inferiores que impedían conciliar el sueño con escasa respuesta a analgesia. Consulta en urgencias el día 20 de noviembre de 2020, ingresando febril y taquicárdica, con examen físico normal. Se solicitan exámenes de laboratorio y orina, solo destacando proteína C reactiva en 12 mg/L (VN < 5), por lo cual se decide solicitar PCR SARS COV-2, aislamiento en domicilio y manejo sintomático. Paciente persiste con sintomatología descrita con resultado negativo de PCR SARS COV-2 y evoluciona en domicilio con dolor abdominal, coluria e ictericia, por lo cual consulta nuevamente en el servicio de urgencias y es hospitalizada para estudio. Se solicitan exámenes destacando proteína c reactiva 25 mg/L, bilirrubina total 3,1 (VN < 1.2), bilirrubina directa 2,34 (VN < 0.3), GOT 560, GPT 644, FA 381, GGT 1068, hemograma normal, hepatitis A IgM y anticuerpo hepatitis B CORE IgM negativos. TC abdomen informado como esplenomegalia leve e hígado con aumento de tamaño. Finalmente, dado que la paciente los días posteriores a la hospitalización inicia con odinofagia y aumento de tamaño de amígdalas asociado a exudado purulento se solicitan nuevos exámenes informando citomegalovirus IgM negativo, Epstein Barr IgM VCA: 1,79 (VN < 0.11) confirmándose el diagnostico de Mononucleosis por VEB. La paciente al noveno día de hospitalizada es dada de alta, sin otras complicaciones. **DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN:** Se presenta una paciente con un cuadro clínico atípico de una MI por VEB manifestándose con fiebre y artralgias, progresando a una hepatitis viral con patrón colestásico y 1 semana posterior con el cuadro típico de odinofagia y amigdalitis. Hasta el momento se desconoce el mecanismo por el cual el VEB produce colestasis y es poco frecuente en la literatura. Por lo cual no se pensó como diagnóstico diferencial desde el comienzo. Se debe considerar como diagnóstico diferencial de hepatitis a las manifestaciones atípicas de infecciones por VEB y así evitar estudios innecesarios e invasivos. Uno de los exámenes que nos orienta a una MI es la linfocitosis y un recuento de linfocitos atípicos que en este caso en particular no se presentó.

APENDAGITIS: UNA REVISIÓN DE LITERATURA A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO

María Fernanda Aranis Espinoza (1), Diego Encalada Cárdenas (2), Constanza Pérez Peña (3), Patricio Lara Leal (4)
(1) Médica Cirujana EDF Hospital San Carlos de Maullín, (2) Médico Cirujano EDF Hospital San Agustín de La Ligua, (3) Médica Cirujana, EDF CESFAM Dr. Gustavo Molina de Pudahuel, (4) Interno de Medicina, Universidad de Valparaíso, Viña del Mar, Chile.

INTRODUCCIÓN: Los apéndices epiploicos son estructuras de grasa peritoneal pedunculadas que se distribuyen desde el ciego a la unión rectosigmoidea. La apendagitis epiploica (AE) es una inflamación dada por isquemia y necrosis secundarios a una torsión o trombosis de un apéndice epiploico, cuya clínica estará dada por un dolor abdominal constante, sordo, localizado en la zona comprometida, siendo este un cuadro similar a otros cuadros de abdomen agudo quirúrgico. Generalmente se presenta sin fiebre ni signos de irritación peritoneal y puede haber una masa palpable. La incidencia de esta patología aún es desconocida. Generalmente son diagnosticados incidentalmente a través de exámenes imagenológicos, siendo la tomografía computada (TC) abdominal el examen de elección para el diagnóstico. Requiere un manejo conservador dirigido al alivio sintomático utilizando principalmente antiinflamatorios no esteroidales. **CASO CLÍNICO**: hombre de 27 años, sin antecedentes médico quirúrgicos, acude a urgencias por cuadro de 6 días de evolución caracterizado por dolor en hipogastrio irradiado a fosa ilíaca izquierda, constante, EVA 7/10, asociado hace 48 horas con diarrea, disuria, tenesmo y pujo vesical. Al examen físico destaca abdomen blando, depresible, doloroso a palpación en hipogastrio y fosa iliaca izquierda, impresiona Blumberg +. Se toman exámenes de sangre que revelan parámetros inflamatorios bajos y orina completa normal. Se administra analgesia, sin respuesta, por lo que se decide derivar a evaluación por cirujano. En dicha evaluación no le impresionan signos de irritación peritoneal, se retoman exámenes, manteniendo parámetros inflamatorios bajos. Se decide toma de TC abdomen y pelvis sin contraste, donde se describe lesión ovoidea de 26 x 10 mm en borde antimesentérico del colon sigmoides con contenido de densidad grasa, pared bien definida, compatible con Apendagitis de colon sigmoides. Retorna a hospital de base para manejo ambulatorio y analgesia. **DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN:** La AE se caracteriza por una inflamación localizada, cuya clínica se asemeja a un abdomen agudo, pero que difiere de sus diagnósticos diferenciales generalmente por no presentar fiebre e irritación peritoneal. El caso presentado corresponde a un dolor abdominal de instauración gradual, asociado a síntomas urinarios y de laboratorio poco concluyentes. Se decidió traslado para evaluación por especialista, cuya TC concluyó AE que no requiere intervención quirúrgica. Por ende, se realizó un manejo conservador con buena evolución. La AE no necesariamente se presenta como cuadro de abdomen agudo, pero incluye hallazgos que requieren descarte mediante imágenes dada su lenta progresión. Afortunadamente no requiere manejo quirúrgico. Es importante reportar estos casos para reconocer esta entidad como una etiología de dolor abdominal y evitar un tratamiento quirúrgico innecesario.

Bibliografía: *BMC Surg. 2007 Jul 1; 7:11 // Oman Med J. 2016 May; 31(3):235-7// Radiol Clin North Am. 2015 Nov; 53(6):1159-70 // Eur Radiol 9, 1886–1892 (1999) // J Korean Soc Coloproctol. 2011 Jun; 27(3):114-21 // Radiology, 204(3), 713–717 // Clin Gastroenterol Hepatol. 2018 Jan; 16(1): A36*

INTERVENCIÓN NEUROPSICOLÓGICA EN PACIENTE CON ESCLEROSIS MÚLTIPLE, REPORTE DE UN CASO.

José Araus Tapia (1), Diego Cruz Lathrop (2), Jovanka Apablaza Alavania (3), Sergio Bustos Concha (4)
(1) Médico EDF, Cesfam Dr. Luis Herrera, Chañaral, (2) Cirujano Dentista EDF, Cesfam Dr. Luis Herrera, (3) Médico EDF, Hospital Jerónimo Méndez, Chañaral, (4) Neuropsicólogo Cesfam Dr. Luís Herrera, Chañaral.

INTRODUCCIÓN: La esclerosis múltiple (EM) es una enfermedad inflamatoria, crónica del sistema nervioso central (SNC), de carácter autoinmune y etiología desconocida, la cual ocasiona desmielinización y daño axonal. Es una causa importante de discapacidad en el adulto joven. Complementario al tratamiento farmacológico, la mayoría se beneficia de la rehabilitación integral, donde se atiende a las personas con EM y a sus familiares, desde un equipo multidisciplinario comprendido por médicos rehabilitadores, fisioterapeutas, psicólogos, trabajadores sociales, terapeutas ocupacionales, fonoaudiólogos y personal de enfermería. Dentro de estas terapias se incluye la rehabilitación neuropsicológica. **REPORTE DE CASO**: Paciente 36 años, masculino, sin antecedentes mórbidos preexistentes,previamente autovalente, sin hábitos tóxicos, Técnico en Geominería, con diagnóstico de Esclerosis Múltiple progresiva, se presenta con cuadro de neuritis óptica y evoluciona con disartria, nistagmo horizontal unilateral izquierdo, inestabilidad de la marcha, dismetríaa, temblor de intención y espasticidad en EESS. Se ingresa a sala Snoelzen para neuroestimulación, con 1 sesión semana durante noviembre y diciembre 2020 con un total de 6 consultas, se aplican pruebas Luria y Mesulan, BICAMS, BNB, SEFC, apreciándose avance significativo mejorando fluidez del habla, atención y memoria procedimental, psicomotricidad y coordinación de praxias, mejora parcial en control de estabilidad y fluidez de marcha, con previo entrenamiento de planificación cognitiva del movimiento, coordinación visomotora y velocidad de procesamiento de la información. De forma transversal se interviene en sala de rehabilitación con kinesiólogo y terapeuta ocupacional, para abordaje multidisciplinario, se evidencia también un buen avance en habilidades motoras. **CONCLUSIÓN:** Se aprecia en base a pruebas estandarizadas que valoran la mejoría funcional cuantitativa y cualitativa del paciente con EM, que las intervenciones programadas realizadas durante el periodo descrito podrían producir un impacto significativo en la neurorehabilitación del paciente, mejorando la calidad de vida y facilitando la reintegración al entorno. **DISCUSIÓN**: La terapia neuropsicológica como complemento de la rehabilitación debería ser integrada como parte de la neurorehabilitacion del paciente con EM contribuyendo en reduciré él déficit cognitivo y favoreciendo la integración de las funciones cognitivas superiores e inferiores afectadas junto con la reintegración al entorno. Como cita Wilson (2020), el propósito de la rehabilitación no es enseñarle a obtener mejores puntajes en las pruebas neuropsicológicas, sino apuntar a las dificultades de la vida real de las personas con daño cerebral, evaluando y reintegrando a su entorno.

CARACTERIZACIÓN DE PACIENTES INGRESADOS AL PROGRAMA DE SALUD MENTAL Y SU VARIACIÓN ESTACIONAL EN POBLACIÓN DE CESFAM DOCTOR JUAN DAMIANOVIC, PUNTA ARENAS.

Claudia Aravena Vergara (1), José Polanco Pino (2), Soledad Castillo Orrego (2), Pablo Caballero Marambio (3)
(1) Médico EDF CESFAM Dr Juan Damianovic, (2) Médico EDF CESFAM Dr Mateo Bencur, (3) Médico EDF CESFAM 18 de septiembre.

INTRODUCCIÓN: La duración del día en Punta Arenas presenta gran variabilidad durante el año. En 2018, el día más corto fue el 21 de junio, con 7 horas y 32 minutos de luz natural; el día más largo el 22 de diciembre, con 16 horas y 58 minutos de luz natural. Se observo el horario de verano en Punta Arenas; comenzó en primavera el 11 de agosto y se termino en el otoño el 11 de mayo. **OBJETIVOS:** Caracterizar a los pacientes ingresados al programa de salud mental según patologías, establecer si existe alguna correlación con la estación del año viendose afectados por la disponibilidad de luz natural. **MATERIAL Y METODO:** Se analizaron las fichas clínicas y se tabularon los siguientes datos resguardando la identidad de los pacientes: número de ingresos durante el año 2018, sexo, estación del año al ingreso y diagnóstico. **RESULTADOS Y CONCLUSIÓN:** El total de ingreso fue de 498 personas durante el año, de éstos un 81.7% de los pacientes fueron mujeres. La patología más frecuente fue el Trastorno ansioso (39.8%), seguido por la Depresión (38.1%). La patología más frecuente registra un importante aumento de ingresos durante el horario de verano (62.6%) en comparación con el horario de invierno (37.4%). **DISCUSIÓN:** Podria haber una correlación entre el aumento de casos de trastorno ansioso en horario de verano, seria interesante complementar con patologias de trastorno del sueño.

ABSCESO ESPLÉNICO COMO CAUSA DE FIEBRE DE ORIGEN DESCONOCIDO EN PACIENTE CON ANTECEDENTE DE INFARTO ESPLÉNICO

Catalina Araya Fernández (1), Fernanda Pérez Pérez (2) Miguel Fuentes Valencia (3)
(1) Médica EDF, CESFAM Padre Pierre Dubois, (2) Médica EDF CESFAM Malaquías Concha,
(3) Médico EDF CESFAM Dr. Baeza Goñi.

INTRODUCCIÓN: Los abscesos esplénicos son infecciones de baja incidencia, pero de alta mortalidad. Generalmente derivan de endocarditis o alguna otra fuente hematógena de infección, sin embargo, se ha descrito que comparten factores de riesgo con infarto esplénico y, a su vez, pueden aparecer en un bazo previamente infartado. **CASO CLÍNICO**: Hombre de 55 años con antecedentes de Hipertensión Arterial, infarto esplénico hace 4 años y hospitalización por Neumonía COVID (+) con alta en mayo 2020. En junio 2020 inicia cuadro de fiebre persistente y malestar general por el que consulta en reiteradas ocasiones en su centro de salud. Se realizan exámenes de laboratorio destacando PCR elevada y leucocitosis. Se deriva a servicio de urgencia del Hospital Barros Luco Trudeau donde se realiza AngioTAC de Tórax observándose signos de enfermedad pulmonar intersticial con elementos de fibrosis, sin elementos sugerentes de tromboembolismo pulmonar y de manera incidental aumento de tamaño del bazo con lesiones hipodensas, la mayor de ellas de 7,7 cm de diámetro. Se inicia antibioterapia con levofloxacino por 10 días y se deriva a cirugía digestiva alta ambulatoria para evaluar hallazgos en bazo. Paciente es dado de alta y tras término de tratamiento antibiótico persiste fiebre y agrega vómitos biliosos, por lo que consulta nuevamente en urgencias. Posterior a exámenes imagenológicos se plantea la presencia de abscesos esplénicos y se realiza esplenectomía total abierta. En informe anatomopatológico se confirma bazo con áreas extensas de hemorragia asociado a contenido purulento. Tras cirugía evoluciona favorablemente por lo que es dado de alta. **CONCLUSIÓN:** El diagnóstico de absceso esplénico puede resultar un desafío, en especial si la infección COVID 19 como origen de la fiebre es una variable confundente. Sin embargo, no hay que olvidar mantener la sospecha activa, sobre todo si existe el antecedente de un infarto en el mismo.

TELEDERMATOLOGÍA: ESTUDIO DESCRIPTIVO DE INTERCONSULTAS DESDE UN CENTRO DE ATENCIÓN PRIMARIA AL HOSPITAL BARROS LUCO VÍA HOSPITAL DIGITAL.

Catalina Araya Fernández, Daniela Montupil Solari, Camila Sanhueza Ureta,
Médica EDF, CESFAM Padre Pierre Dubois.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVO: La teledermatología es una herramienta que busca agilizar los flujos de atención tanto para disminuir tiempos de espera como para mejorar diagnósticos y tratamientos dermatológicos precozmente. Si bien se encuentra vigente en el sistema público de salud chileno desde el año 2009 a través de la plataforma Hospital Digital, recién el año 2019 se logró implementar masivamente en los centros de atención primaria en salud (APS) del país. El presente trabajo pretende realizar un análisis descriptivo de las derivaciones realizadas a teledermatología desde un centro de APS. **MÉTODO**: Estudio descriptivo de datos obtenidos de interconsultas a dermatología realizadas desde CESFAM Padre Pierre Dubois (PPD) hacia el Hospital Barros Luco Trudeau (HBLT) por la plataforma Hospital digital entre enero 2019 y Marzo 2020. **RESULTADOS**: De un total de 66 interconsultas analizadas, se observó que el motivo de derivación más frecuente fueron nevos sospechosos y en segundo lugar las lesiones psoriáticas. En cuanto a los tiempos de espera, se encontró que, entre la creación de la interconsulta hasta la revisión y respuesta por especialista, transcurrieron mínimo 0 días y máximo 28 días con una mediana de 3 días. Por otro lado, en el 59% de los casos el motivo de consulta pudo ser resuelto en APS sin necesidad de citación a nivel secundario. Por último, en el 68% de los casos el diagnóstico del médico de APS fue concordante con el del especialista. **DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN**: La teledermatología a nivel del CESFAM PPD, ha demostrado ser una herramienta útil para mejorar la resolutividad local. La disponibilidad de más especialidades en este formato resulta esperanzador para disminuir las largas listas de espera aún existentes en el sistema de salud público del país.

POLICITEMIA VERA COMO CAUSA DE POLIGLOBULIA A PROPÓSITO DE UN CASO.

Daniela Araya Santis (1), Cristóbal Ode Soto (1), Héctor Contreras Pinto (2)
(1) Médico EDF Hospital de Litueche, (2) Médico EDF Hospital de Lolol

INTRODUCCIÓN: La poliglobulia se define como Hb>16.5/Hto>49% en hombres y Hb>16/Hto>48% en mujeres. El enfrentamiento requiere identificar sintomas de urgencia derivados de hiperviscosidad y/o eventos trombóticos para manejo inmediato, de lo contrario proseguir con evaluación etiológica. Hay causa primarias y secundarias, siendo estas últimas las más frecuentes. Las causas primarias asociadas a mutaciones se dividen en congénitas y adquiridas siendo la policitemia vera un ejemplo de este último grupo. **OBJETIVOS**: Revisión de CASO CLÍNICO de poliglobulia y diagnostico de policitemia vera. **MATERIAL Y METODO**: Revisión de ficha clinica de paciente, examenes y revisión bibliográfica. **PRESENTACIÓN DEL CASO**: Paciente hombre de 57 años, sano, sufre accidente cerebrovascular isquemico secuelado con hemiparesia izquierda. En control posterior se identifican niveles de hemoglobina/hto 19.1/62.3%, se repite al mes con valores 18.5/67.9% GB 12.800 plaquetas 454.000, frotis normal VHS 2, sin otros sintomas o aparente causa secundaria. Con diagnóstico de poliglobulia en estudio, se deriva a hematología donde se realiza mielograma y biopsia, se identifica mutación en gen JAK2, diagnosticándose policitemia vera por lo que se indica tratamiento de ácido acetilsalicilico (100mg/día), hidroxiurea y sangrias. **RESULTADOS Y CONCLUSIONES**: El enfrentamiento de la poliglobulia inicia con evaluar la existencia de causas secundarias que implican aumento de la Eritropoyetina (EPO) tales como EPOC, SAHOS, cardiopatía congénita, estenosis de arterias renales, entre otros. Se sugiere iniciar estudio con oximetría de pulso y niveles de EPO para descartar causa secundaria. Para el diagnóstico de policitiemia vera suelen utilizarse los criterios OMS: debe cumplirse la definición de poliglobulia por Hb/Hto; biopsia de médula osea con hipercelularidad con aumento de las 3 series; y mutación de JAK2 V617F o de exon 12, o nivel de EPO sérica bajo lo normal. El objetivo del manejo es el control de sintomas, mejorar supervivencia y prevenir eventos trombóticos. Para ello se determina el riesgo de eventos trombóticos, considerándose paciente menor a 60 años y ausencia de trombosis como de bajo riesgo, y cumpliendo uno o más criterios como de alto riesgo. Existe riesgo de transformación a mielofibrosis, leucemia mieloide aguda y sindrome mielodisplásico, pero hasta la fecha no hay drogas para prevenirlo. El manejo en bajo riesgo es con ácido acetilsalicilico en bajas dosis, flebotomías para mantener hematocrito <45%, control de factores cardiovasculares, y en alto riesgo y ciertas condiciones de bajo riesgo se agregan agentes citorreductores siendo de elección la hidroxiurea. **Comentarios:** Es relevante determinar la etiología de la poliglobulia ya que conlleva acciones terapeuticas diferentes para disminuir la morbimortalidad de los pacientes.

PACIENTE DE 77 AÑOS CON ANTECEDENTE DE CÁNCER DE ESTÓMAGO CON UNA MASA EN EL HOMBRO: DIAGNÓSTICO Y MANEJO DE METÁSTASIS CUTÁNEA EN APS

José Araya Quezada (1), Isabel Jimeno Ortega (2). Sebastian Cartagena Gil (3)
(1) Médico Cirujano EDF S. Salud Metropolitano Norte
(2) Médico de Cirugía Menor CESFAM Dr. Salvador Allende Gossens (3) Médico EDF CESFAM La Pincoya, Huechuraba

INTRODUCCIÓN: Las metástasis cutáneas son raras. Su diagnóstico es difícil. Pueden ser la primera manifestación de un cáncer o se puede manifestar tarde en la historia de la enfermedad. En este trabajo se expone un caso ilustrativo de presentación de esta patología y sus claves diagnósticas. **DESCRIPCIÓN DEL CASO:** Paciente masculino de 77 años con cáncer de estómago en remisión. Consulta por dolor en hombro derecho sin respuesta a terapia de rehabilitación. Al examen destaca dolor al mover el hombro con aumento de volumen irregular, zonas violáceas y secreción seropurulenta. Relata una historia de baja de peso y fatiga. Se procede a drenar y biopsiar lesión. Durante la intervención se evidencia salida de líquido blanquecino seroso. Marcado alivio sintomático posterior. Biopsia informa adenocarcinoma pobremente diferenciado, con abundante necrosis, cuerpos mitóticos de probable origen gastrointestinal. En atención secundaria, TAC muestra masa necrótica infiltrativa en relación a musculatura supraespinosa. Además, se observan 2 nódulos en el pulmón izquierdo y adenopatías retroperitoneales. Hasta el momento, el paciente está esperando la recomendación del comité oncológico respecto a su caso. **DISCUSIÓN:** Es poca la literatura que describa las metástasis cutáneas. Algunas revisiones al respecto describen una gran variabilidad de manifestaciones, que van desde masas irregulares hasta la infiltración maligna de folículos pilosos. La clave para el reconocimiento son el alto nivel de sospecha y conocimientos de patología oncológica. Nuestro paciente llevaba más de 10 años de recidiva, pero los cánceres más agresivos pueden reaparecer en formas de metástasis varios años después. Podemos decir que el rol de la APS en la patología oncológica muchas veces es subvalorada, sin embargo se pudo realizar un alivio sintomático y estudio histológico en un CESFAM, por lo que se debe seguir fomentando estas instancias y el mejoramiento de la infraestructura de cirugía menor y biopsias para la atención primaria.

SÍNDROME DE MILLER FISHER EN PACIENTE PEDIÁTRICO: RARA VARIANTE DEL SÍNDROME DE GUILLAIN BARRÉ.

Patricio Araya Cortés (1), José I Massardo Echeverría (2), Roberto Benavente Salazar (1),
Juan Peralta Vera (1), Edgardo Figueroa Ortega (1),
(1) Médico EDF, Hospital de Villarrica, (2) Médico EDF, CESFAM Los Volcanes / Hospital de Villarrica;

INTRODUCCIÓN: El síndrome de Miller Fisher (SMF) es una patología aguda y autolimitada, caracterizada por la triada de oftalmoplejia, ataxia y arreflexia, rara variante del síndrome de Guillain Barré (SGB), con una incidencia anual muy baja (1 en 1.000.000), mayor en población asiática, afecta más a hombres que a mujeres (2:1) y con edad media de presentación de 43.6 años. La etiología exacta es desconocida, se asocia a una respuesta inmune aberrante a ciertas infecciones, una de las más frecuentemente asociadas es por *Campylobacter jejuni*, aunque se ha reportado también antecedente de diferentes infecciones virales, con una alta frecuencia de síntomas gastrointestinales o respiratorios altos, aproximadamente en ⅔ de los casos. Existe escasa literatura, basada principalmente en reportes de caso, sobre el SMF en edad pediátrica. Presentamos el reporte de un caso de SMF en un paciente de 1 año y 6 meses. **CASO CLÍNICO**: Paciente masculino de 1 año y 6 meses, con antecedente de pretérmino de 36 semanas, inmunizaciones al día. Consulta en nuestro servicio de urgencias por cuadro que inicia el mismo día con dificultad para movilizar extremidades inferiores, incapacidad de ponerse de pie, además estrabismo, ambos síntomas progresivos durante el día. Sin fiebre, sin síntomas respiratorios, digestivos ni urinarios. Al interrogatorio madre refiere que presentó cuadro autolimitado de diarrea de 2 días, 1 semana previo a ingreso. Al examen físico destaca incapacidad de ponerse de pie, con debilidad de extremidades inferiores, mayor compromiso distal que proximal, reflejos de extremidad inferior ausentes. Pares craneales con paresia de III par izquierdo. Se solicitan exámenes, con parámetros inflamatorios normales, función renal, hepática, electrolitos y coagulación normales. Se deriva a hospital regional para continuar estudio. Se realizan estudios: Estudio COVID negativo (PCR e Inmunoglobulinas), PCR nasofaríngeo con detección de Rhinovirus/Enterovirus y Parainfluenza 3, hemocultivos negativos, punción lumbar que resulta normal, sin disociación albúmino-citológica, cultivo LCR negativo. Se realiza escáner de cerebro y resonancia magnética de cerebro y columna completa, estudios informados sin hallazgos patológicos. Se hospitaliza en UCI pediátrica para monitorización. Los siguientes días evoluciona con deterioro motor progresivo a proximal, con pérdida de control cefálico, evaluado por neurología infantil, se decide iniciar tratamiento con inmunoglobulina, completando 5 días, con buena evolución. Es dado de alta al noveno día de iniciado el cuadro, con seguimiento ambulatorio. Presenta recuperación completa aproximadamente a los 4 meses del inicio del cuadro. **CONCLUSIÓN**: El SGB y su variante SMF son patologías de baja incidencia en edad pediátrica, pero de elevada importancia. Este caso presenta la particularidad de una rápida instalación en una edad poco habitual, el cual según lo investigado es el paciente más joven reportado en Chile. Se realizó un diagnóstico clínico, lo que llevó a un manejo oportuno, presentando una recuperación completa del paciente, pese a no encontrar alteraciones en el estudio de LCR ni imagenológico, las que se pueden presentar tardíamente en el curso de la enfermedad. Habitualmente el SMF presenta un curso benigno, con buena respuesta a inmunoglobulinas y, como en este caso, con una recuperación completa. Esta patología se debe tener en cuenta siempre en el diagnóstico diferencial de las alteraciones motoras a cualquier edad, pensando en SMF cuando se presenta oftalmoplejia con ataxia y/o arreflexia.

HERIDA COMPLEJA DE PULGAR CON MANEJO EN DOS TIEMPOS CON INJERTO DE NERVIO.

Miguel Aros Hormazábal (1) Rodrigo Mendibure Valdés (2), Joaquín Collao Collao (1)
(1) Médico EDF, Hospital de Huépil, (2) Médico EDF, Hospital de Mulchén;

INTRODUCCIÓN: Las lesiones de nervio periférico de extremidad superior son lesiones prevalentes, cuyos nervios más comúnmente lesionados son el radial del 2º dedo y el ulnar del 5º dedo. El tratamiento depende del mecanismo lesional, ubicación, tiempo transcurrido y grado de deterioro neurológico, aspectos que determinan pronóstico y evolución. **CASO CLÍNICO**: Paciente de sexo femenino de 27 años, lateralidad diestra, sufre herida por arma blanca en mano derecha a nivel de base de dedos pulgar y medio. Acude a Servicio de Urgencias, destacando herida cortante en cara dorsal de base de dedos pulgar y medio derecho, función flexo-extensora preservada y parestesia de dorso del pulgar. Se realiza sutura de lesión y control ambulatorio. Evoluciona con persistencia de parestesia en dorso de pulgar, dolor y pérdida de función extensora de este, concordante con lisis del *extensor pollicis longus* (EPL), por lo que se decide realizar tenorrafia. En pabellón se evidencia sección completa de EPL a nivel de articulación interfalángica distal (IFD) y base de primera falange (F1), con retracción de cabos de 5 mm y fibrosis interpuesta, además existe sección del ligamento colateral ulnar del primer dedo (D1) a nivel de interfalángica (IF) con GAP de aproximadamente 7-10 mm y degeneración de tejido neural. Por hallazgos se decide suspender neurorrafia. Paciente evoluciona con activación de EPL y persistencia de parestesias en la falange distal en margen ulnar, agregándose anestesia en zona de F1 y cicatriz con distrofia significativa, efecto de cuerda y rigidez metacarpofalángica (MTCF). Se decide realización de artrotenolisis y revisión de nervio con posible injerto y protectores, realizando en primera etapa tenorrafia termino-terminal con técnica de Kessler modificada. Secundariamente, se realiza atrotenolisis, se resecciona cicatriz queloidea en relación a IF, se libera fibrosis del margen ulnar visualizando cabos del nervio colateral seccionado y se visualiza tejido neural sano, dejando GAP de 3.5 mm con posterior inserción de injerto nervioso, realizándose neurorrafia y colocación de protectores de nervio a proximal y distal. Paciente evoluciona favorablemente, mantiene rehabilitación kinésica logrando recuperar sensibilidad en dorso de F1 D1, Kapandji 10/10 activo y recuperabilidad laboral total. **CONCLUSIÓN**: Las neurorrafias en etapa aguda juegan un rol fundamental en pronóstico. Se ha estudiado que dentro de las primeras 72 horas de ocurrida la lesión, los extremos nerviosos liberan neurotransmisores que benefician la reparación neural aguda precoz. Una neurorrafia precoz no fue opción inicial en el caso propuesto, debido al GAP existente entre los cabos, Se recurrió al uso de injerto nervioso para la neurorrafia, logrando resolver las complicaciones y obteniéndose RESULTADOS clínicos exitosos.

MANEJO DE FRACTURA DE MALLET BILATERAL CON BLOQUEO EN EXTENSIÓN CON AGUJAS K.

Miguel Aros Hormazábal (1), Freddy Chacón Chacón (1), Rodrigo Mendibure Valdés (2)
(1) Médico EDF, Hospital de Huépil, (2) Médico EDF, Hospital de Mulchén.

INTRODUCCIÓN: El termino Mallet finger agrupa las lesiones producidas por daño del tendón extensor distal a la articulación interfalángica distal producto de carga forzada sobre dicha articulación en extensión. Cuando la lesión se asocia a fractura avulsiva de falange distal corresponde a la fractura de Mallet o Mallet Finger tipo IV de la clasificación de Doyle. **CASO CLÍNICO:** Paciente femenina de 23 años de edad, lateralidad diestra, sufre caída a nivel con apoyo de ambas manos con dedos en extensión. Se evalúa en urgencias presentando dolor, impotencia funcional de extensión, edema y equimosis en falange distal de dedos anular y meñique derechos, y meñique izquierdo. El estudio radiográfico muestra fractura avulsiva en cara dorsal de falange distal en ambos meñiques y anular derecho de tipo Mallet, con gap mayor a 2 mm en reposo. Se diagnostica Mallet fracture en dedos comprometidos, se realiza manejo inicial en urgencias con férula de stack en leve hiperextensión. Por compromiso de múltiples dedos y extensión articular asociado a gap, se decide manejo quirúrgico, realizándose fijación con agujas de Kischner 1.0 con técnica de Ishiguro. Posterior a pabellón se realiza rehabilitación kinésica y terapia ocupacional durante 4 semanas. Se otorga alta luego de cumplimiento en objetivos terapéuticos destacando solo déficit de extensión de -5° en dedos afectados. **CONCLUSIÓN**: La fractura de Mallet ocurre en mano dominante en un 74% de los casos. Más del 90% de las lesiones ocurren en los tres dedos del borde ulnar, predominantemente en el dedo medio. El diagnóstico es clínico radiográfico, destacando impotencia funcional con deformidad en flexión e imposibilidad de extender falange distal, equimosis y dolor. Su manejo puede ser ortopédico o quirúrgico, dependiendo del compromiso de superficie articular. El tratamiento quirúrgico usando agujas K con técnica de Ishiguro es una técnica simple y útil que ha reportado buenos RESULTADOS, logrando una aceptable reducción anatómica, consolidación ósea y recuperación de rango articular con una baja tasa de complicaciones. Los RESULTADOS del caso fueron acordes a lo descrito en la literatura, no hubo complicaciones operatorias y a 3 meses de seguimiento, la paciente ha evidenciado recuperación parcial de rangos articulares con retorno a actividad laboral de manera íntegra.

PARÁLISIS PERIÓDICA HIPOKALÉMICA TIROTÓXICA, A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO

Francisca Arriagada Prüssing, Bárbara Dewulf Román, Constanza Echeverría Reyes,
Médico EDF, Hospital Comunitario de Til Til

INTRODUCCIÓN: Hipokalemia se define como un nivel de potasio sérico menor a 3.5 mEq/L. Suele presentarse con debilidad muscular, fatiga, constipación, calambres, dificultad respiratoria o llegar a producir una arritmia. Puede ser causada por múltiples patologías, como lo son pérdidas gastrointestinales o renales, alteración del equilibrio ácido-base, entre otros. La parálisis hipokalémica transitoria también se describe como causa, y es una complicación poco común asociada al hipertiroidismo, que se presenta más en pacientes asiáticos. **CASO CLÍNICO:** Paciente de 34 años, sin antecedentes médicos, consulta por cuadro de 1 mes de parestesias en EEII y EESS progresivas, que luego se agrega pérdida de fuerza paulatina. Niega episodios de retención urinaria, apremio respiratorio o fiebre. Al examen físico destacaba M4 en ambas EESS y M3 en ambas EEII, ROT disminuidos. Destaca marcha con claudicación moderada. Se decide inicio de estudio con exámenes e imágenes, sin embargo, consulta nuevamente por aumento de síntomatología, se toman exámenes rápidos, donde destaca hipokalemia en 2.4 mmol/L. ECG ritmo sinusal, sin alteraciones del ST. Se decide derivar con carga de potasio a centro de mayor complejidad para tratamiento y estudio, donde se hospitaliza. Se toma TAC de cerebro y columna sin alteraciones. Se pesquisa TSH 0.01 µUI/mL y T4L en 2.15 ng/dL. Se da de alta con diagnóstico de hipokalemia periódica e hipertiroidismo. Ecografía de tiroides destaca pequeño nódulo en situación paratiroidea que podría corresponder con adenoma, signos de tiroiditis, área pseudonodular lobar izquierda tirads 3. **CONCLUSIONES:** El paciente fue evaluado por endocrinología, quien inicia tiamazol y propanolol, pendiente control con nueva ecografía, cintigrafía paratiroidea y control en medicina. Con el tratamiento actualmente se encuentra estable, con normalización de pruebas tiroideas y sin nuevos episodios de debilidad muscular. **DISCUSIÓN:** La parálisis periódica hipokalémica tirotóxica es una complicación poco frecuente del hipertiroidismo, que se caracteriza por hipokalemia producida por un paso masivo de potasio al compartimiento intracelular, produciendo los síntomas descritos anteriormente. Se debe realizar el diagnóstico diferencial con la parálisis periódica familiar. En este caso, es importante corregir la alteración electrolítica y la corrección del estado hipertiroideo es el tratamiento definitivo para esta patología.

SÍNDROME DE LA BOLSA DE ORINA PURPURA UN FENÓMENO INUSUAL. A PROPÓSITO DE UN CASO.

Gonzalo Arriagada Riquelme (1), María Colinas Grilli (2), Bruno Hazleby Soto (3),
(1) Médico APS SAR Alemania Angol, (2) Médico EDF DSM Nacimiento, (3) Medico EDF Cesfam Huequen, Angol

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS: El síndrome de la bolsa de orina púrpura (PUBS) es una condición poco frecuente, descrita por primera vez por Barlow y Dickson en 1978. Se origina por la presencia de bacterias productoras de fosfatasas y sulfatasas que generan junto a la enzima ureasa en un ambiente básico el cambio de color purpura en la orina en interacción con el material plástico de cloruro de polivinilo de la bolsa recolectora mediante una reacción química. En la patogenia nos encontramos con factores de riesgo predisponentes como edad avanzada, usuario de catéter urinario permanente, constipación, inmunosupresión y diabetes. Estos favorecen que el triptófano aportado en la dieta presente en alimentos como el pescado, carnes blancas o frutas se degrade en el intestino por las bacterias intestinales en indol el cual se absorbe y sintetiza en el hígado transformándolo en indoxil sulfato. Este en presencia de enzima indoxil-silfatasa es hidrolizado a indoxil el cual en un ambiente básico genera pigmentos de indirrubina (rojo) e índigo (azul) los cuales al interactuar con los materiales de catéter urinario cambia su coloración a purpura. Se presenta el caso de un paciente de 75 años diabético usuario de catéter urinario por hiperplasia prostática beningna en espera de resolución quirúrgica que ingresa a servicio de urgencia de atención primaria con cambios de coloración en sonda y bolsa recolectora. **MATERIAL Y METODO**: Se revisa bibliografía actualizada referente a un fenómeno poco usual en pacientes usuarios de cateterismo urinario. **RESULTADOS Y CONCLUSIONES**. Debe coexistir una serie de factores para que produzca este fenómeno donde nos encontramos con pacientes de edad avanzada usuarios de catéter urinario cursando una infección del tracto urinario por agentes específicos generalmente asintomáticos. No existe una prevalencia definida en Chile, pero se estima según algunos autores alrededor del 9-10% de los casos de usuarios de catéter urinario permanente. El tiempo de evolución y coloración no está definido sin embargo aumenta la intensidad con el tiempo. Es importante considerar los diagnósticos diferenciales asociados a los cambios de coloración de orina tales como la ingesta de alimentos con colorantes como betarraga, fármacos como amitriptilina o exceso de vitamina B. Este caso se presenta con el fin de dar a conocer un fenómeno poco frecuente que si identificamos en un adulto mayor podemos dar solución comprendiendo las causas y realizando el tratamiento adecuado para solucionar inquietud de pacientes o cuidadores.

CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN ADULTO MAYOR BAJO CONTROL EN EL PROGRAMA CARDIOVASCULAR DEL CESFAM SOL DE ORIENTE DE CHILLÁN, A JUNIO DE 2020.

Kristofer Arrué Brenet (1), Héctor Cifuentes Aedo (2), Yasna Chovar Ramírez (3)
(1) Médico EDF CESFAM Sol de Oriente de Chillán, (2) Médico EDF, CESFAM Los Volcanes, Chillán,
(3) Medico EDF, CESFAM Isabel Riquelme, Chillán

INTRODUCCIÓN: Chile está envejeciendo. En 15 años, la población de adultos mayores, aumentó de 6.6% a 11.4%.
OBJETIVO: Caracterizar a la población adulto mayor (65 años o más) bajo control en el programa cardiovascular (PCV) a junio de 2020, del CESFAM Sol de Oriente (CSO) de Chillán. **MATERIAL Y METODO**: Se realizó un estudio descriptivo de la población de adultos mayores bajo control a junio de 2020 en el PCV del CSO. Se recopilaron datos de planilla cardiovascular digital y ficha electrónica RAYEN: sexo, antecedentes mórbidos (diabetes mellitus, hipertensión arterial, dislipidemia, infarto agudo al miocardio (IAM), ataque cerebrovascular (ACV), pluripatología (definida como 3 patologías crónicas o más) y polifarmacia (usuario de 5 fármacos o más). Los datos fueron tabulados y analizados mediante estadística simple. **RESULTADOS Y CONCLUSIONES**: El 68.8% (532) de los adultos mayores del CSO se controlan en el PCV, predominio del sexo femenino (61.1% vs 38.9%). De ellos, el 92.1% es hipertenso, 41.9% diabético, y 37.8% presenta ambas patologías. Respecto a la carga de daño, el 9,4% tiene antecedente IAM y 12.6% de ACV. En el caso de IAM, el 60% de los afectados corresponde a hombres; por el contrario, en ACV existe predominio femenino (53.7%). Del total, el 50.6% del grupo presenta pluripatología, y el 60.3% tiene polifarmacia, ambas con predominio femenino (67.8% y 63.2% respectivamente). Ante el envejecimiento poblacional, la tarea pendiente es prevenir la aparición de enfermedades cardiovasculares dada la alta cifra de personas mayores que pertenecen al programa. **DISCUSIÓN**: El Instituto Nacional de Estadística proyecta que el envejecimiento en Chile sea acelerado. En 2050, observaremos 177 personas de 65 años y más por cada 100 personas menores de 15 años.

ASOCIACIÓN ENTRE LA VACUNACIÓN Y LA APARICIÓN DE CASOS NUEVOS DE COVID-19 EN LA COMUNA DE MONTE PATRIA

Nicolás Azán Peralta (1), Valentina Muñoz Farías (2), Marianne Rojas Cortés (3), Fernando Corvalán Delgado (4),
(1) Odontólogo EDF Cesfam Monte Patria, (2) Odontóloga Cesfam Monte Patria,
(3) Enfermera Cesfam Monte Patria, (4) Tecnólogo Médico Cesfam Monte Patria

INTRODUCCIÓN: El síndrome respiratorio agudo severo coronavirus-2 (SARS-CoV-2) ha infectado a millones de personas en todo el mundo, causando la pandemia por coronavirus 2019 (Covid-19) un impacto significativo en la salud pública a nivel internacional; un incremento en la mortalidad y problemas en el ámbito económico y social (Young et al, 2020). El desarrollo de una vacuna eficaz es primordial para prevenir una mayor mortalidad, morbilidad y disminuir el impacto socio-económico a nivel mundial, la cual, debería poder actuar contra la infección, la enfermedad y/o la transmisión. Sin embargo, en este momento la vacunación por sí misma no constituye una solución completa a la enfermedad; debiendo complementarse con medidas de autocuidado y confinamiento. **OBJETIVOS**: Establecer una relación entre el progreso en la vacunación y la incidencia de casos confirmados de Covid-19 en la comuna de Monte Patria entre los meses de enero-marzo 2021. **MATERIAL Y METODO**: Se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo, transversal, en donde se revisó la estadística en la base de datos del Registro Nacional de Inmunización (RNI) de las vacunaciones contra Covid-19 y una búsqueda en la base de datos del Departamento de Estadísticas e Información en Salud (DEIS) del número de casos activos con Covid-19 en la comuna de Monte Patria entre los meses de enero-marzo 2021. Los datos fueron tabulados en planilla Excel 2021 y se realizó análisis estadístico de las siguientes variables: número de vacunados con primera dosis, con segunda dosis y número de casos activos. Criterios de inclusión: todos los pacientes vacunados contra Covid-19 con primera y/o segunda dosis hasta marzo 2021. Criterios de exclusión: pacientes con error programático. RESULTADOS. La población vacunada con primera dosis de Pfizer en enero fue de 270 (104 Hombres, 166 Mujeres) y en el mes de marzo de 59 (21 Hombres, 38 Mujeres). La población vacunada con primera dosis de Sinovac en febrero fue de 1381 (429 Hombres, 952 Mujeres) y en el mes de marzo de 1383 (511 Hombres, 872 Mujeres). Con respecto a la segunda dosis, la población vacunada con Pfizer en febrero fue de 269 (104 Hombres, 165 Mujeres). Además, la población vacunada con segunda dosis de Sinovac en marzo fue de 1672 (519 Hombres y 1153 Mujeres). Con un total comunal de 3093 vacunados con primera dosis y 1941 con ambas dosis. Por otro lado, el número de casos activos fue de 20 a finales de enero, de 20 y 25 a mediados y fines de febrero respectivamente; de 88 y 55 casos activos a mediados y fines del mes de marzo. **DISCUSIÓN O COMENTARIOS**. A pesar de la progresiva inoculación contra Covid-19, se observó a nivel comunal el peak de casos activos, desde el inicio de la pandemia, a mediados de marzo 2021. Esto se podría explicar por la falsa sensación de seguridad en la población debido a la rápida y eficiente campaña de vacunación a nivel país, demostrando estos RESULTADOS la importancia de mantener las medidas de confinamiento y prevención como lo son: el uso correcto de mascarillas, el lavado frecuente de manos, el distanciamiento físico, entre otros. El aumento de nuevos casos, a pesar de la vacunación, desencadenó nuevas medidas de confinamiento, entrando la comuna a cuarentena con fecha 18 de marzo 2021 lo que refleja la importancia de la comunicación de riesgos. Como limitación del trabajo, podemos nombrar la falta de datos estadísticos, tales como, edad, patologías de base, entre otros. En trabajos futuros proponemos aumentar el tamaño muestral y agregar variables estadísticas.

NOTALGIA PARESTÉSICA, RARA CAUSA DE PRURITO.

Sebastián Baeza Vargas, Francisco Erazo Astudillo, Javier Villalón Friedrich
Médico EDF, Hospital de Taltal

INTRODUCCIÓN: El prurito es uno de los motivos de consulta dermatológicos más frecuentes. Se origina al estimular las terminales libres de la epidermis. Puede ser de origen dermatológico, sistémico neurológico o psicógeno. Se presenta cuadro clínico de prurito crónico y localizado de origen neurológico. **CASO CLÍNICO:** Mujer de 62 años, hipotiroidea en tratamiento, consulta por 1 año de evolución de dolor y prurito en región dorsal. Al examen físico destaca placa hiperpigmentada de bordes difusos en región infraescapular izquierda hacia línea media. Resto de examen físico sin hallazgos patológicos. Se realiza teleconsulta dermatológica que informan lesión compatible con una notalgia parestésica. Se inicia tratamiento con clobetasol 0,05% cada 12 horas por 30 días, lubricación y medidas generales. Evoluciona favorablemente con remisión de sintomatología durante tratatamiento. **DISCUSIÓN:** La notalgia parestésica se caracteriza por prurito localizado unilateral que involucra generalmente la región interescapular o infraescupular. Los cambios secundarios al grataje crónico son los únicos hallazgos visibles. Su etiología se debería al atrapamiento nervioso y neuropatía muscular compresiva de las ramas posteriores de los nervios espinales desde T2 a T6. No hay tratamiento específico, se ha usado tratamiento tópico de corticoides, capsaicina y anestésicos locales, acupuntura y fármacos antiepilépticos. Conocer esta patología es fundamental para el diagnóstico temprano y tratamiento que mejore la sintomatología del paciente.

RIESGO CARDIOVASCULAR DE ERGOTAMÍNICOS, A PROPÓSITO DE DOS CASOS.
Pamela Bahamondes Manosalva, Camila Cifuentes Urzúa, Nicolás Rivas Álvarez,
Médicos EDF Hospital los Lagos

INTRODUCCIÓN: La ergotamina es un alcaloide semisintético que actúa principalmente como agonista alfa-adrenérgico sobre receptores de serotonina y dopamina. Por su acción vasotónica específica sobre las arterias craneales distendidas, son medicamentos utilizados para interrumpir el desarrollo de las crisis migrañosas. Según el Instituto de Salud Pública su condición de venta es con receta médica. De los efectos adversos descritos los eventos cardiovasculares se consideran raros con una incidencia de 0.01%, pero con alta morbimortalidad. **Caso Clínico 1:** Paciente masculino de 69 años sin antecedentes cardiovasculares previos consulta por cuadro de 4 horas de evolución de dolor precordial opresivo EVA 10/10, sin irradiación. Como antecedente refiere que aproximadamente dos horas previo al inicio de síntomas presenta cefalea por lo que se automedica con cantidad indeterminada de Cefalmin (Ergotamina 1mg-Metamizol 300mg-Clorfenamina 4mg). Ingresa hipertenso, sudoroso, pálido, con mala perfusión distal, Extremidades inferiores frías con pulsos débiles. En electrocardiograma se evidencia Ritmo sinusal, Lesión subepicárdica inferolateral y anterolateral. Se inicia manejo coronario con diagnóstico de Infarto Agudo a Miocardio con supradesnivel de ST. Paciente en espera de móvil SAMU Avanzado cae en Paro Cardiorespiratorio donde tras 11 ciclos de reanimación finalmente no se logra recuperar Circulación Espontánea. **Caso Clínico 2:** Paciente masculino de 53 años, sin antecedentes cardiovasculares previos consulta por cuadro de un de disartria, paresia braquiocrural derecha y problemas para deglutir. Dentro de los antecedentes recabados refiere una semana de evolución de cefalea holocránea sin signos de alarma tratada con ergotamina 1mg auto medicada, sin entregar dosis diaria clara. Se deriva a hospital de referencia donde se realiza TAC de cerebro con lesión isquémica a izquierda, se realiza neuroprotección y nurorehabilitación, paciente actualmente con escasa secuela motora. **CONCLUSIÓN:** Los efectos adversos cardiovasculares asociado a ergotamínicos son de baja incidencia, pero genera alta morbimortalidad, por lo que la indicación debe ser cuidadosa especialmente en paciente con presencia de riesgo cardiovascular de base. Según ISP, la condición de venta es con receta médica, pero en ninguno de los casos clínicos asociados al presente reporte fueron con evaluación médica previa ni la venta fue con requerimiento de receta médica, por ende, es importante mayor supervisión de dichas entidades y mayor educación a la población. Actualmente, no se encuentra ningún trabajo a nivel nacional ni internacional que demuestre la verdadera repercusión cardiovascular de esta familia de fármacos, por lo que se insta a estudiar dicha asociación.

DISECCION AORTICA CON PRESENTACIÓN ATÍPICA, DIAGNÓSTICO Y RESOLUCIÓN, A PROPOSITO DE UN CASO.
Samuel Balmaceda Zamora (1), Regina Marambio Henzi (2), Natalia Cabrera Varela (3),
Sebastián Cartagena Gil (4)
(1) CESFAM Irene Frei de Cid, Quilicura. (2) Médico EDF, CESFAM Juanita Aguirre, Conchalí.
(3) CECOSF Batuco, Lampa. (4) Médico EDF, CESFAM La Pincoya, Huechuraba.

INTRODUCCIÓN: el síndrome aórtico agudo es un cuadro de alta mortalidad, falleciendo aproximadamente el 30% de los pacientes antes de llegar al hospital y un 20% durante la hospitalización. El 80% de los casos corresponde a una Disección aortica, afectando hasta un 70% a varones, con una media de 67 años. El síntoma primordial es un dolor severo de carácter "desgarrante" (90%), de inicio abrupto (90%), en tórax (85%) que se asocia a hipertensión arterial (49%). **DESCRIPCIÓN DEL CASO**: Paciente de sexo femenino, 43 años, con antecedentes de hipertensión arterial, se presenta en SAPU durante la madrugada por presentar dolor intenso EVA 10/10 progresivo en región cervical izquierda, irradiado a dorso en tercio superior; asociado a hipertensión arterial, disnea y diaforesis, dada la alta sospecha de patología vascular se deriva a atención secundaria, donde mediante AngioTAC se diagnostica Disección Aortica Tipo A-I DeBakey. Se deriva a Hospital del Tórax donde ingresa a UCI para manejo médico y posterior resolución quirúrgica, donde se realiza reemplazo de raíz aórtica y aorta ascendente. Evoluciona de forma favorable siendo dada de alta con cuadro resuelto. **DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN**: La disección aortica representa un desafío diagnóstico mayor para los profesionales que trabajan en los servicios de urgencia, ya que, al tratarse de una patología tiempo dependiente, si no se lleva a cabo en primera instancia aumenta considerablemente la morbimortalidad del paciente. Ante los síntomas clásicamente descritos hay que tener una alta sospecha diagnostica, llevar a cabo una evaluación junto a un manejo activo adecuado; y posteriormente exámenes imagenológicos en nivel secundario para confirmar el diagnostico. Con el estudio completo, más la clasificación final que le otorgue éste, se establecerá la conducta que podrá ser quirúrgica o endovascular según sea el caso.

CARACTERIZACION DE PACIENTES CON DEPENDENCIA SEVERA EN COMUNA DE COBQUECURA ENTRE LOS AÑOS 2007 Y 2021.

Andres Bardavid Orellana (1), Eduardo Cea Navarro (2), Alvaro Devia Ulloa (1)
(1) Médico EDF Cesfam Cobquecura. Comuna de Cobquecura
(2) Médico EDF Hospital de Curacavi, Comuna de Curacavi

INTRODUCCION: Como consecuencia del aumento de la expectativa de vida y la incidencia de diferentes comorbilidades, es que cada vez son más los pacientes catalogados como dependientes severos. La dependencia corresponde a la incapacidad funcional en relación con las actividades de la vida diaria. Se caracteriza la severidad en relación al índice de barthel el cual nos clasifica a los pacientes desde independientes a dependientes totales. La dependencia no solamente implica el paciente dependiente si no también el cuidador, el cual pasa a formar un pilar fundamental en el cuidado de estos pacientes. **OBJETIVO**: Caracterizar a la población de pacientes con dependencia severa ingresados al programa en la comuna de Cobquecura entre los años 2007 y 2021. **MATERIAL Y METODO**: Se realizó un estudio descriptivo transversal, sobre la población con dependencia severa (índice barthel entre 25-30) pertenecientes al programa de dependencia severa del cesfam de Cobquecura. Se revisaron las fichas de cada paciente generando un análisis descriptivo transversal. **RESULTADOS:** El número de pacientes con dependencia severa desde el año 2007 al año 2021 fue de 25 pacientes. De los cuales 18 correspondían a sexo femenino y 7 a sexo masculino. El intervalo de edad de los pacientes va desde los 26 a 102 años, con una media de 73,6 años. De las causas de dependencia severa un 84% corresponden a patologías de la esfera neurológica, siendo lo más frecuente el accidente cerebro vascular (44%), seguido de retraso mental severo (24%) y demencia (16%). El otro 16% corresponden a patologías osteomusculares. Dentro de las patologías crónicas más frecuente en estos pacientes un 76% corresponde a hipertensión arterial, un 40% a diabetes mellitus y un 36% a dislipidemia. De los cuidadores un 84% correspondieron a sexo femenino. **COMENTARIOS**: La mayor causa de dependencia severa en Cobquecura corresponde al accidente cerebro vascular, por lo anterior el equipo de salud tiene un rol fundamental en la prevención primaria y tratamiento de patologías crónicas causantes de ACV, para de esta manera evitar a largo plazo la dependencia y por otro lado entregar soportante tanto emocional, empático y educativo a los cuidadores en caso de que el paciente ya presente una dependencia severa.

CARACTERIZACION DEL EMBARAZO CON RIESGO PSICOSOCIAL EN LA COMUNA DE COBQUECURA ENTRE LOS AÑOS 2018-2021.

Andres Bardavid Orellana (1), Eduardo Cea Navarro (2), Alvaro Devia Ulloa (1)
(1) Médico EDF Cesfam Cobquecura. Comuna de Cobquecura
(2) Médico EDF Hospital de Curacavi, Comuna de Curacavi

INTRODUCCION: El embarazo y maternidad son uno de los hechos de mayor importancia en la vida de una mujer, así mismo uno de los hechos que mayormente definen la demografía de cada país. Por lo anterior cobra mucha importancia la detección e intervención temprana de factores de riesgo psicosociales, para de esta manera evitar o reducir el impacto negativo que estos podrían tener en el resultado de la gestación y el desarrollo del niño en sus primeros años de vida. **OBJETIVO**: identificar y caracterizar los embarazos con riesgo psicosocial en controles prenatales del Cesfam de Cobquecura, entre los años 2018-2021. **MATERIAL Y METODO**: Se realizó un estudio descriptivo transversal, revisando los registros estadísticos mensuales (REM) de los controles prenatales entre los años 2018 y 2021. De los anteriores se caracterizaron las pacientes que presentaban riesgo psicosocial según la evaluación psicosocial abreviada (EPsA), la cual se realiza a todas las mujeres gestantes al ingreso del control prenatal. **RESULTADOS:** De los datos obtenidos, se obtuvo un total de 113 ingresos a control prenatal de los cuales 34 fueron pacientes con riesgo psicosocial. Lo anterior corresponde a un 30% del total de los ingresos. Dentro de los ingresos de riesgo anteriores un 8% ingreso a control prenatal posterior a las 20 semanas, un 8% de las pacientes presentaba escolaridad menor a sexto básico, un 14,7% correspondían a paciente menores de 17 años, un 29% refería tener algún tipo de conflicto con la maternidad, un 8% con insuficiente apoyo familiar o social, un 32% presento síntomas depresivos, un 35% refería uso o abuso de sustancias, un 2% refirió violencia de género y un 20% presento otros factores de riesgo como extrema ruralidad y cesantía familiar. **COMENTARIOS**: Dentro del Cesfam de Cobquecura, aproximadamente un 30% de las pacientes embarazadas al momento del ingreso a control prenatal presentan algún factor de riesgo psicosocial, dentro de los cuales un alto porcentaje corresponde a embarazos no planificados, lo que a su vez se asocia a aumentos en los síntomas depresivos y abuso de sustancias. Por lo anterior es un pilar fundamental la implementación de programas sobre educación sexual tanto a nivel escolar como de salud para evitar inequidad en el desarrollo de las madres y sus hijos.

TROMBOEMBOLISMO PULMONAR SECUNDARIO A CIRUGÍA TRAUMATOLÓGICA: REVISIÓN DE UN CASO

Bárbara Bardessi Echeñique (1), Marianela Sánchez Álvarez (2), Crhistian Toapanta Armas (3)
(1) Médico EDF Desam Illapel, (2) Médico Cirujano Cesfam Villa San Rafael-Illapel, (3) Médico Cirujano ACHS -Illapel

INTRODUCCIÓN: La enfermedad tromboembólica venosa tiene una alta frecuencia en pacientes sometidos a cirugía traumatología (especialmente de cadera o rodilla). Los síntomas son variables y dependen mucho de la extensión del territorio comprometido, el estado basal- reserva funcional del paciente afectado y de la velocidad de instalación. Se presenta un caso de un paciente sometido a cirugía traumatológica que al mes desarrollo un tromboembolismo pulmonar (TEP) extenso.
CASO CLÍNICO: Paciente de 70 años sin antecedentes mórbidos previos, presenta rotura de tendón cuádriceps derecho posterior a caída a nivel. Se realiza cirugía de reparación de aparato extensor y reparación quirúrgica de ligamentos colaterales, sin complicaciones durante la cirugía ni alta médica. Se mantuvo con profilaxis antiembólica por 10 días con medias antiembólicas y anticoagulante oral-Rivaroxaban- 10 mg al día). A los 10 días post alta fue evaluado por traumatólogo quien realiza retiro de puntos y por buena evolución clínica indica inicio de terapia kinésica y suspende medidas de profilaxis antiembólica. Paciente inicia terapia kinésica recuperando algo de movilidad, al mes de la cirugía inicia cuadro de disnea progresiva y tos con expectoración mucosa además de fatiga y disminución de apetito, siendo evaluado de forma ambulatoria diagnosticándosele neumonía e iniciando tratamiento con amoxicilina/ac.clavulanico sin remisión de síntomas, por lo cual acude a urgencias, ingresando en regulares condiciones generales, taquicárdico, disneico,normotenso, en los exámenes realizados destacan: ECG:ritmo sinusal 113 lpm, sin alteración de la conducción AV, PCR:228, troponinas:0.021, DímeroD:8.100, AngioTAC tórax muestra extenso TEP, lobar y segmentario bilateral con signos sugerentes de hipertensión pulmonar (HTP) y leve derrame pulmonar izquierdo. Ecocardio: FEVI: 70%, DD tipo I VI remodelado, sin valvulopatías, cavidades derechas diámetros normales, sin impresión de HTP. Ecografía rodilla derecha: Trombosis venosa de aspecto subagudo. Diagnósticos de ingreso son: Insuficiencia respiratoria aguda hipoxemica, TEP extenso bilateral PESI score 100 puntos. Es evaluado por cardiólogo quien descarta Trombolisis e inicia tratamiento con Heparina (HNF) en BIC y oxigenoterapia. Paciente evoluciona bien, realizando traslape a anticoagulante oral; a la semana sin disnea ni dolor torácico, eucardico por lo cual se decide alta médica con indicación de TACO más rehabilitación kinésica respiratoria. CONCLUSIÓN: La multimorbilidad de TEP es alta y requiere de una actitud de profilaxis activa y un alto índice de sospecha para lograr un diagnóstico y tratamiento precoz de esta patología.

HIPOGLICEMIA COMO PRESENTACIÓN DE TUMOR NEUROENDOCRINO PANCREÁTICO

Fernando Barría Mora (1), Claudio Contreras Lagos (2), Héctor Cifuentes Aedo (3)
(1) Medico EDF CESFAM Dr. David Benavente de Ninhue, (2) Medico EDF CESFAM Trehuaco,
(3) Medico EDF CESFAM Los Volcanes de Chillan.

INTRODUCCIÓN: Los tumores neuroendocrinos pancreáticos son neoplasias que surgen de las células de los islotes de Langerhans. Son relativamente raros, representando menos del 3% de las neoplasias primarias del páncreas, con mayor frecuencia en el sexo masculino y en afroamericanos. Entre un 70% y un 90% son no funcionantes, mayoritariamente asintomáticos, pero podrían manifestarse clínicamente por efecto de masa. Los tumores funcionantes se asocian a síntomas mediados por la producción y secreción hormonal. En relación a estos últimos se presenta caso de paciente rural con aparente insulinoma que evoluciona tórpidamente. **PRESENTACIÓN DEL CASO:** Paciente masculino, 71 años, con antecedentes de hipertensión arterial e hipotiroidismo, consultó en posta rural de Ninhue por cuadros de hipoglicemia recurrente durante las 48 horas previas. Derivado a Hospital de Quirihue, en exámenes destacó glicemia 42 mg/dL, y patrón colestásico. Clínicamente anictérico y sin signos congestivos. Con mala respuesta a régimen, presenta nuevos episodios de hipoglicemia. Es trasladado a centro de referencia, realizándose ecotomografía abdominal que mostró múltiples imágenes hipoecogénicas sugerentes de lesiones de tipo secundario en hígado. Tomografía computada de tórax-abdomen-pelvis evidenció masa tumoral hipodensa de cabeza y cuello pancreático, de 3.6 x 3.0 cm, con atrofia de cuerpo y cola, se sospechó insulinoma. Evaluado por comité oncológico, se decidió ingreso a cuidados paliativos. Paciente falleció un mes después del diagnóstico. **DISCUSIÓN:** Los insulinomas son los tumores neuroendocrinos pancreáticos funcionales más comunes. Se caracterizan por una hiperinsulinemia episódica que conduce a hipoglicemia sintomática. Generalmente son de diagnóstico tardío por lo vago de sus síntomas, como es el caso de nuestro paciente en quien se constataron episodios previos compatibles clínicamente con hipoglicemia. Siendo un motivo de consulta tan frecuente en nuestras urgencias, es importante sospechar estas patologías sobre todo en pacientes sin historia de diabetes o insulinorresistencia.

TAMIZAJE DE CÁNCER DE PRÓSTATA EN ATENCIÓN PRIMARIA: ¿CUÁNTO SABEN LOS PACIENTES SOBRE LA PESQUISA PRECOZ? RESULTADOS DE UN ESTUDIO DESCRIPTIVO

Sara Barría Oyarce (1), María Bernal Martinez (2), Fernanda Claure Quevedo (1), Matías Sanhueza Punocura (3), Mauricio Cuadra Pérez (2), Fernanda Del Campo Bordali (4) Octavio Del Real Valdés (5),
(1) Médico EDF, Cesfam Isla de Maipo, (2Médico EDF, Cesfam Juan Pablo II, (3) Interno Medicina, Universidad Mayor, (4) Médico General, (5) Urólogo, Hospital Félix Bulnes Cerda

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS: El cáncer de próstata (CaP) tiene una prevalencia en Chile de 9,2/1.000 hombres entre 40-59 años. Las guías recomiendan la medición de antígeno prostático específico (APE) y tacto rectal (TR) a hombres entre 50-70 años y mayores de 45 años con antecedentes de CaP, sin embargo, no existe consenso nacional. Se realiza este estudio con la finalidad de objetivar el conocimiento de la población masculina en Chile sobre el CaP, una de las patologías más prevalentes en población masculina mayor de 50 años. **MATERIAL Y METODO**: Estudio descriptivo con reclutamiento prospectivo de hombres entre 50 y 70 años pertenecientes a los CESFAM Isla de Maipo y CESFAM Juan Pablo II de Padre Hurtado. RESULTADOS: Se encuestaron 183 hombres de Isla de Maipo (50,27%) y Padre Hurtado (49,72%). Mediana de edad 59 años. En relación a la escolaridad, 2,19% eran analfabetos, 33,9% enseñanza básica, 45,9% enseñanza media, 10.9% nivel técnico superior y el 7,10% estudios universitarios. En relación a antecedentes familiares de CaP el 76,5% no tiene, 5,46% desconoce, 16,92% tiene antecedentes familiares, siendo en el 48,38% el padre, 19,35% tío paterno, 16,13% hermano y 9,68% abuelo, 0,54% desconoce parentesco. El 1,09% tienen antecedente personal de CaP. El 72,1% niega haber recibido información sobre el tamizaje en APS, el 27,9% recibió información, de éstos 70,6% no aporta más información sobre el tipo de examen, el 27,5% se realizaron APE y 2% tacto rectal. El tamizaje de los últimos 2 años, el 60% no se ha realizado, 0,54% no recuerda, 40% se lo ha realizado, siendo el 25,7% APE y un 5,4% mediante tacto rectal, con un 69% ambos. Un 69,4% refiere que es muy importante para su salud la detección precoz del cáncer de próstata. Un 30,1% y 14,2% refieren que el acceso al examen es muy difícil por el transporte y costo. **CONCLUSIONES**: A pesar que los encuestados consideran muy importante la detección precoz de CaP, el 60% no se ha realizado un APE y/o TR en los últimos dos años. Considerando que el 72,1% niega haber recibido información sobre la detección precoz en su CESFAM, se evidencia la necesidad de un plan nacional de pesquisa de CAP. **COMENTARIOS**: En Chile la tasa de mortalidad por CaP es de 25,3 por cada 100.000 habitantes siendo un cáncer muy prevalente en hombres mayores de 50 años. A nivel internacional se aconseja que el tamizaje de CaP se realice en mayores de 50 años y de forma precoz (45 años) con historia familiar de CaP. Por tanto, creemos que es imperante tener un programa nacional de pesquisa precoz de CaP, y de protocolizar la toma de muestra y seguimiento, unificando así el acceso al tamizaje a nivel nacional.

PANDEMIA EN HOSPITAL DE BAJA COMPLEJIDAD, UNA FOTOGRAFÍA A LA REALIDAD LOCAL. RESULTADOS DE UN ESTUDIO DESCRIPTIVO.

Sara Barría Oyarce (1), María Bernal Martínez (2), Mauricio Cuadra Pérez (2), Matías Sanhueza Punocura (3), Camila Barría Oyarce (4), Valentina Olivares Cortes (5), Miguel Gil Espinoza (5), Tamara Parra Rodríguez (6)
(1) Médico EDF Cesfam Isla de Maipo, (2) Médico EDF Cesfam Juan Pablo II, (3) Interno Medicina Universidad Mayor, (4) Cirujano Dentista Cesfam El Manzano, (5) Interno de séptimo año de Medicina, Universidad Diego Portales, (6) Médico Jefe de Urgencias Hospital de Peñaflor.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS: La comuna de Peñaflor tiene una población de 96489 habitantes, siendo el hospital de peñaflor el centro de derivación local. En el año 2020 tuvimos que enfrentar la pandemia del virus Sars-Cov-2 causante Covid-19. Hasta la fecha en Chile se han registrado 1.07 millones de casos de covid-19, con 24.130 fallecidos. En este contexto, a medida que el número de casos fue aumentando en el país, hubo un cambio en la morbilidad de los pacientes que consultaban en los servicios de urgencia, en los ingresos a salas básicas y UPC, además de los fallecidos totales en cada servicio. Con este motivo decidimos hacer un estudio descriptivo sobre lospaciente fallecidos en el hospital de peñaflor entre los meses de marzo y julio del año 2020. **MATERIAL Y METODO:** Se realizó un estudio de corte transversal descriptivo del número de casos recibidos en el Hospital de Peñaflor entre marzo de 2020 hasta julio 2020. Se generó una base de datos mediante el uso de Microsoft Office Excel de los pacientes fallecidos en el servicio de urgencias y sala de medicina. Se complementó con la ficha clinica Tracker y del sistema Infinity.Se contó con la autorización de la dirección para la obtención de datos de los pacientes, resguardando su identidad. **RESULTADOS Y CONCLUSIONES:** Durante el mes de marzo al 14% (n=2) se le solicitó PCR de ingreso siendo 100% negativo para virus Sars Cov 2. En abril al 33,3% de los que fallecieron (n=5) se les solicitó PCR de ingreso, resultando el 80% (n=4) negativo y el 20% (n=1) resultó positivo para virus Sars Cov 2. En mayo al 68% (n=19) de los fallecidos se les solicitó PCR de ingreso, siendo el 37% (n=7) positiva, un 10% (n=2) no concluyente (y a los cuales no se solicitó nueva PCR durante la hospitalización) el restante 53% (n=10) resultó negativo. De los que fallecieron que ingresaron con PCR negativa a la urgencia, al 10% (n=1) se le solicitó PCR durante hospitalización la cual resultó positiva. En junio al 69% (n=35) de los fallecidos se les solicitó PCR de ingreso, siendo el 20% (n=7) negativo, de los cuales se repitió la PCR durante la hospitalización en el 14% (n=1) de los casos resultado no concluyente. El 71% (n=25) de los que fallecieron resultó positivo al ingreso y el 8.5%(n=3) tuvo un resultado no concluyente, de los cuales ninguno se repitió la PCR durante la hospitalización. En Julio al 90% (n= 27) se le solicitó PCR de ingreso, siendo el 44% (n=12) positivo y un 56% (n=15) negativo. Del total de pacientes que fallecieron entre abril y julio 2020 con PCR positiva para virus Sars Cov 2 (n=65), la relación entre hombre/mujer fue de 1,5 siendo el género masculino (n=39) el más afectado. El 10% (n=12) del total de los que fallecieron resultó con PCR positiva durante la hospitalización. Dentro de las comorbilidades más frecuentes entre los fallecidos destacamos en primer lugar la hipertensión arterial (n=48) y en segundo lugar la diabetes mellitus no insulinodependiente (n=18). Se les solicitó radiografía a 43 de 79 pacientes COVID positivos siendo el patrón perihiliar o difuso (n=25) el más frecuente. El segundo más frecuente fue un patrón algodonoso y/o moteado (n=8), seguido por la presencia de focos de condensación (n=9) y en 6 casos se presentó derrame pleural. Dentro del manejo que recibieron los pacientes fallecidos COVID positivo, el 89%(n=58) recibió tratamiento antibiótico, solo requiriendo tratamiento de segunda y tercera línea en un 38%(n=25) de los casos. Se anticoaguló al 82% (n=53) de los pacientes y el 72% (n=47) recibió tratamiento con corticoides. En el 69%(n=45) de los casos se había firmado limitación del esfuerzo terapéutico (LET). **DISCUSIÓN:** La pandemia actual por Sar-cov-2 ha impactado de gran manera en los servicios de salud, siendo una de las principales consultas a nivel nacional. En este estudio se encontró que más de la mitad de los fallecidos entre los meses de abril-junio tenían PCR positivo para sars-cov-2, positividad que aumento a medida que incrementaron los casos en el tiempo. De los fallecieron por covid-19, el 81% entre meses de abril-julio presentaron PCR positivo al ingreso o previo a este, solo un 18,4% presentó un examen positivo luego del ingreso. De las defunciones por covid-19, se pudo detectar como factores de riesgo más importantes sexo masculino (60% de las defunciones totales del periodo abril-julio), la hipertensión arterial (73%), y la presencia de infiltrado perihiliar o difuso en la radiografía de tórax (58% de las radiografías realizadas). Creemos entonces que dado la pandemia actual y el impacto que ha tenido en los servicios de salud hacer énfasis en la protección de los pacientes con los factores de riesgo descritos.

ATENCIÓN ODONTOLÓGICA DURANTE EL ESTADO DE ALARMA COVID-19 EN EL HOSPITAL COMUNITARIO DE ACHAO: UN ESTUDIO OBSERVACIONAL

Camila Barrientos García,
Odontóloga EDF, Buque Cirujano Videla, Décima Región de Los Lagos

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS: La pandemia por COVID-19 a representado un desafio para los profesionales y los sistemas de salud de todo el mundo debido a su alta tasa de contagio y propagación. La profesión odontológica es una de las que presenta mayor riesgo de contagio; dada la próximidad con pacientes sintomáticos o asintomáticos, la exposición constante a fluidos corporales y la potencial interacción con aerosoles generados durante los procedimientos odontológicos. Como medida sanitaria, durante el periodo de transmición comunitaria del virus, se suspendieron todas las atenciones odontológicas ambulatorias y se redujo a sólo atenciones de urgencias. El objetivo de este estudio es conocer la prevalencia de las patologias odontológicas diagnósticas en la población adscrita en el Hospital Comunitario de Achao ubicado en Achao, comuna de Quinchao, durante mayo a diciembre de 2020. **MATERIAL Y METODO:** Se realizó un estudio observacional descriptivo a través de la revisión de la totalidad de atenciones odontológicas realizadas en el Hospital Comunitario de Achao, durante mayo a diciembre de 2020, registrando el género, la edad y el diagnóstico clínico según el motivo de consulta del paciente, realizado siempre por el mismo operador. Los criterios de exclusión fueron usuarios menores de 18 años y/o que presentaron algún riesgo de padecer COVID-19 según protocolo local. Los datos obtenidos, se tabularon en una planilla de Microsoft Office Excel 2013 y los RESULTADOS se analizaron mediante estadística descriptiva considerando las variables demográficas de la población con el programa IBM SPSS STATISTICS Versión 22. **RESULTADOS**: Se revisaron 262 notificaciones que cumplieron con los criterios de inclusión. El género femenino fue el que consultó con mayor frecuencia. La edad del 76% de la población fue entre 19 a 60 años. 159 notificaciones correspondieron a urgencias odontológicas ambulatorias GES, siendo los diagnósticos más prevalentes; Periodontitis apical sintomática y pulpitis. Por otra parte, se observaron consultas por desalojo de obturación y piezas con periodontits crónica severa. **CONCLUSIONES:** La pandemia ha generado una reorganización considerable en lo que respecta a las atenciones dentales, sin embargo, la atención de urgencias, de pacientes críticos y procedimientos que no puedan ser postergados se mantuvieron; Para estos casos, se debieron adoptar todas las medidas de protección antes, durante y despues de la atención dental.

CONOCIMIENTO DE LOS PROFESIONALES DEL HOSPITAL COMUNITARIO DE ACHAO SOBRE DIABETES Y PERIODONTITIS

Camila Barrientos García (1), Fernanda Blaskovic Cañas (2), Sebastián Saldías Valdivia (3),
(1) Odontóloga EDF, Buque Cirujano Videla, Region de los Lagos, (2) Médico EDF, Hospital de Achao.
(3) Odontólogo EDF, en etapa de formación en Ortodoncia y Ortopedia, Universidad de Chile.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS: El conocimiento que presentan los profesionales no odontólogos respecto a la relación bidireccional entre periodontitis y diabetes ha sido investigado, diabetólogos no suelen ser informados sobre las consultas odontológicas ni la existencia de patologías orales de sus pacientes. Por otra parte, los pacientes no son conscientes de los efectos negativos de la diabetes en su salud oral y viceversa. El objetivo del presente estudio es determinar el conocimiento de los profesionales de la salud del Hospital Comunitario de Achao sobre la relación entre diabetes y periodontitis. **MATERIAL Y METODO:** Se realizó un estudio observacional descriptivo en 34 profesionales del Hospital Comunitario de Achao utilizando un cuestionario traducido y validado. Los criterios de selección fueron profesionales de la salud voluntarios que incluyó a médicos, químico farmacéutico, enfermeros, nutricionista, matronas, kinesiólogos, TENS, terapeuta ocupacional, asistente social y psicóloga. Los datos obtenidos fueron tabulados y analizados mediante estadística descriptiva con el programa IBM SPSS STATISTICS Versión 22. **RESULTADOS**: Se recibieron un total de 34 encuestas válidas. El 70,6% de los participantes encuestados señala estar al tanto que existe una posible relación entre salud oral y un pobre control metabólico en pacientes diabéticos. El 41,2% de los encuestados sabe que la enfermedad periodontal es uno de los mayores problemas en la salud oral en pacientes diabéticos. El 47,1% de los participantes señala estar al tanto que los problemas dentales pueden afectar el control de los niveles de glucosa en pacientes diabéticos. El 58,8% de los profesionales encuestados considera que los pacientes con pobre control metabólico tienen mayor riesgo de desarrollar enfermedades periodontales. El 38,2% de los participantes encuestados está al tanto que el tratamiento de la enfermedad periodontal puede mejorar el control de glucemia en pacientes diabéticos. **CONCLUSIONES:** Hay bastante evidencia que respalda la relación bidireccional entre diabetes y periodontitis por lo que la evaluación dental en pacientes diabéticos debiese ser obligatoria e integrada como prestación dentro de la garantía GES del paciente diabético.

ENFERMEDAD PERIODONTAL ¿UN FACTOR DE RIESGO PARA COVID-19?: REVISIÓN DE LA LITERATURA

Camila Barrientos García (1), Sebastián Saldías Valdivia (2)
(1) Odontóloga EDF, Buque Cirujano Videla. (2) Odontólogo EDF, en etapa de formación en Ortodoncia y Ortopedia Dentomaxilofacial, Universidad de Chile.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS: La periodontitis es una de las enfermedades inflamatorias crónicas no transmisibles más prevalentes, su forma más grave puede llegar a producir la destrucción del aparato de inserción de los dientes y la pérdida de ellos. El Coronavirus SARS-CoV-2 es el responsable de la enfermedad denominada COVID-19, asociada a una respuesta inflamatoria exacerbada que puede culminar en desenlaces fatales; Si bien la mayoría de estos pacientes presentan síntomas leves, casi el 14% de los casos confirmados desarrollan afecciones graves que requieren hospitalización y soporte de oxígeno. Se plantea que esta vía común de respuesta inflamatoria apunta hacia una posible asociación entre periodontitis y las manifestaciones adversas de la enfermedad COVID-19. El objetivo de este trabajo es realizar una búsqueda bibliográfica sobre la posible asociación entre periodontitis y severidad de la enfermedad COVID-19. **MATERIAL Y METODO:** Se realizó una búsqueda electrónica de artículos científicos utilizando PubMed, Scielo, Embase, Web of Science y la base de datos Scopus. Se llevó a cabo una estrategia de búsqueda avanzada utilizando las palabras claves ("Periodontal Diseases"[Mesh] OR "Periodontitis"[Mesh]) AND ("Coronavirus"[Mesh] OR "Covid-19"). En Scielo y Scopus no se obtuvieron RESULTADOS. En base de datos PubMed se realizó la búsqueda el 22 de febrero 19:30:04 2021, aplicando el filtro de: no más de 5 años atrás y presencia de artículos en texto completo, arrojandose 14 RESULTADOS, de ellos 8 artículos fueron seleccionados para esta revisión. **RESULTADOS:** No se ha demostrado que la enfermedad periodontal sea un riesgo de mayor gravedad en pacientes COVID-19, a pesar que ambas patologías se han asociado en muchas comorbilidades. Sin embargo; cabe mencionar el estudio más reciente de Marouf y cols. (2021) que, a través de un estudio de casos y controles, identificaron que el riesgo de complicaciones de COVID-19 fue significativamente mayor en pacientes con periodontitis moderada a grave en comparación a aquellos con periodontitis más leve o sin periodontitis. Sin embargo, este estudio tiene limitaciones y sus RESULTADOS deben tomarse con precaución. **CONCLUSIONES:** En la actualidad, este posible vínculo sigue en estudio, si se logra confirmar esta hipótesis, la terapia periodontal se debería considerar un parámetro de atención en el manejo clínico de pacientes infectados con COVID-19.

TUBERCULOSIS PLEURAL: UN DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL A CONSIDERAR ANTE CONSULTAS RESPIRATORIAS. REPORTE DE UN CASO CLÍNICO

Paula Basaez Cuiñas, Daniel Mella Sánchez,
Médico EDF CESFAM Alcalde Iván Manríquez Cuevas

INTRODUCCIÓN: La incidencia de tuberculosis en Chile se ha estancado los últimos años. Existe una baja pesquisa en el nivel primario de salud; los diagnósticos son tardíos y realizados en nivel secundario. La tuberculosis pleural se presenta con sintomatología respiratoria inespecífica. Una anamnesis dirigida, indagando en datos epidemiológicos más examen físico son elementales para orientar diagnósticos diferenciales. **CASO CLÍNICO:** Paciente 20 años, consultó en Atención Primaria por cuadro de dos días evolución de tos seca, rinorrea y febrícula; se manejó como sospecha de rinofaringitis. Seis días después acudió a Unidad de Emergencias por agregarse fiebre de predominio nocturno. Se sospechó neumonía bacteriana indicándose tratamiento antibiótico. Nueva consulta días después por persistencia de síntomas añadiéndose dolor torácico tipo tope inspiratorio. Ingresa febril, murmullo pulmonar abolido en 1/3 inferior derecho, parámetros inflamatorios elevados. Estudio imagenológico: derrame y engrosamiento pleural derecho. Análisis de líquido pleural: indeterminado. Se inició antibioticoterapia empírica sin respuesta. Se pesquisó que paciente es personal de salud y mantuvo contacto con tuberculosos; la elevada sospecha de infección por tuberculosis llevó a biopsia pleural que determinó el diagnóstico de tuberculosis pleural. **DISCUSIÓN:** Tuberculosis pleural representa 20% de los casos de tuberculosis extrapulmonar. Originado por ruptura de foco caseoso hacia el espacio pleural generando inflamación local, aumento de permeabilidad y subsecuente derrame. Los síntomas más frecuentemente descritos son: fiebre, tos no productiva y dolor torácico tipo pleurítico. El estudio diagnóstico incluye análisis del líquido pleural y estudio de imágenes con radiografía y TAC de tórax. En casos no concluyentes, se debe realizar biopsia pleural. La anamnesis dirigida logra orientar los diagnósticos diferenciales en un 75% de los casos. **CONCLUSIÓN:** Se debe aumentar la pesquisa de tuberculosis en Atención Primaria en pro de disminuir la tasa de incidencia a nivel país. Ante sintomatología respiratoria la tuberculosis pleural debe ser considerada como diagnóstico diferencial.

Radiografías de Tórax PA y Lateral

TC de Tórax

ROTURA OCULAR NO TRAUMÁTICA SECUNDARIA A GLAUCOMA: REPORTE DE CASO.

Carla Bastías Miranda (1), Marcela Toloza González (2), Camila Cárdenas Klaassen (3)
(1) Médica EDF Cesfam Manuel Ferreira Guzmán, (2) Médica EDF Hospital de Coelemu, (3) Médica EDF Hospital de Parral

INTRODUCCIÓN: La Rotura ocular es la pérdida de integridad de las capas externas del ojo[1]. Constituye una enfermedad grave, con consecuente pérdida visual, repercutiendo en la vida y la funcionalidad de la persona. La causa más frecuente es traumática, siendo la rotura ocular espontánea relacionada a glaucoma poco frecuente[1,5,6]. Es de mal pronóstico y grave, su manejo suele ser con evisceración o enucleación[1,4]. **OBJETIVO:** Presentar caso clínico de etiología poco frecuente de estallido ocular, para considerar en diagnóstico, tratamiento y complicaciones de glaucoma Agudo. **CASO CLÍNICO:** Paciente femenina, 92 años, con antecedentes de hipertensión arterial, artrosis, y glaucoma diagnosticado el 2019, tratada con timolol y varios cuadros de conjuntivitis en 2 años. Cursa cuadro de 14 días de conjuntivitis aguda manejada con cloranfenicol, de mala evolución, agregándose corticoide tópico y tobramicina 0.3%, sin antecedente de trauma ocular. Evoluciona con sangrado ocular, dolor, deformidad y pérdida de la visión, consultando al Servicio de Urgencia, constatándose perforación ocular con hemorragia vítrea. Evaluada por oftalmología quienes diagnostican estallido ocular de ojo izquierdo secundario a Glaucoma agudo, procediéndose a realizar enucleación del ojo. **DISCUSIÓN:** La rotura ocular es un evento grave que debe ser manejado prontamente para evitar la pérdida del globo ocular. La causa no traumática es rara, siendo el glaucoma una de éstas[1], presuntamente causando hemorragia supracoroidea, la que, además puede tener varios factores de riesgo. Ante la pérdida y deformación del globo ocular, la intervención quirúrgica es indispensable para prevenir complicaciones y lograr mejores RESULTADOS estéticos. **CONCLUSIÓN:** La ruptura ocular espontánea representa una pequeña parte de las causas de esta, sin embargo, es un diagnóstico grave, que constituye una emergencia por su mal pronóstico y potencial limitación funcional, por lo que es indispensable su conocimiento general.

MANEJO DEL TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO EN ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD, REPORTE DE UN CASO.

Valentina Belmar Korsholm (1), Fernanda Pizarro Pennarolli (2), Alejandra Jensen Heresi (2)
(1) Médico EDF, Cesfam Los Quillayes, (2) Médico EDF, Cesfam Pablo de Rokha.

INTRODUCCIÓN: el Trastorno Obsesivo Compulsivo (TOC) se caracteriza por pensamientos incontrolables y recurrentes (obsesiones) que pueden llevar a comportamientos repetitivos (compulsiones). El TOC es frecuente en la población: se dice que tiene una prevalencia del 2% al 3%, con inicio en la adultez joven usualmente. Su diagnóstico puede ser complejo para el médico general en Atención Primaria de Salud (APS), debido a la heterogeneidad de las presentaciones y su consulta tardía por escrúpulos entorno a la conciencia de enfermedad. **CASO CLÍNICO:** consulta en APS una mujer de 35 años, sin antecedentes mórbidos ni psiquiátricos conocidos, por presentar obsesiones y compulsiones en torno a la limpieza de su hogar, interrumpiendo su vida diaria, sus relaciones familiares e incluso descuidando el cuidado de su bebé de días de vida. Posterior al análisis médico y psicológico exhaustivo, se descartó causa orgánica y se concluyó que cumplía con los criterios del DSM-5 de TOC. Se trató con terapia cognitivo conductual e ISRS en dosis creciente, hasta lograr remisión parcial de los síntomas, pero suficiente para no interferir con su vida diaria. **DISCUSIÓN:** en este artículo buscamos mostrar la posibilidad de tratamiento efectivo en APS del TOC, sin recurrir en primera instancia a derivación a atención secundaria. A su vez se expone la posibilidad de agregación familiar del TOC por el antecedente de madre con síntomas similares, nunca diagnosticada, pero se requeriría de una muestra más grande para RESULTADOS significativos en este último tema.

ENFRENTAMIENTO LUMBALGIA SUBAGUDA ATÍPICA EN MUJER DE 48 AÑOS. A PROPÓSITO DE UN CASO.

Catalina Beltrán Vidal (1), Camila Montenegro Leonelli (2), Katherine Rebolledo Stegmann (1)
(1) Médico EDF, Hospital Purén, (2) Médico EDF, Hospital Traiguén.

INTRODUCCIÓN: El síndrome de dolor lumbar es un padecimiento frecuente de la población mundial (80%) según la OMS, y se sitúa en el primer lugar de causa por dolor crónico en Chile según el MINSAL. La definición abarca a todo aquel dolor en la zona del tronco (entre el reborde costal y el sacro), considerando al de tipo subagudo entre 4 – 12 semanas de duración y al atípico como aquel en que se encuentran factores de riesgo psicosociales implicados y un dolor de tipo migratorio. Si bien las causas son variables y la mayoría cede con medidas generales, existen las de origen sistémico (menos del 20 %), de las cuales <1% son graves. **REPORTE DE CASO:** Paciente femenina de 48 años con antecedentes de Cáncer de mama izquierda operado en 2017 y Depresión en tratamiento. Policonsultante en servicio urgencia Hospital de Purén por lumbalgia migratoria, que cede parcialmente a la analgesia. Dolor EVA 5/10 y contractura muscular moderada dorsolumbar derecha, con L4/L5/S1 esbozado y signos de TEPE /Lasegue negativos, resto sin alteraciones. Se le indica analgesia endovenosa y exámenes laboratorio e imagenológicos. Entre los que destacó leucocitos 10.090 con PMNn 77%; Calcio corregido 11, LDH 294. Resto Hemograma, Perfil renal y PCR dentro de rangos normales. Debido a radiografía inespecífica por técnica, se toma TAC de columna total que destacó lesiones osteoblásticas múltiples de diversos tamaños relacionadas con infiltración medular y cortical secundaria en el esqueleto axial, sugerentes de metástasis óseas. Se realizó derivación y confirmación diagnóstica en Hospital de Temuco donde se iniciaron ciclos de radioterapia y escalón analgésico domiciliario con opiáceos a través del ingreso a Programa de Paliativos. **DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES**: En cuanto al enfrentamiento del síndrome de dolor lumbar atípico y/o subagudo, es de suma importancia considerar los tiempos y el contexto anamnéstico del paciente para realizar los exámenes complementarios oportunamente. Indagar sobre posibles banderas rojas durante la evaluación nos puede alertar para realizar intervenciones tempranas ya sea para prolongar la vida del paciente y/o optimizar su respuesta frente al dolor.

SOSPECHA DE ENFISEMA SUBCUTÁNEO TRAUMÁTICO EN HOMBRE DE 61 AÑOS. A PROPÓSITO DE UN CASO.
Catalina Beltrán Vidal (1), Camila Montenegro Leonelli (2), Katherine Rebolledo Stegmann (1)
(1) Médico EDF, Hospital Purén, (2) Médico EDF, Hospital Traiguén.

INTRODUCCIÓN: El enfisema subcutáneo es la acumulación de aire de envergadura variable en el tejido celular subcutáneo, causado habitualmente por la rotura del árbol respiratorio, y más raramente por la perforación esofágica traumática, infección bacteriana por gas o secundaria a procedimientos laparoscópicos. Frente a su sospecha, el hallazgo de crépitos en los tejidos a la presión en el examen físico junto con la Radiografía Simple Tórax o Abdomen es suficiente para la confirmación diagnóstica. Se debe dimensionar que tras este signo clínico existirá un neumotórax o un neumomediastino y en menor medida una perforación del tubo digestivo, lo que hace importante su reconocimiento oportuno evitando complicaciones secundarias graves. Se presenta el siguiente caso por tratarse de una causa poco frecuente en la literatura de enfisema subcutáneo. **REPORTE DE CASO:** Paciente masculino de 61 años con antecedentes de Alcoholismo. Acudió al servicio urgencia Hospital de Purén refiriendo que, tras agresión por terceros hace un día presenta disnea, edema facial y dolor torácico. En la evaluación inicial destacó frecuencia cardiaca de 124 lpm, saturación O2 91% FiO2 ambiental, EVA 3/10 torácico. Al examen físico se constató edema crepitante facial, cervical y de tronco moderado, ruidos pulmonares de tonalidad disminuída con transposición de crepitantes, resto sin alteraciones. Se sospecha de enfisema subcutáneo traumático, se indica analgesia con Ketorolaco 30 mg endovenoso, O2 restrictivo para saturar 93% y EKG de control y se decide traslado a centro de referencia para imagenología y eventual revaloración por especialidad. Se confirma hipótesis diagnóstica con Neumotórax bilateral que requirió drenaje con tubo pleural dada su severidad y hospitaliza en servicio de cirugía, evolucionando favorablemente con resolución de su patología al tercer día. **DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES:** La sospecha de enfisema subcutáneo traumático es clave para la pronta derivación del paciente a un centro de referencia de mayor complejidad y subsecuentemente tomar las medidas adecuadas según la severidad del cuadro en cuestión.

SOSPECHA DE DERMATOMIOSITIS EN CONTEXTO DE MIALGIA SUBAGUDA EN ADULTO MAYOR. A PROPÓSITO DE UN CASO.
Catalina Beltrán Vidal (1), Camila Montenegro Leonelli (2), Katherine Rebolledo Stegmann (1)
(1) Médicos EDF Hospital Purén, (2) Médico EDF Hospital Traiguén.

INTRODUCCIÓN: El síndrome miopático abarca un grupo de patologías caracterizadas por paresia proximal de las extremidades, algunas veces acompañada de atrofia muscular y con cambios definidos en la electromiografía e histología. Su incidencia es baja y muestra predominio en mujeres (2:1) entre los 45-65 años con una instalación subaguda o crónica y una etiología adquirida o hereditaria. Ante la sospecha debe realizarse un estudio de neoplasia maligna y de otras enfermedades autoinmunes con las que puede cursar en concomitancia. No tiene un tratamiento específico, siendo su terapia alternante entre los glucocorticoides, inmunosupresores y eventualmente inmunoglobulina endovenosa. **REPORTE DE CASO:** Paciente masculino de 66 años sin antecedentes mórbidos, acude al servicio urgencia Hospital de Purén en reiteradas ocasiones por mialgia, artralgia y lesiones cutáneas que han ido en aumento progresivo hace 1 mes. Al examen físico destaca EVA 2/10 muscular, eritema descamativo a nivel facial en forma de ´´V´´ en cuello y de ambas manos, paresia proximal de extremidades, resto sin alteraciones. En exámenes de laboratorio CKMB 695.3, CKT 7972.4, LDH 695.3; GOT 492, GPT 364, VHS 40, con Hemograma, Perfil renal con ELP, Coagulación, Perfil hepático y Calcemia dentro de rangos normales. Se indicó hidratación endovenosa y corticoides en contexto de rabdomiólisis con subsiguiente traslado al Hospital de Angol por sospecha de dermatomiositis. Se confirmó diagnóstico mediante biopsia muscular y se descartaron cuadros concomitantes neoplásicos y autoinmunitarios. Se inició tratamiento con inmunosupresores siendo dado de alta a domicilio por evolución clínica favorable **DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES**: La dermatomiositis puede variar a otros tipos de miopatías por su compromiso cutáneo e histología muscular. La pesquisa oportuna es importante debido a que el cuadro puede ser progresivamente severo, con eventual afección de la mecánica respiratoria y/o con una falla renal aguda por mioglobinuria a consecuencia de la rabdomiolisis que pueden comprometer la vida del paciente si no son manejadas a tiempo.

PSEUDOTROMBOCITOPENIA E HIPOCALCEMIA SEVERA SECUNDARIA A ACIDO VALPROICO: REPORTE DE UN CASO.
Roberto Benavente Salazar, Patricio Araya Cortés, Manuel Irausquin Sánchez, Edgardo Figueroa Ortega
Médicos EDF Hospital de Villarrica.

INTRODUCCION: El ácido valproico (AVP) es un fármaco ampliamente utilizado, prescrito predominantemente en epilepsia y trastornos psiquiátricos. Múltiples efectos adversos se han descrito asociados a su uso. La pseudotrombocitopenia (PTCP) se define como un recuento plaquetario falsamente bajo debido a una aglutinación plaquetaria, la mayoría de veces inducida por ácido etilendiaminotetraacético (EDTA). No tiene relevancia clínica, sin embargo, una interpretación errónea puede llevar a pruebas y tratamientos innecesarios. La hipocalcemia es una entidad potencialmente grave que puede llevar a la muerte. **PRESENTACIÓN DEL CASO:** Paciente masculino de 56 años, con antecedentes de epilepsia e hipotiroidismo, usuario de AVP, fenitoína y levotiroxina, fue derivado al servicio de urgencias por presentar trombocitopenia e hipocalcemia severa en exámenes de rutina, con un recuento plaquetario de 9.000/mm3 y una calcemia corregida de 5,5 mg/dL. Clínicamente asintomático y al examen físico sin hallazgos. Hemograma normal salvo frotis que evidenció aglutinación de plaquetas. Electrocardiograma, fósforo, parathormona (PTH) y ecografía tiroidea resultaron normales. Niveles plasmáticos de AVP resultaron elevados. Se sospechó PTCP y se procesó muestra en tubo citrato, evidenciando un recuento plaquetario normal. Así también, se atribuyó finalmente hipocalcemia a déficit de vitamina D secundaria a AVP. **CONCLUSIONES Y DISCUSIÓN:** En este caso se demostró una PTCP dependiente de EDTA secundaria al uso de AVP. Si bien el AVP está relacionado a toxicidad hematológica, pudiendo causar una trombocitopenia mediada por autoanticuerpos, es importante sospechar esta condición, especialmente en ausencia de manifestaciones hemorrágicas. Por otro lado, el AVP al inducir al citocromo CYP450, conduce a déficit de vitamina D, con una consecuente hipocalcemia a largo plazo. Conocer, sospechar e identificar estas entidades es útil para el clínico a la hora de interpretar exámenes de laboratorio, en su correlación con los hallazgos clínicos, para evitar pruebas, tratamientos y ansiedades innecesarias.

XANTOMATOSIS ERUPTIVA COMO MANIFESTACIÓN CUTÁNEA DE TRASTORNO LIPÍDICO. A PROPÓSITO DE UN CASO.

Ninotchka Benítez Moreno, Rocío Quinchavil Díaz, Diego Gianetti Bahamonde, Paulina Alonso Vander Stelt
Médica EDF Hospital de Fresia

INTRODUCCIÓN: Los xantomas corresponden a depósitos anormales de lípidos en la piel y se clasifican en eruptivos, tuberoeruptivos y planos. La xantomatosis eruptiva es una condición poco frecuente caracterizada por aparición súbita de pápulas rojo-amarillentas de 1 a 4 milímetros de distribución predominante en extremidades. Pueden presentar prurito y fenómeno de Koebner. Se relaciona con trastornos del metabolismo lipídico, y con menor frecuencia a signos iniciales de diabetes, o gammapatías monoclonales. **CASO CLÍNICO:** Paciente de 44 años con antecedente de Diabetes Mellitus tipo 2 de reciente diagnóstico, consulta en nivel primario de atención por historia de 3 semanas de evolución de aparición súbita de lesiones pápulonodulares rojo-amarillentas en cuello, tórax y extremidades superiores, indoloras y no pruriginosas. Se solicitaron exámenes de laboratorio destacando hipertrigliceridemia de 4.420mg/dl. El resto de los valores de laboratorio no fueron calculables por hiperlipemia. Se hospitalizó para tratamiento biasociado con bomba de infusión continua de insulina cristalina y gemfibrozilo, logrando disminuir niveles de triglicéridos a 794 mg/dL. Se mantuvo posteriormente con tratamiento ambulatorio, evolucionado de manera favorable, logrando remisión de lesiones descritas luego de un mes de iniciada la terapia. **DISCUSIÓN**: La Xantomatosis eruptiva corresponde a una manifestación poco frecuente de hiperlipidemia. Dentro de sus diagnósticos diferenciales se encuentran el molusco contagioso y otras patologías de menor incidencia como la histiocitosis, el granuloma anular diseminado, los lepromas y el xantogranuloma juvenil. Histopatologicamente corresponden a un infiltrado de células inflamatorias, como células espumosas, linfocitos, neutrófilos e histiocitos asociados a depósitos de lípidos extracelulares. La clínica y los exámenes de laboratorio del paciente permiten realizar la hipótesis diagnóstica, que será posteriormente confirmado a través de la biopsia. Es importante considerar los trastornos del metabolismo de los lípidos como principal diagnóstico presuntivo, ya que su detección precoz puede incidir en el manejo de la prevención cardiovascular secundaria, disminuyendo así la morbimortalidad asociada.

REPORTE DE CASO CLÍNICO: HALLAZGO QUERION DE CELSO EN LACTANTE DE 9 MESES

Luz Marina Bertolotto Cárcamo, Nicolás Cádiz Vidal, María Ignacia Quiñones San Martín, Karina Saravia Herrera,
Médico Cirujano. CESFAM Quinto Centenario, Osorno.

INTRODUCCIÓN: El Querión de Celso corresponde a una tiña inflamatoria. Presenta varias formas clínicas y es casi exclusiva de los niños. Su principal agente etiológico es el M. canis, seguido por T. metangrophytes. Se inicia como una foliculitis o perifoliculitis que evoluciona a una placa inflamatoria, con escasos pelos cortos, sensible y dolorosa a la palpación, con la presencia de pústulas, abscesos y costras. **OBJETIVOS**: Describir hallazgos clínicos encontrados en el lactante cursando con la patología mencionada. **MATERIAL Y METODO**: Estudio descriptivo, mediante revisión de antecedentes en ficha clínica de lactante mayor atendido en CESFAM Quinto Centenario en febrero 2021 en contexto de una consulta de morbilidad. **RESULTADOS**: Lactante mayor de 9 meses y 30 días, sin antecedentes perinatales de importancia o antecedentes quirúrgicos previos. Un antecedente relevante dentro de la anamnesis es la falta de saneamiento básico de la vivienda y el bajo nivel de escolaridad de madre y padre. Madre decide consultar en atención de morbilidad de Cesfam Quinto Centenario por lesión de 6 meses de evolución en región parieto-occipital. Inicialmente tratada con shampoo de ketoconazol al 2% por sospecha de dermatitis seborréica. Sin resolución, con aumento de volumen y sensibilidad en el último mes. Al examen físico se observa placa pseudoalopécica, de aproximadamente 4x4 cm, con base eritematosa. Descamación fina y costras melicéricas. Sensible la palpación. Actualmente en espera de micológico directo. **DISCUSIÓN:** Las micosis superficiales constituyen una patología prevalente en dermatología. El diagnóstico es clínico y el aislamiento del agente causal sin duda permite orientar el tratamiento antifúngico adecuado, siendo estos eficaces y seguros en población pediátrica. Por lo tanto, la identificación precoz y el acceso al examen es fundamental para un buen manejo de la patología, así como también la educación sobre ésta a los padres para poder lograr la adherencia que se requiere al tratamiento.

SD MIRIZZI, REPORTE DE UN CASO

Sebastián Blackburn Bersezio (1), Ignacio Barrera Carrasco (1), Matias Lyner Bravo (2),
(1) Medico EDF Hospital Kallvullanka de Cañete, (2) Medico EDF Cesfam Miguel Ángel Arenas Curicó

INTRODUCCIÓN: El síndrome de Mirizzi se define como la compresión extrínseca del conducto hepático común por un cálculo impactado en el bacinete o en el conducto cístico. Su prevalencia 0.05 a 1.4% de pacientes sometidos a colecistectomía, Se clasifica de acuerdo a existencia o no de fistula colecistocoledociana en cuatro tipos: 1) sin fistula, 2)-4) fistula con diferente grado de compromiso de pared del conducto hepático. Es una presentación rara, pero puede llevar a un aumento significativo de morbilidad y lesión biliar de no ser diagnosticadaSe presenta caso de paciente 31 años, masculino, sin antecedentes, consulta por cuadro de 3 días de dolor abdominal inespecífico asociado a vómitos, ictericia y coluria, sin fiebre ni cambios en habito intestinal. Exámenes con parámetros inflamatorios bajos y patrón hepático colestásico: GOT/GPT 137/213 GGT/FA 489/330 BT/BD 7.7/5.7. Se realiza Eco abdominal que muestra vesícula distendida de 7.8cm indolora a la presión del transductor, paredes finas, con un cálculo enclavado en cuello vesical de 13.5mm diámetro, vía biliar difícil de evaluar. Se complementa estudio con colangioRNM que confirma hallazgo en vesícula y descarta cálculos a nivel de vía biliar y fistulas (tipo I) Se realiza colecistectomía laparoscópica que se informa como laboriosa y que finalmente se convierte a cirugía abierta. Paciente evoluciona con un postoperatorio larvado pero favorable. **DISCUSIÓN:** El síndrome de Mirizzi es una presentación poco frecuente de la patología biliar, pero está demostrado que aumenta la morbilidad y lesiones de la vía biliar al no ser detectada en el preoperatorio. Es necesario documentar los casos a modo que exista más evidencia del manejo con el fin de aportar a la decisión clínica de otros colegas y aumentar los datos para estudios posteriores

PILEFLEBITIS, A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO
Sebastián Blackburn Bersezio, Patricio Mellado Vigueras, Rodrigo Santamaría González
Medico EDF Hospital Kallvullanka de Cañete

INTRODUCCION: La Pileflebitis se define como la tromboflebitis séptica de la vena porta o en una de sus tributarias. Es una complicación rara, pero de alta mortalidad de procesos infecciosos abdominales. Actualmente la diverticulitis es la causa más frecuente. En un 88% se logra aislar microorganismos, el más frecuente es Streptococcus viridans. Escolar 10 años, con antecedentes de asma, es derivada por cuadro de 4 días de evolución de fiebre 41°C, calofríos, dolor abdominal en hipogastrio, intermitente, asociado a vómitos. Sin síntomas urinarios ni cambios en el hábito intestinal. PCR: 266 y ecografía abdominal (+) apendicitis aguda. Se realiza apendicectomía con hallazgos de apendicitis gangrenosa. En post operatorio inmediato evoluciona febril hasta 39.9°C. Se realiza hemocultivo e inicio terapia antibiótica (ATB). Al tercer día persiste febril, se realiza ecografía abdominal que informa imagen sugerente de trombo en vena mesentérica superior. Se complementa con angio-TACvenoso de abdomen que confirma trombosis de la unión portomesenterica. Hemocultivo (+) Streptococcus viridans. Se ajusta terapia antibiótica (Cefotaxima 130mg/kg/día, Clindamicina 25mg/kg/día, Penicilina 200.000 UI/kg/día) y comienza tratamiento anticoagulante. Evaluada por especialistas se decide completar 21 días de tratamiento antibiótico endovenoso + 21 vía oral; completar 2 meses con HBPM. Evoluciona favorablemente, con resolución clínica e imagenológica de su patología. **DISCUSIÓN**: La pileflebitis es una complicación poco frecuente, pero de alta mortalidad. Es necesario documentar los casos a modo que exista más evidencia del manejo con el fin de aportar a la decisión clínica de otros colegas y aumentar los datos para estudios posteriores

ROTURA URETERAL ESPONTANEA, REPORTE DE UN CASO
Sebastián Blackburn Bersezio (1), Ignacio Barrera Carrasco (1), Orlando Mejías Briceño (2),
(1) Medico EDF, Hospital Kallvullanka de Cañete, (2) Urólogo, Hospital Kallvullanka de Cañete

INTRODUCCION: La ruptura espontánea del uréter es una rara alteración, definida como la pérdida de orina no traumática, cuyo mecanismo fisiopatológico aún se desconoce; sin embargo, se ha propuesto que la impactación-retención de cálculos en la pared del uréter puede producir erosión y ulceración. Se presenta el caso de un hombre de 51 años, sin antecedentes médicos ni quirúrgicos, que acude a urgencias por cuadro de 1 hora de evolución de dolor intenso en flanco izquierdo irradiado a dorso, sin otros síntomas. Al examen físico: Estable, destaca puño percusión esbozada a izquierda. Genitales: normales. EDR: Próstata 30gr lisa sin nódulos ni tumoraciones. Se ingresa para estudio donde destaca Ecografía: HUN izquierda sin factor obstructivo evidente UROTAC: Litiasis unión UV izq.(6mm) HUN ipsilateral leve. Colección retroperitoneal izquierda 210cc. Sin evidencia de filtración urinaria tracto urinario superior. PIELOTAC: Litiasis ureteral media izquierda 6mm que condiciona ligera ureterohidronefrosis. Evidencia de líquido libre retroperitoneal izquierda 177cc. Urinoma por Rotura ureteral vs calicial espontanea. Laboratorio: *Creatinina: 1,10 *Proteina C Reactiva: 31,9 *Leucocitos: 9,3 *Hemoglobina: 14,0 *Plaquetas: 422, APE: 0,29 --- UC: Negativo –. Paciente tiene buena evolución, con expulsión del cálculo. Se discute abordaje en comité decidiendo instalación de catéter el cual no se logra realizar dado edema meatal. Sin embargo, paciente evoluciona favorablemente con reabsorción de urinoma. **DISCUSIÓN**: La ruptura espontanea del uréter secundaria a cálculos es un diagnostico poco frecuente, pero que hay que tener presente como diagnóstico diferencial, además de documentar y presentar el caso para tener más datos sobre el manejo entre los colegas y mejorar la morbilidad de los pacientes.

TALLER ANTI-CAÍDAS EN GRUPO DE ADULTOS MAYORES DE HOSPITAL DE ACHAO
Fernanda Blaskovic Cañas, Daniela Castro Guzman, Daniela Villarroel Mansilla
Médico EDF. Hospital de Achao

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS: El 2020 el costo total de las lesiones producidas por caídas en las Personas Mayores (PM) estuvo bordeando los $67.7 billones en EEUU.A nivel nacional, la encuesta SABE Chile de OPS (2001), arrojó una prevalencia de un 35.3% anual de caídas en adultos mayores. En Hospital de Achao entre enero a diciembre del 2019, se hospitalizaron a 11 PM con alguna lesión ósea asociada a caída. De estos, sólo 1 tenía realizado su EMPAM al día, sin contar con Time up and Go (TUG) y equilibrio monopodal (mayores predictores de caída disponibles). Las estrategias de intervención multidimensional preventiva tienen un gran costo efectividad, por lo que el objetivo del trabajo fue disminuir el riesgo de caida en PM pertenecientes al Hospital de Achao a través de un programa de ejercicios validados y de manera interdisciplinaria. **MATERIAL Y METODO:** Estudio observacional descriptivo. Se selecciona a un grupo de 7 PM (>65 años), con TUG >o = a 15 segundos en su EMPAM 2019 y/o Unipodal < o igual a 4 segundos. Se genera un programa estructurado de 8 semanas de ejercicios/estimulaciòn basado en el *National Council on Aging "Falls Free" y Manual de prevención de Caídas del Adulto Mayor emitido por MINSAL*. Se midió/analizó el TUG y el unipodal al ingreso, al mes y al finalizar el programa. **RESULTADOS Y CONCLUSIONES:** De los 7 pacientes inciales, 6 (85.7%) adhirieron a las 8 semanas. El 100% de ellos mejoraron al menos 2 segundos el TUG inicial versus el de salida y 5 de ellos (83%) superaron los 5 segundos del Unipodal bilateral, disminuyendo el riesgo de caída según estos predictores. **DISCUSIÓN O COMENTARIOS**: Este trabajo comunitario nos invita a realizar estrategias costo-efectivasy reproducibles en nuetras destinaciones que pueden tener gran impacto.

MEJORA DE PROCESOS CLÍNICOS EN EL CONTROL DE PACIENTES CON HIPOTIROIDISMO.
Fernanda Blaskovic Cañas, Daniela Castro Guzman, Daniela Villarroel Mansilla
Médicos EDF Hospital de Achao.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS: Se trabaja en CECOSF Llau Llao, perteneciente a Castro, Chiloé, dado una percepción de parte del equipo de salud de un mal funcionamiento en el proceso de toma de muestra TSH, lo que se ha traducido en importantes retrasos en el control de pacientes con hipotiroidismo (39.5 días en promedio), y que a su vez no se estaría cumpliendo con los tiempos sugeridos en la norma GES. Este centro cuenta con una población inscrita de 4.463 usuarios, en su mayoría presentando difícil acceso debido a alta ruralidad, por lo que una mejora en informar de manera oportuna y eficiente los RESULTADOS tendrá un gran impacto sanitario. Los objetivos del trabajo:

- Disminuir el tiempo de espera entre la toma de muestra y la revisión de la TSH en pacientes con hipotiroidismo por parte del médico tratante.
- Mejorar la satisfacción usuaria y percepción de los profesionales respecto al control de pacientes hipotiroideos.
- Eliminar la probabilidad de pérdida del resultado del examen TSH procesado por el laboratorio externo, evitando la doble punción en los pacientes.
- Disminuir la pérdida de recursos tanto humanos como económicos en los exámenes extraviados.

MATERIAL Y METODO:

- En base al modelo de gestión de procesos: generar mapeo, análisis de procesos de toma de muestra, tiempos y flujos de RESULTADOS.
- Definir costos, tiempos y satisfacción usuaria respecto al control y pesquisa de hipotiroidismo.
- Definir nudos, brechas y quiebres del proceso; implementar soluciones en base a lo detectado.
- Creación de indicador para medición de impacto de mejora del proceso.
- Se revisan los cuadernos de registros que poseen los TENS a la hora de tomar los exámenes, rastreando aquellos tomados en los últimos 3 meses (desde su fecha de toma hasta la llegada del resultado) obteniendo una línea de base promedio del tiempo de la recepción del resultado. Posterior a ello se inicia comparación tras implementación de plan de mejora.
- Se realiza encuesta de satisfacción a 30 usuarios con hipotiroidismo, 10 funcionarios y 4 médicos respecto a este proceso.
- Equipo se contacta con laboratorio implicado.

RESULTADOS: Se logra obtener clave de acceso a laboratorio externo REDLAB mediante la sencilla coordinación y llamada a laboratorio comunal. A pesar de tener pocos números para corte trimestral, se disminuye tiempo de 39,5 días a 20 días en los últimos 10 RESULTADOS. **COMENTARIOS:** Podemos ver que con herramientas básicas de gestión se pueden mejorar procesos clínicos importantes con cambios altamente efectivos y de bajo costo. Invitamos a la comunidad médica de APS a preguntarse qué procesos se podrían mejorar en sus centros a través de la implementación de este modelo.

LA IMPORTANCIA DE LA SOSPECHA CLÍNICA DEL EMBARAZO ECTÓPICO ROTO, A PROPÓSITO DE UN CASO.
María Ignacia Bobadilla Canales, Martín Gustavo Mayol Guzmán Francisca Montserrat Müller Sandoval
Juan Diego Peña Cevallos
Médicos EDF, Hospital de Lebu

INTRODUCCIÓN: El embarazo ectópico intersticial o cornual es aquel que se implanta en la porción uterina de la tuba, siendo el 2- 4% de todos los embarazos ectópicos. Con una elevada morbimortalidad, correspondiendo al 5% de todas las muertes maternas. Este es diagnosticado en algunas ocasiones tardíamente llegando incluso a las 16 semanas de edad gestacional por el mayor espesor del miometrio donde le permite crecer, pero también le otorga un mayor riesgo de hemorragia por su relación con la arteria uterina. La importancia de presentar este caso radica en que haber tenido la sospecha diagnóstica y un manejo rápido, fue el punto cardinal de un buen resultado clínico. **CASO CLÍNICO:** Paciente de 24 años con edad, sin antecedentes, con amenorrea de 11 semanas aproximadamente, consulta por cuadro de dolor hipogástrico de 6 horas de evolución irradiado a fosa iliaca izquierda, EVA 10/10, opresivo, que no cede a analgesia, asociado a esto presenta síncope en 2 episodios y vómitos, sin fiebre. Destaca hemodinamia inestable y abdomen agudo. Se realiza ecografía transvaginal donde no se evidencia saco gestacional. Se sospecha embarazo ectópico roto por lo que se deriva a centro de mediana complejidad donde es ingresada a pabellón para laparoscopia diagnóstica, diagnosticando embarazo ectópico roto complicado, además se evidencia sangrado activo hacia cavidad peritoneal a nivel de cuerno izquierdo de aproximadamente 800cc. Se realiza cornuostomía y salpingectomía izquierda. Logrando así control del sangrado y mejorando la hemodinamia, con buena evolución post-operatoria, paciente fue dada de alta a los 4 días. **CONCLUSIÓN:** La importancia de presentar este caso es exponer que el embarazo cornual, pese a que en la literatura está descrito que puede crecer y no presentar complicaciones hasta una edad gestacional avanzada dada su ubicación anatómica, puede presentarlas aún en edades gestacionales menores y sin ser evidenciado a través de una ecografía. **DISCUSIÓN:** Como ocurrió en el caso presentado, que a través de anamnesis y examen físico se tuvo la correcta sospecha diagnóstica de embarazo ectópico roto que permitió un manejo rápido y adecuado para la paciente.

QUISTE HIDATÍDICO RENAL. REPORTE DE UN CASO.

Felipe Bocic Wattier (1), Ljubica Milos Pedemonte (2), Francisca Riffo Sepúlveda (2).
(1) Médico Cirujano EDF, CESFAM Federico Puga Borne. Servicio de Salud Ñuble.
(2) Médico Cirujano EDF, CESFAM Michell Chandía Alarcón. Servicio de Salud Ñuble

INTRODUCCIÓN: La hidatidosis o equinococosis quística es una zoonosis producida por formas larvarias de parásitos de *Echinococcus spp.*, cuyo hospedero definitivo es el perro. El humano y otros animales son hospederos intermediarios accidentales, presentando la forma quística de la enfermedad. En Chile, es una enfermedad endémica concentrada en áreas rurales y de vulnerabilidad social, asociado a crianza de ganado ovino, caprino y bovino, con una incidencia de 1,47/100.000 habitantes. Su presentación clínica depende del órgano afectado y sus complicaciones; los más afectados son hígado (50-70% de los casos), pulmón (20-40%) y otras localizaciones (10%). Habitualmente los pacientes son asintomáticos, resultando los quistes un hallazgo imagenológico. Para la hidatidosis hepática, la ecografía es el MÉTODO diagnóstico de elección por su mayor especificidad y sensibilidad, mientras que para la hidatidosis pulmonar se considera la radiografía de tórax frontal y lateral como la técnica de elección. **CASO CLÍNICO:** Paciente femenino 58 años, diabética no insulinorequiriente, consulta por dolor abdominal prolongado inespecífico, sin síntomas gastrointestinales asociados. Ecografía abdominal informa en riñón derecho masa quística, paredes gruesas, exofítica, 8,8 x 11,2 x 10 cm, volumen estimado 516cc. Sin hidronefrosis, litiasis, ni proceso expansivo. Observación de quiste hidatídico. Exámenes de función hepática y renal resultan sin alteraciones. Es derivada a nivel secundario para completar estudio y decidir tratamiento según RESULTADOS. **CONCLUSIONES:** La equinococosis es una enfermedad frecuente en el sur del país, a considerar dentro de los diagnósticos diferenciales posibles. Aunque su ubicación más frecuente es hepática, en un 10% de los casos la infección ocurre fuera de este órgano. Habitualmente es asintomática, debido a su lento crecimiento; el riesgo de complicación es alto si el quiste llega a romperse. Actualmente, la cirugía junto a antiparasitarios es la medida terapéutica definitiva, ya que presenta altas tasas de eliminación del parásito.

ENFERMEDAD DE CREUTZFELDT-JAKOB Y LA IMPORTANCIA DEL DIAGNOSTICO EN CHILE

Eduardo Bravo Lazaneo (1), Alejandra Catalán Contreras (2), Cristóbal Cofré Figueroa (2)
(1) Médico EDF CESFAM Juan Santamaría Bonet, (2) Médicos EDF CESFAM Victoria

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS: La Enfermedad de Creutzfeldt-Jakob (ECJ) corresponde a una encefalopatía espongiforme causada por una proteína priónica mutante, la cual se acumula en el cerebro. En Chile, la incidencia de la ECJ es 2 a 3 veces mayor a la reportada en otros países y la tasa de la variante familiar es la más alta reportada en el mundo. La ECJ nueva variante, se transmite de animales a humanos, siendo fundamental el diagnóstico de esta entidad para así poder prevenir nuevos casos. **MATERIAL Y METODO:** Hombre de 49 años, sin antecedentes relevantes, consulta por cuadro de 2 meses de evolución de parestesias en los ortejos asociado a paresia leve del pie izquierdo sin afectación de sus actividades, evoluciona en últimas 2 semanas con aumento en la intensidad de los síntomas. Al examen físico se describe marcha levemente enlentecida, paresia de flexo-extensión del pie izquierdo, reflejo rotuliano bilateral simétrico, aquiliano izquierdo ausente, plantar flexor bilateral. Por sospecha de radiculopatía S1 se deriva a Neurocirugía. Tres meses desde el inicio de los síntomas se agrega, temblor de extremidad inferior izquierda, hemiparesia braquio-crural izquierda y bradipsiquia por lo que se hospitaliza. Se descartan causas tóxico-metabólicas, infección bacteriana y viral, encefalitis autoinmune y posibles síndromes paraneoplásicos. RNM con contraste informa: aumento de señal difuso y simétrico de núcleos caudados y lenticulares. Discreto aumento de señal de la corteza a nivel frontal parasagital bilateral asociado a restricción de la difusión. Electroencefalograma informa lentitud bifrontal intermitente. Familiares refieren que hermano del paciente falleció por un cuadro compatible con demencia rápidamente progresiva (DRP) sin estudio. En contexto de un cuadro de DRP y de los hallazgos imagenológicos se diagnostica ECJ. El paciente evoluciona con, mutismo akinético, espasticidad, falleciendo 1 año después del inicio de los síntomas. **RESULTADOS Y CONCLUSIONES:** Este caso se clasifica como ECJ sospechoso por falta de estudio anátomo-patológico. El considerar que el cuadro del hermano fallecido fue por ECJ, se puede establecer el diagnóstico de ECJ familiar. Se descartan otros tipos de ECJ como el iatrogénico y el de ECJ nueva variante por tener un perfil clínico diferente. **DISCUSIÓN O COMENTARIOS:** En Chile, por la alta incidencia de ECJ y la existencia de la nueva variante, la cual se transmite de animales a humanos, (sin casos reportados en Chile) se decidió aumentar la vigilancia por lo que se estableció como una enfermedad de notificación obligatoria. Esto con el objetivo de identificar casos de la nueva variante y así prevenir futuros casos. Finalmente, es importante diferenciar entre las demencias y las DRP, para realizar un diagnóstico oportuno de ECJ y así mantener la vigilancia.

MIOCARDITIS AGUDA DE ETIOLOGIA DESCONOCIDA, DIAGNOSTICADA POR CARDIORESONANCIA. PRESENTACION DE UN CASO.

Jaime Bravo Marambio, Gianmarco Fasciani Olivos
Médicos, Hospital Ernesto Torres Galdames.

INTRODUCCIÓN: La miocarditis se define como una enfermedad inflamatoria del músculo cardiaco y es una causa importante de insuficiencia cardiaca aguda, muerte súbita y miocardiopatía dilatada. Los virus son la causa de la mayoría de los casos de miocarditis o miocardiopatía inflamatoria y pueden inducir una respuesta inmunitaria causante de inflamación pese a haberse eliminado el patógeno. Otros agentes etiológicos causantes de miocarditis son los fármacos, las sustancias tóxicas o los trastornos autoinmunitarios. En los últimos años, los avances de técnicas no invasivas como la resonancia magnética cardiaca han sido de gran utilidad para respaldar el diagnóstico de miocarditis. **CASO CLÍNICO:** Paciente masculino, de 33 años, previamente sano, sin antecedentes mórbidos conocidos, que viene llegando de un viaje al caribe. Consulta al servicio de urgencia por cuadro de 3 días de evolución, caracterizado por dolor torácico retroesternal iniciado en reposo, opresivo, EVA 7/10, irradiado hacia el cuello y ambos antebrazos, de más de 1 hora de evaluación, de predominio matinal y nocturno, que se alivia parcialmente al estar sentado y que remite de forma espontánea. Al ingreso se le toma un electrocardiograma, que muestra ondas T negativas en pared inferoateral, por lo que se le solicita troponinas con valor inicial de 6 ng/mL, manejándose como infarto agudo al miocardio sin supradesnivel del ST y es traslado a unidad de cuidados intermedios, donde fue evaluado por cardiología, quien realiza ecocardiograma informado como normal y exámenes de sangre normales, por lo que, considerando la historia clínica, se sospecha de miocarditis aguda. Fue dado de alta en el día 5 de hospitalización, con Ibuprofeno por 14 días y Colchicina por 2 meses, debido a buena evolución clínica y parámetros de laboratorio normales, solicitándose una cardioresonancia de forma ambulatoria, que fue tomada en Santiago 30 días después, confirmándose una Miocarditis. Cardiólogo tratante mantiene colchicina, indica cese de la actividad física por 6 meses y refuerza hábitos de estilo de vida saludable. Solicita cardioresonancia de control 3 meses posteriores, donde no se demostró daño estructural cardiaco y la inflamación había remitido. Se indica alta post tratamiento, sin secuelas y realizando una vida normal. **DISCUSIÓN:** La miocarditis es una enfermedad inflamatoria cardiaca que se produce principalmente por infecciones virales o procesos autoinmunitarios. A pesar de los avances que se han producido en las pruebas diagnósticas no invasivas, como la Resonancia Nuclear Magnética, la Biopsia Endomiocárdica continúa siendo el patrón de referencia como técnica diagnóstica estándar para la miocarditis y la miocardiopatía inflamatoria. Después de una miocarditis aguda, el proceso inflamatorio se resuelve espontáneamente en la mayoría de los pacientes después de 1-4 meses.

ARTRITIS IDIOPÁTICA JUVENIL ASOCIADA A ENTESITIS, REPORTE DE CASO ATÍPICO.

Juan Bravo Redondo (1), Yorman Romero Bateca (2), Alex Luchsinger Schneeberger (3)
(1) Médico Cirujano EDF, Cesfam Raul Cuevas de San Bernardo, (2) Médico EDF. Consultorio Miraflores
(3) Médico EDF, Departamento Salud Municipal de Traiguén.

INTRODUCCIÓN: La Artritis Idiopática Juvenil (AIJ) reúne un grupo de artritis de causa desconocida, aparece antes de los 16 años y persiste al menos 6 semanas. Es un diagnóstico clínico de exclusión. Se establecen 7 categorías mutuamente excluyentes: Oligoartritis, poliartritis, psoriática, asociada a entesitis, sistémica e indiferenciada. Su manejo consta de escalones terapéuticos progresivos que van de AINES, corticoides, modificadores de la enfermedad y terapia biológica. **CASO CLÍNICO:** Paciente de 15 años. Antecedente celíaco, presenta 4 semanas de dolor lumbosacro intenso, que limita deambulación, rigidez matinal y despertares nocturnos por algia. Posterior a manejo con AINES, sin éxito, se exacerba limitando la marcha hasta imposibilitar la bipedestación obligando uso de órtesis, además de constipación y micción dolorosa. Afebril en todo momento. Peso: 40.3kg; Talla 157cm. Examen físico con edema sacro, dolor de articulaciones sacroilíacas, abducción dolorosa de caderas; fuerza en miembros inferiores 4/5. Analítica: Leucocitosis con granulaciones toxicas, VSH y PCR (-). Ac anti-E (+), IgE 272, HLA B27(-), Anti ENA (-); anti-CCP (-), anti-DNA (-), Complementos (-). FR (-). RMN Columna total: Sinovitis Facetaría L4-L5. Sacroileitis bilateral (captación de contraste periarticular de lado derecho). Colonoscopia: colitis crónica e inespecífica. Se diagnóstica AIJ relacionada con entesitis, e inicia tratamiento combinado de AINES, glucocorticoides y metrotexate. **DISCUSIÓN**: La AIJ no representa una única entidad, sino un conjunto heterogéneo de enfermedades, por lo que la clasificación actual presenta solapamiento entre sus variantes, obstaculizando su manejo oportuno. El caso de estudio encaja conceptualmente en esta patología, pero se excluye de sus subtipos. Si nos atenemos a los criterios actuales, este caso está ligado al grupo de artritis asociados a entesitis, esto por las alteraciones periarticulares sacroilíacas, y el antecedente de enfermedad inflamatoria intestinal, paradójicamente la paciente presenta HLA B27(-) y se encuentra fuera del rango etario y del sexo característicos. Su inusual presentación fue un detractor para el manejo precoz. **CONCLUSIÓN**: La AIJ es la enfermedad reumática crónica más frecuente en niños. Es importante entender la variedad de manifestaciones clínicas, para llegar de manera oportuna al diagnóstico, usualmente, de exclusión. La clasificación vigente, presenta limitaciones que pueden retrasar el manejo. En el primer enfrentamiento, el reconocimiento precoz es fundamental en Atención Primaria, con lo que se evitaría secuelas y complicaciones. La atención primaria deberá enfocarse en los primeros estudios, realizando un exhaustivo diagnóstico diferencial. Ante casos sospechoso de AIJ la derivación precoz a especialista debe ser prioridad en el modelo de salud.

SÍNDROME DE VENA CAVA SUPERIOR COMO DEBUT DE LINFOMA EN PACIENTE PEDIÁTRICO, A PROPÓSITO DE UN CASO

Valentina Briceño Moraga (1), Felipe Valenzuela Salazar (2), Israel Giacaman Fonseca (3)
(1) Médico MGZ Cesfam La Unión, (2) Médico MGZ Hospital La Unión (3) Médico MGZ Hospital Rio Bueno

Resumen Estructurado

INTRODUCCIÓN: El Síndrome De Vena Cava Superior (SVCS) es una Urgencia Pediátrica de baja incidencia, pero de causa principalmente maligna. La etiología más frecuente son las leucemias de estirpe B y los linfomas. La clínica varía según el grado de obstrucción, su localización y la velocidad de instauración y dentro de los síntomas y signos es predominante la disnea seguido del edema facial, periorbitario y tos. **PRESENTACIÓN DEL CASO:** Se presentó en Servicio de urgencias de Hospital La Unión, escolar femenino de 6 años sin antecedentes mórbidos, que consulta por cuadro de 2 días de edema localizado de cara y cervical simétrico, asociado a tos irritativa. Sin fiebre, sin baja de peso ni sudoración nocturna. Al examen físico presentaba edema en esclavina, faringe congestiva y adenopatía cervical derecha de 4 cm, indolora, no móvil. Examen cardiopulmonar con rr2t soplos sistólico III/VI no irradiado. Resto sin hallazgos patológicos. Radiografía de tórax mostraba ensanchamiento mediastínico con masa de 12 cm. de diámetro en hemitórax derecho. Exámenes sanguíneos normales. Se trasladó para estudio a Hospital Base Valdivia (HBV). Se realizó TAC de tórax con contraste que informaba masa mediastínica anterior y obstrucción completa de vena cava superior. Se realizó biopsia ganglionar con informe histopatológico compatible con Linfoma linfoblástico de precursores T. Inició QMT citoreductora en UTI durante 4 días. Se realizó control con radiografía de tórax que muestra ausencia de masa mediastínica. Paciente clínicamente estable sin signos de lisis tumoral, se trasladó a sala de Hemato-oncología infantil para continuar manejo. **DISCUSIÓN**: El SVCS en una urgencia pediátrica, de causa principalmente neoplásica con buena respuesta a tratamiento, por lo que debe ser identificada precozmente por el médico general y derivada para un diagnóstico y tratamiento oportuno. A pesar de que la gran mayoría de los casos se establecen gradualmente, cuando existe compromiso respiratorio la mortalidad es elevada.

REPORTE DE CASO CLÍNICO. QUISTE DE ERUPCIÓN, CONSULTA DE URGENCIA

Angélica Burgos Díaz (1), Tomás Paris Gaete (2), Nathalie Vicencio Cáceres (3),
(1) Cirujana Dentista EDF Hospital de Lolol, (2) Cirujano Dentista EDF DSM Marchigüe,
(3) Cirujana Dentista EDF CESFAM T. Schmidt

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS: El quiste de erupción es una forma de quiste benigno del tejido blando que acompaña la erupción de un diente primario o permanente. Afecta, en la mayoría de los casos, a pacientes en la primera y segunda década de vida. Generalmente**,** remite espontáneamente a menos que se encuentren signos y síntomas de infección, en donde se debe realizar la intervención quirúrgica para su resolución. **CASO CLÍNICO:** Paciente sexo masculino, 1 año de edad. Sin antecedentes mórbidos, medicamentos o alergias. Sin historia de trauma. Se presenta con su apoderada en horario de urgencia dental consultando por aumento de volumen de 2 semanas de evolución. Al examen intraoral se observan aumentos de volumen, de coloración violácea, sobre la encía de la zona de erupción de los primeros molares inferiores deciduos, siendo lesiones bilaterales. Se observa de mayor tamaño la lesión del lado derecho, renitente al tacto, de medidas aproximadas de 15 mm de largo, 7 mm de ancho y 10 mm de alto. Aparentemente indoloro. Se deriva a odontopediatra y se solicita exámenes complementarios con radiografía periapical de la zona para descartar lesiones óseas. El examen radiográfico, confirma el diagnóstico de quiste de erupción. Al observarse diente 8.5 (segundo molar inferior derecho temporal) en evolución intraósea y diente 8.4 (primer molar inferior derecho temporal) en evolución extraósea y sin alteraciones óseas. De aspecto y anatomía normal. Se prefiere esperar remisión espontánea, mientras se mantiene en control, por si evoluciona de forma no favorable al presentarse como un hematoma de erupción o en caso de infección. Después de 1 mes desde la primera cita se evidencia que ambas lesiones han remitido. **DISCUSIÓN:** La prevalencia de estas lesiones es bastante baja y esto puede deberse a que la mayoría remite de forma espontánea. Por lo general miden 10 x 10 mm de diámetro y pueden estar presentes de forma bilateral o unilateral. En el caso del paciente, se presentó a edad temprana. La apoderada consultó preocupada al pensar que era un cuadro doloroso, ya que el paciente oponía resistencia al examen.
CONCLUSIÓN: La cuidadora refiere haber estado en la disyuntiva de si visitar a un médico o a un dentista ante las lesiones, por lo que se hace un llamado a los médicos, que, en el caso de consultas del área estomatológica, deriven a odontólogo. El quiste de erupción es benigno, pero puede causar desconcierto si no se conoce el cuadro o su forma de progresión. De ahí la importancia de dar a conocer este caso clínico.

CARACTERIZACIÓN Y PROPUESTA DE MEJORA EN RELACIÓN A LATENCIA DE RESPUESTA FRENTE A LLAMADOS SAMU EN EL HOSPITAL DE HUASCO

Florencia Bustos Ramírez, Monserrat Merino Díaz, María José Mendoza Ibacache,
Médicos EDF Hospital de Huasco

INTRODUCCIÓN: En el proceder de una emergencia, la activación y respuesta oportuna del sistema prehospitalario es de vital importancia. A nivel nacional, el Servicio de atención médica de urgencia (SAMU) es el encargado de brindar dicha atención, en un proceso que inicia en los centros reguladores. En la comuna de Huasco, al no contar con una base de ambulancias de dependencia directa del SAMU, la responsabilidad de despachar las ambulancias recae actualmente en el Hospital de Huasco, posterior al filtro realizado por el centro regulador. En base a reuniones entre el consejo de desarrollo, SAMU y hospital, se han detectado pasos susceptibles de mejora en relación con el proceso de recepción de llamados, que conduce finalmente al despacho de ambulancias. **OBJETIVO:** Caracterizar el tiempo de latencia en la respuesta frente a los llamados SAMU, desde la recepción del llamado proveniente del centro regulador hacia el hospital, hasta el despacho efectivo de las ambulancias, durante el mes de enero 2021. Levantar una propuesta de mejora para optimizar la latencia en la respuesta. **MATERIAL Y METODO:** Se realiza estudio descriptivo retrospectivo. Se extraen datos de planilla de registro en formato Excel de los llamados SAMU en el computador de portería del hospital, además del registro en formato físico de los llamados SAMU manejado en el servicio de urgencias, durante el mes de enero 2021. **RESULTADOS:** De un total de 60 datos, se excluyeron 24 por registros incompletos. De 36 datos analizables, se observa latencia promedio de 7.2 minutos desde la recepción del llamado hasta el despacho de la ambulancia, con una dispersión de datos entre 0 y 26 minutos. 14 llamados se encuentran en el rango de latencia menor a 5 minutos, 18 con latencia de entre 5 y 10 minutos, y 4 con latencia mayor a 10 minutos, con un consolidado de 88.9% de los datos analizables dentro de un periodo de latencia menor a 10 minutos. **DISCUSIÓN:** Según el Modelo Nacional de SAMU, para territorio urbano se propone la llegada de ambulancias en el 95% de las ocasiones antes de los 8 minutos en emergencias tiempo dependientes. La latencia promedio a nivel local resultó de 7.2 minutos, que resulta elevada y fuera de lo esperable en el proceder de una emergencia. Dentro de las falencias detectadas se encuentran en primer lugar el análisis limitado por falta de datos analizables dado registros incompletos y tamaño muestral reducido. Se detectan demoras debido a 2 teléfonos en donde se reciben los llamados, con 2 tipos de registros en cada lugar de recepción (portería y servicio de urgencia), además de limitación por polifuncionalidad de los funcionarios, recurso humano y móviles disponibles limitados, supeditados al nivel de demanda en el servicio de urgencia. **CONCLUSIÓN:** Se realiza propuesta de mejora mediante estandarización del proceso en protocolo local, centralización de los llamados en teléfono único, planilla de registro única y actualizable en tiempo real, además de realizar mediciones periódicas para evaluar la mejora en el tiempo de respuesta en el proceso descrito.

GUILLAIN- BARRÉ COMO MANIFESTACIÓN TARDÍA DE GASTROENTERITIS AGUDA, A PROPÓSITO DE UN CASO.

Sergio Bustos Vorphal, Miguel Herrera Medina, Paulina Morales Ruiz
Médicos EDF, Hospital Lonquimay

INTRODUCCIÓN: El Síndrome de Guillain-Barré (SGB) o polirradiculoneuritis aguda es una enfermedad autoinmune, que suele ir precedido por un cuadro infeccioso respiratorio o gastrointestial, caracterizado por una debilidad simétrica y rápidamente progresiva, que comienza distalmente, y avanzando hacia proximal, pudiendo comprometer rápidamente la musculatura bulbar respiratoria, tiene una incidencia de 1.3 por cada 100.000 habitantes, y con una mortalidad que puede llegar al 15%**. CASO CLÍNICO:** Paciente de 44 años, con antecedentes de hipertensión arterial secundaria, síndrome nefrótico por depósitos de IgA, diabetes mellitus no insulinorrequirente, y síndrome diarreico hace 12 días autolimitado, consulta por cuadro caracteriado por debilidad en ambas extremidades superiores de cinco días de evolución comenzando dos días posteriores con debilidad de extremidad inferior izquierda, que al día de hoy le impide la marcha. Al examen físico con paresia M3 de Extremidades superiores, y extremidad inferior izquierda, M4 a derecha, ROT globalmente abolidos en extremidades. Se realiza punción lumbar que no evidencia disociación albúmino-citológica, pero frente a cuadro clínico se decide hospitalización en UTI Neurológica e inicio de tratamiento con inmunoglobulinas frente a clínica de paciente compatible con SGB. Luego de 10 días de Hospitalización paciente con mejoría clínica significativa tras el tratamiento con inmunoglobulinas, con marcha progresiva con ayuda técnica por lo que se decide alta para continuar neurorrehabilitación. **CONCLUSIÓN:** Los pacientes que presentan cuadro clínico compatible con SGB en dos terceras partes existe el antecedente de infección respiratoria o gastrointestinal hasta 6 semanas previas a la presentación del cuadro clínico. La velocidad ascenso de la debilidad es variable, siendo imprescindible la hospitalización en estos casos para tomar medidas en caso de que los músculos respiratorios se vean afectados, valorar administración de tratamiento, y observar disautonomías cardiovasculares. Se estima que un 28% de los pacientes tienen algún grado de apremio respiratorio secundario, y un 13% requieren ventilación mecánica. Los diagnósticos diferenciales son botulismo, neuropatía tóxica, porfiria, compresión del canal medular, mielitis transversa y ataxia cerebelosa. El tratamiento específico del cuadro incluye inmunoglobulinas endovenosas y/o plasmaféresis asociado a neurorrehabilitación, lo que mejora significativamente la recuperación respecto al tratamiento conservador, por lo que realizar el diagnóstico oportuno del cuadro resulta fundamental. Se estima que la recuperación completa de un paciente afectado por SGB tarda entre 6 y 12 meses, quedando con secuelas posteriores entre un 5-10% de los pacientes, generalmente distales en extremidades inferiores. La mortalidad por este cuadro varía en un 1-5%.

APRECIACIONES EN RELACIÓN AL TELETRABAJO REALIZADO POR PROFESIONALES EN ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD DE LA COMUNA DE PUNTA ARENAS.

Pablo Caballero Marambio (1), Valentina Rosas Cerna (2), Charly Muñoz Vargas (1),
Camila Sepúlveda Riffo (2)
(1) Medico EDF Cesfam 18 de septiembre, Punta Arenas, (2) Interna Medicina. Universidad de Magallanes.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVO: La pandemia causada por el virus denominado SARS CoV-2 ha tenido un impacto sin precedente en los sistemas de salud del mundo. La Atención Primaria en Salud (APS) de la comuna de Punta Arenas adoptó medidas acordes a la situación epidemiológica, entre ellas, la implementación del trabajo a distancia o también llamado teletrabajo. Esta nueva forma de atención involucra un desafío para todos los trabajadores de salud por lo que se hace necesario recabar apreciaciones sobre distintos aspectos relacionados a esta modalidad. **METODOLOGÍA:** Se realizó una encuesta creada mediante "Formularios de Google", se utilizó una escala tipo Likert donde los encuestados respondieron las afirmaciones planteadas en una escala de 1 a 5; donde 1 corresponde a "en desacuerdo" y 5 a "de acuerdo". La encuesta evalúa cuatro áreas del teletrabajo; aspectos generales, entorno laboral, aspectos tecnológicos y satisfacción personal y profesional. Los datos se analizaron utilizando la plataforma "Jamovi" **RESULTADOS Y CONCLUSIONES**: 114 profesionales de APS contestaron la encuesta, de los RESULTADOS obtenidos podemos concluir que los profesionales encuestados acuerdan que esta modalidad es útil a pesar de sus limitaciones ya que facilita el acceso a la atención en contexto de pandemia y permite mantener la continuidad de la atención y contacto con la red de salud. Sobre el entorno laboral podemos inferir que los encuestados cuentan con un espacio físico adecuado para realizar teletrabajo, pero el entorno doméstico dificulta su ejecución. En relación a los aspectos tecnológicos los encuestados reportan dificultades para establecer la comunicación con los pacientes a pesar de tener las herramientas necesarias para esto. Por último, en las afirmaciones relaciones con la satisfacción profesional y personal los encuestados refieren que a pesar de que deban completar más documentos administrativos y que una atención a distancia requiere más tiempo y coordinación que una presencial se ha mantenido la calidad y el enfoque integral que ofrece la Atención Primaria en Salud. **DISCUSIÓN** El teletrabajo es una modalidad que ha sido utilizada ampliamente durante la pandemia y probablemente se seguirá utilizando en el futuro. Parece relevante considerar las opiniones del personal de salud que ha realizado esta labor por más de un año para detectar falencias e implementar mejoras que beneficien tanto a los pacientes como a los integrantes del sistema de salud.

ESTUDIO DESCRIPTIVO DEL MANEJO AVANZADO DE VÍA AÉREA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL SAN AGUSTIN DE LA LIGUA EN EL AÑO 2020

María Paz Cabezas Freitte, Constanza Paz Díaz Garrido, Alejandro David Cádiz Olivares,
Médico EDF Hospital San Agustín La Ligua.

INTRODUCCIÓN: El manejo avanzado de la vía aérea (VA) es un procedimiento crítico en las reanimaciones, que no solo se circunscribe a la intubación orotraqueal (IOT), sino también al manejo farmacológico, estrategias de abordaje, entre otras. Es importante su analisis para mejorar las falencias y garantizar el correcto tratamiento de los pacientes. **Objetivo:** Conocer la realidad del manejo avanzado de la VA en el servicio de urgencia del Hospital San Agustín de La Ligua (HSALL) desde el 1 de enero al 31 de diciembre del 2020. **MATERIAL Y METODO:** Estudio descriptivo, retrospectivo. Se analizó el registro de entregas de turno y datos de atención de urgencia (DAU). Las variables analizadas fueron: edad, género, número de intentos, motivo de manejo, medicamentos usados, outcome. La información fue analizada en Microsoft Excel®. **RESULTADOS:** Durante el periodo se reanimaron 196 pacientes, 11,7% requirieron manejo avanzado de la VA. El 65,2% fueron hombres y el 34,8% mujeres. El rango de edad fue desde los 10 meses a los 88 años, con un promedio de 59,21 años, moda de 67 años. El 86,9% resultó con IOT, el resto requirió de máscara laríngea. El 78.2% fueron intubados al primer intento. El 73,9% fue por causa no respiratoria, del cual 29,4% fue de origen neurológico. El 47,8% de los pacientes fueron premedicados, de ellos un 63% usó Lidocaína. El inductor y bloqueador neuromuscular de elección fue Etomidato (81,8%) y Succinilcolina (95,5%) respectivamente. El 78.3% de los pacientes sobrevivieron posterior al procedimiento. **DISCUSIÓN:** La mayoría de los pacientes fueron hombres, mayores de 65 años, cuya causa más frecuente de manejo de VA fue de origen neurológico. Hubo un bajo porcentaje de premedicación, del cual se pudo deber al olvido de registro. Los fármacos más usados fueron Etomidato y Succinilcolina. Aproximadamente un 20% requirió más de 1 intento de intubación, antes de instalar máscara laríngea, lo que dificulta su manejo posterior. Un porcentaje considerable falleció durante el procedimiento. **CONCLUSIÓN:** El manejo de la VA es un desafío importante que enfrenta el médico en su práctica clínica. El resultado final dependerá de las características del paciente, disponibilidad de insumos y la destreza del operador.

DIABETES DE NOVO COMO MANIFESTACIÓN TEMPRANA DE CÁNCER DE PÁNCREAS EXOCRINO. A PROPÓSITO DE UN CASO

Natalia Cabrera Varela (1), Piero Guggiana Nilo (2), Samuel Balmaceda Zamora (3),
Regina Marambio Henzi (4),
(1) Médico EDF CECOSF Batuco, Lampa, (2) Médico EDF CESFAM Juan Martínez, Copiapó;
(3) Médico EDF CESFAM Irene Frei, Quilicura, (4) Médico EDF CESFAM Juanita Aguirre, Conchalí.

INTRODUCCIÓN: El cáncer de páncreas exocrino es una neoplasia de presentación tardía altamente letal. Tiene mal pronóstico incluso tras una resección completa, a la cual son candidatos sólo un 15-20% de los pacientes al momento del diagnóstico. Una manifestación precoz del cáncer de páncreas es la diabetes mellitus de novo. Ésta puede preceder la enfermedad en hasta 2 años en un 25% de los casos. Se presenta un caso de cáncer de páncreas con diabetes mellitus de novo. **DESCRIPCIÓN DEL CASO:** Paciente masculino de 63 años con antecedente de úlcera gástrica Forrest IIC con *Helycobacter pylori* (+) tratado, ERGE, hernia hiatal tipo 1 y consumo de alcohol excesivo suspendido hace 7 años. Destaca una glicemia 132 mg/dL en exámenes realizados 10 meses atrás. Presenta cuadro de 4 meses de baja de peso de 20 kilogramos no intencionado asociado a dolor abdominal intenso, cambio en el hábito intestinal e ictericia de piel y escleras. No ha presentado melena, hematoquezia, hematemesis, coluria ni acolia. El último mes evoluciona con desorientación temporo espacial y sopor superficial. Se realiza exámenes en los que destaca una glicemia 151 mg/dL y Hb 14.3 g/dL. Paciente se evalúa en domicilio, y dado estos antecedentes, es derivado a Servicio de Urgencias, donde se diagnostica cáncer de páncreas etapa IV y se hospitaliza. Finalmente, paciente fallece. **DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN:** Se ha propuesto en adultos mayores, delgados, previamente sanos y diabetes de novo, realizar screening mediante tomografía computarizada de abdomen para un diagnóstico temprano de cáncer de páncreas potencialmente resecable. Sin embargo, USPSTF no recomienda realizar screening de esta patología en pacientes asintomáticos dado que no se ha demostrado que mejore la morbilidad y mortalidad causa específica ni la mortalidad general en esta población.

MELANOCITOSIS DÉRMICA CONGÉNITA DE LOCALIZACIÓN ATÍPICA EN LACTANTE CON FOTOTIPO DE PIEL TIPO VI, REPORTE DE UN CASO.

Natalia Cáceres Escalona (1), Felipe Adaros Bozzo (1), Alexandros Hoyos Bachiloglu (2)
(1) Médicos EDF CESFAM Diputado Manuel Bustos Huerta San Antonio - Valparaíso,
(2) Médico EDF CESFAM Rosario El Palomar Copiapó - Atacama.

INTRODUCCIÓN: La melanocitosis dérmica congénita corresponde a una manifestación dermatológica altamente frecuente en pacientes lactantes. Se conoce comúnmente como “mancha mongólica” cuya localización habitual es la región lumbosacra y glútea. Se caracteriza por ser una mancha de color azul grisacea que suele desaparecer en los primeros años de vida. Su prevalencia se asocia mayormente a pacientes de ascendencia asiática, seguidos por lactantes de raza negra. Cuando se presenta fuera de la región lumbosacra o glútea se denomina de localización atípica. Esta última es excepcional en pacientes latinos o de raza blanca, pero se describe que se presenta en más de un 3% en lactantes asiáticos o de raza negra. La presentación atípica tiene asociación con enfermedades por errores congénitos del metabolismo. Es relevante además el diagnóstico diferencial con otras lesiones dermatológicas como nevus azul, nevus ota o ito. **CASO CLÍNICO:** Lactante de un mes de vida con antecedentes de ascendencia haitiana acude a control infantil en atención primaria. Destaca en su historia clínica parto eutócico de embarazo controlado a las 37 semanas. Al examen físico, llama la atención la presencia de mancha hiperpigmentada que compromete casi la totalidad de la extremidad inferior derecha. Mancha de bordes regularmente definidos y sin relieve. Presenta además en región glútea mancha de menor tamaño e intensidad de pigmentación. Sin otros hallazgos relevantes al examen clínico. **DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN:** La melanocitosis dérmica congénita es una entidad frecuente en pediatría y habitualmente benigna. Si bien en la población latina la presentación atípica es infrecuente; dado el incremento en la migración en nuestro país, se hace relevante el conocimiento de las diferencias en lesiones dermatológicas típicas de la infancia en un contexto sanitario con dinamismo cultural.

Lesión en extremidad de lactante

f

EL DELIRIO COMO AUTOINMUNIDAD: ENCEFALITIS AUTOINMUNE

Nelyda Cáceres Suazo, Andrea Contreras Alfaro, Constanza Norambuena Muñoz, Marcelo Contreras Chávez
Médicos EDF Hospital de Constitución

INTRODUCCIÓN: La encefalitis autoinmune (EA) corresponde a la inflamación del tejido cerebral causada por factores inmunológicos como anticuerpos o inmunidad celular contra antígenos presentes en el parénquima cerebral. La respuesta autoinmune puede iniciarse por diferentes factores como un tumor o infección, pero en muchos casos se desconoce la causa. Se presenta con alteraciones conductuales, cognitivas, crisis epilépticas, cefalea y fiebre en menor cuantía que encefalitis infecciosas. **DESARROLLO:** Paciente de 65 años, sexo masculino, cuadro de tres semanas de compromiso del estado general, baja de peso y cefalea holocraneana. Últimas 48 horas se agrega desorientación temporo-espacial, inatención y fiebre hasta 38°C. Al examen físico hemodinamia estable, desorientado en tiempo-espacio, atención disminuida. Resto de examen físico neurológico normal, al igual que el resto del examen físico. Se plantea encefalitis infecciosa, iniciándose tratamiento con Aciclovir 750 mg cada 8 horas endovenoso. Exámenes: Hemocultivos negativos. VIH (-); VDRL (-); TSH 3,6; T4l 0,79, Ac Antitiroglobulina <20, Ac AntiTPO negativo. RNM cerebro que muestra lesiones multifocales profundas hemisféricas con compromiso de núcleos basales, patrón inflamatorio infeccioso. Punción lumbar (PL) leucocitos 190 mm3, (linfocitos 74%), proteínas 169,4. Cultivo y gram negativos. FilmArray ® negativo. Se completan 14 días de Aciclovir, sin mejoría del cuadro. Nueva PL sin cambios. Ante mala respuesta se plantea EA. Se solicita panel de encefalitis autoinmune en suero y LCR negativos y Anticuerpos antineuronales paraneoplásicos negativos. Se inicia empíricamente Metilprednisolona 1g/día por 5 días. Paciente evoluciona con buena respuesta clínica y RNM de control con disminución de lesiones cerebrales, siendo dado de alta, manteniendo control con Neurología. **CONCLUSIÓN:** La EA es una entidad poco frecuente, por lo que se debe tener un índice de sospecha elevado y conocer los criterios diagnósticos, esto debido a que el inicio precoz de tratamiento inmunosupresor se asocia a mejor pronóstico. **DISCUSIÓN**: Dentro del diagnóstico diferencial la encefalitis por VHS1 (virus herpes simple 1) es la más frecuente, sin embargo, son encefalitis que se presentan de forma más aguda a diferencia del cuadro presentado. Según el consorcio internacional de encefalitis 2013, el caso cumple con los criterios para encefalitis autoinmune posible (perfil subagudo, pleocitosis, RNM sugerente de encefalitis y exclusión de otras causas) por lo que se pudo llevar acabo un tratamiento médico adecuado.

DEL CORAZÓN AL CEREBRO; ENDOCARDITIS INFECCIOSA.

Nelyda Cáceres Suazo, Constanza Norambuena Muñoz, Paulina Sáez Venegas, Marcelo Contreras Chávez,
Médicos EDF Hospital de Constitución

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS: Las endocarditis infecciosas, en su gran mayoría son de origen bacteriano, sin embargo, un 1-2% corresponden a endocarditis fúngica (EF), grave en su curso, con una mortalidad superior al 50%, por lo que se debe sospecha en todo paciente con la clínica que se describirá a continuación. De los microorganismos responsables, Candida spp. es el más frecuente.
Desarrollo (MATERIAL Y METODO): Paciente masculino de 68 años con antecedentes de hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo 2 e insuficiencia mitral moderada diagnóstica. Consulta por cuadro de fiebre y disnea de esfuerzo de 6 semanas de evolución, refractaria a medidas generales. Al examen físico soplo sistólico III/VI en foco mitral con irradiación a axila. En exámenes generales leucocitosis de 25.000 y VHS de 115 mm/h. Se hospitaliza por sospecha de endocarditis infecciosa aguda, se inicia cobertura antibiótica con vancomicina. Se realizan hemocultivos y ecocardiograma transtorácico, que muestra vegetación sobre valva mitral, se cubre Stafilococo aureus, añadiendo gentamicina, no obstante, persiste estado febril. Hemocultivos negativos. Se decide ampliar estudio con cultivo fúngico, donde se pesquisa Cándida albicans y se inicia tratamiento con anfotericina B, se deriva a hospital de referencia para manejo quirúrgico, en intertanto paciente evoluciona con hemiparesia facio braquial derecha, producto de un accidente cerebro vascular (ACV) tipo embólico. Se realiza resección valvular e implante de válvula protésica, junto a tratamiento antifúngico oral y rehabilitación motora. **CONCLUSIÓN:** La EF tiene múltiples complicaciones dentro de ellas las neurológicas, que incluye ACV embólico y hemorrágico, hemorragia intracraneal o subaracnoidea y aneurisma micótico. En este caso se presenta un paciente con ACV embólico, con secuelas funcionales, siendo su principal factor de riesgo su daño valvular previo. Es por eso que se busca reforzar la sospecha para evitar complicaciones de la endocarditis infecciosa. **DISCUSIÓN:** EF es poco frecuente, pero con una alta mortalidad, siendo diagnosticada generalmente por sus complicaciones, como embolizaciones sistémicas, debido a que existe una dificultad para aislar los hongos en los hemocultivos de rutina, complicando así el proceso de diagnóstico y el tratamiento oportuno para el paciente.

EFECTOS DE LA DEPRESIÓN PERINATAL EN LA DESCENDENCIA, UNA REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA.

Nicolás Cádiz V. (1) María Quiñones SM. (1), Luz Bertolotto C. (1) Marcela Maldonado P. (2)
(1) Médicos EDF, CESFAM Quinto Centenario, [2]Matrona Docente, Universidad San Sebastián Sede Patagonia

INTRODUCCIÓN: A nivel internacional y nacional se estima que 2 de cada 10 mujeres presentarán problemas de salud mental perinatal, De ellas un alto porcentaje, cercano al 75%, no serán diagnosticadas. En cuanto a depresión perinatal se señala que aproximadamente un 10% de las gestantes la presentan. Estos altos niveles de incidencia nos llevan a preguntarnos qué consecuencias tiene que la mujer curse episodios depresivos en su gestación o en el post parto en su descendencia, así como si existirá relación en lo que le sucede a la madre y el desarrollo de patología en el niño futuro. **OBJETIVOS:** Revisar la evidencia científica para identificar asociación entre depresión perinatal y efectos a mediano y largo plazo en la descendencia, basada en investigaciones de carácter epidemiológico de los últimos 10 años. **MATERIAL Y METODO**: Se realizó una búsqueda y selección de estudios publicados en 3 bases de datos, con filtro de fecha de publicación de hace 10 años como máximo, seleccionándose 44 artículos para su posterior análisis de RESULTADOS. **RESULTADOS Y CONCLUSIONES:** Se observa correlación entre la presencia de depresión perinatal con diversos problemas en este periodo, entre los que destacan mayor incidencia de lactancia materna no exclusiva, bajo peso al nacer, parto prematuro, mayor respuesta de cortisol al estrés del lactante, así como menor reactividad de la madre a éste y menor tiempo de invertido en el cuidado del recién nacido. Además, otros estudios muestran consecuencias incluso hasta la adolescencia de la descendencia, destacando mayor ausentismo escolar, menor puntuación en lenguaje, peor rendimiento académico, mayor incidencia de hiperactividad, impulsividad, experiencias psicóticas y depresión en la descendencia. Por otro lado, se observa que no hay diferencia en la incidencia de trastornos del sueño, así como en la tasa de crecimiento y desarrollo ponderal de los hijos de madres con depresión perinatal versus grupos controles. **DISCUSIÓN O COMENTARIOS:** Si bien la revisión muestra diversas correlaciones, no queda clara aún la causalidad entre la depresión perinatal y estas consecuencias. Esto es particularmente difícil de determinar dado los múltiples factores que influyen en el desarrollo y bienestar del niño, así como su crianza, considerando además que muchas veces la depresión perinatal se relaciona con otros factores sociales, ambientales e incluso económicos que también inciden de manera directa e independiente en el resultado futuro. Esta revisión refuerza la importancia de la pesquisa y tratamiento oportuno de la depresión perinatal, con el fin de prevenir las consecuencias mencionadas, tanto en la madre como en su futuro/a hijo/a, mediante políticas públicas. Se recomienda en el futuro profundizar en esta temática con nuevos estudios.

TRICOTILOMANÍA, TRICOFAGIA Y SÍNDROME DE RAPUNZEL: A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO

Nicolás Cádiz V., María Quiñones SM., Luz Bertolotto C.
Médicos EDF CESFAM Quinto Centenario

INTRODUCCIÓN: La tricotilomanía corresponde a un tipo de trastorno del control de impulsos, caracterizado por una compulsión repetitiva de arrancarse el cabello. Esta es comúnmente asociada a tricofagia, el impulso de ingerir este cabello. La tricofagia lleva a la formación de un tricobezoar en aproximadamente un tercio de los pacientes, lo cual corresponde a un cuerpo extraño que se forma por la acumulación de este cabello en el tracto intestinal. El síndrome de Rapunzel corresponde a un tipo infrecuente de tricobezoar, en el cual el cuerpo extraño traspasa el píloro, alcanzando el intestino delgado. **CASO CLÍNICO:** Se presenta caso de escolar femenina de 9 años quien consulta en SU por cuadro de dolor abdominal y distensión asociado a masa abdominal. TAC muestra cuerpo extraño gastroduodenal, con aspecto de tricobezoar el cual se confirma mediante Endoscopía digestiva alta, no siendo posible el retiro por esta vía. Se realiza laparotomía exploradora con gastrostomía, logrando extraer una masa sólida conformada por pelos que al retirar asemejan un molde gástrico y duodenal, con pequeña "cola" en yeyuno, de aproximadamente 1 kg de peso. En exámenes de ingreso destaca anemia ferropénica y desnutrición calórico proteica leve. Se indica durante hospitalización tratamiento con Sertralina y Aripiprazol. En el seguimiento psicológico posterior, se evidencia historia de tricotilomanía y tricofagia desde los 4 años de edad. Padres no tenían conocimiento de estas conductas previamente, ya que las realizaba a escondidas y con pequeñas cantidades de pelo, por lo que no presentaba áreas de alopecia. Se mantiene posteriormente en psicoterapia en APS por casi un año, con buena evolución y sin nuevas conductas impulsivas. **DISCUSIÓN**: La tricotilomanía se clasifica en el DSM V dentro del capítulo de Trastorno Obsesivo Compulsivo y trastornos relacionados, debido a que la compulsión de arrancarse el cabello puede estar precedido de ansiedad la cual alivia luego del acto. Suele iniciar en la pubertad y afecta en un 90% a mujeres. Aproximadamente el 10% de los pacientes con tricotilomanía presentan tricofagia, los cuales un tercio llegan a formar un tricobezoar. El síndrome de Rapunzel en particular puede generar diversas complicaciones, desde anemia y desnutrición hasta úlceras, obstrucciones y perforaciones intestinales. El tratamiento de la tricotilomanía/tricofagia consiste en farmacoterapia (ISRS, antipsicóticos) y psicoterapia, especialmente cognitivo conductual. Posterior a la resolución de un tricobezoar, es fundamental el seguimiento psicológico, ya que se han reportado recurrencias cuando el trastorno subyacente no es abordado.

PLASMOCITOMA COMO CAUSA DE DOLOR DORSO-LUMBAR CRÓNICO. ¿CUÁNDO SOSPECHARLO? A PROPÓSITO DE UN CASO.

Jeannette Calzadilla Riveras, Julio Salviat Coronado Catalina del Campo Vergara Cristopher Cofre González,
Médicos EDF Hospital Dr. Benjamín Pedreros de Chanco

INTRODUCCIÓN: Una de las consultas más frecuentes en atención primaria corresponde al dolor dorso-lumbar crónico, donde apenas el 1- 4% puede corresponder a una causa neoplásica, de estas, la menos frecuente es el Plasmocitoma. Si bien su prevalencia es baja, es importante sospecharlo y derivar oportunamente para mejorar el pronóstico. **OBJETIVOS**: Entregar información sobre el plasmocitoma, que permita a los médicos de APS incluirlo como diagnóstico diferencial de dolor dorso-lumbar crónico. **METODOLOGÍA**: Análisis descriptivo de un caso clínico y revisión de la literatura. **PRESENTACIÓN DEL CASO**: Paciente masculino de 59 años de zona rural, con antecedente de HTA y DM. Con historia de dolor dorso-lumbar de 6 meses sin mejoría con tratamiento habitual, a lo que se agrega paraplejia de extremidades inferiores. Se realiza RM de columna con hallazgo de Tumor entre T8 – T10, sospechando un Plasmocitoma. Es evaluado por Neurocirujano quien realiza laminectomia descompresiva y toma muestra para biopsia, ésta última confirma diagnóstico de Neoplasia de células plasmáticas. Paciente es derivado a oncología y radioterapia, sin embargo, aún no se concretan dichas atenciones. Actualmente se encuentra postrado y con déficit neurológico. **DISCUSIÓN**: El Plasmocitoma Óseo Solitario (POS) es un raro tipo de neoplasia de células plasmáticas, constituye el 3% de ese tipo de cáncer, con escasos reportes en la literatura médica. La edad de aparición es sobre la quinta década de vida y es más frecuente en hombres que mujeres con una proporción 2:1. Su principal localización es en vertebras y cráneo, siendo la columna toraco-lumbar la más común, tal como en caso del paciente con ubicación T8 – T10. Su manifestación clínica es el dolor óseo en la zona afectada que tiende a hacerse crónico, constante y que no cede con analgesia ni terapia habitual y un cuarto de los casos pueden presentar déficit neurológico debido a compresión medular. El diagnóstico se realiza con imagen en RNM o gammagrafía ósea de una lesión lítica única confirmada con biopsia que muestre presencia de células plasmáticas. Su principal tratamiento es la radioterapia y en casos de compresión medular, se puede realizar tratamiento quirúrgico. El pronóstico es bueno con alta curación y supervivencia prolongada, sin embargo, en algunos casos puede evolucionar a un Mieloma Múltiple, siendo necesario realizar seguimiento de por vida. **CONCLUSIÓN**: en todos los casos de pacientes con dolor crónico a nivel dorso lumbar se debe realizar un estudio de imagen, siendo el de elección la RNM de columna, que permita descartar causa tumoral. En caso de encontrarse una lesión tumoral única se debe sospechar de Plasmocitoma y realizar la derivación correspondiente al especialista para que pueda recibir el tratamiento apropiado a tiempo. Lamentablemente en el caso presentado esta evaluación no se ha realizado debido a la pandemia y ruralidad, impactando negativamente en la calidad de vida del paciente.

INCIDENCIA DE DISPLASIA LUXANTE DE CADERA EN LACTANTES BAJO CONTROL DE SALUD INFANTIL DEL CENTRO DE SALUD FAMILIAR VALLE DE LOS LIBERTADORES DE PUTAENDO DESDE 2015 AL 2019.

Marco Camacho Ibarra, Lissette Olguin Mondaca. Tamara Aguilar Maldonado.
Médicos EDF Hospital San Antonio Putaendo

INTRODUCCIÓN: La Displasia Luxante de Cadera (DLC) es una de las enfermedades ortopédicas más comunes, afectando a un 0,1 a 3% de la población mundial. Su incidencia varía, según presencia o ausencia de factores de riesgo, entre 1,5 a 20,7 por cada 1000 nacidos vivos (NV), pudiendo llegar hasta 12% en recién nacidos de sexo femenino con antecedentes de presentación podálica (3-8 niñas por cada varón). En Chile, su incidencia se estima en 1 cada 500 a 600 recién nacidos vivos (RNV), para las formas de subluxación y luxación, lo que se traduce entre 400 y 460 casos al año, a lo largo de país, con una incidencia de 2 a 3 %, y relación sexo entre 4-7 veces mas frecuente en mujeres que en hombres. **OBJETIVO:** Determinar la incidencia de displasia luxante de cadera en la población bajo control de salud infantil del CESFAM Putaendo. **MATERIAL Y METODO:** estudio descriptivo, retrospectivo y observacional. Realizamos revisión sistemática de fichas clínicas electrónicas (RAYEN) del CESFAM Putaendo, entre enero del 2015 y diciembre del 2019. Se incluyeron lactantes bajo control de salud infantil con resultado positivo en radiografía de pelvis para DLC. Nuestro universo consistió en 268 lactantes (3 a 6 meses de edad), 116 hombres (43,28%) y 152 mujeres (56,72%), pesquisados en consulta médica de control de salud infantil. **RESULTADOS:** Correspondieron a casos de displasia de cadera 108 en total, con una incidencia de 2 por cada 500 NV; mayor frecuencia en el sexo femenino, con una relación de 7 niñas por cada varón (95 y 13 casos respectivamente). **CONCLUSIONES:** La DLC se detecto en 40, 3% de los casos durante el control de salud infantil. Los RESULTADOS obtenidos se correlacionan con la literatura mundial y nacional, tanto en incidencia total como en la relación entre sexos.

TRASTORNO DE LA MARCHA POR DÉFICIT DE VITAMINA B12: REPORTE DE UN CASO

Macarena Campos Sánchez (1), Ingrid Kraudy Klenner (2), Soledad Castillo Orrego (3)
(1) Medico EDF, Cesfam Papudo, (2) Medico EDF, Cesfam Jorge Ahumada Lemus, Santa Maria.
(3) Médico EDF, Cesfam Mateo Bencur, Punta Arenas

INTRODUCCIÓN: El déficit de Vitamina B12 clínicamente puede manifestarse con alteraciones neurológicas tales como, parestesia, ataxias, espasticidad, hiperreflexia, alteración de esfínteres y demencia. Las causas más frecuentes de déficit de vitamina B12 son deficiencias nutricionales, síndromes de mala absorción como gastritis atrófica, anemia perniciosa, uso prolongado de inhibidores de la bomba de protones y causas gastrointestinales como enfermedad de Crohn. El diagnóstico y tratamiento precoz de esta patología es fundamental para disminuir las manifestaciones clínicas que se pueden presentar. **PRESENTACIÓN DEL CASO:** Femenino de 33 años con antecedentes de veganismo, presenta cuadro de 3 meses de evolución de lumbalgia asociada a pérdida de fuerza y sensibilidad de EEII lo que dificulta la marcha. Se solicita radiografía de columna lumbar donde impresiona escoliosis, en exámenes generales destaca anemia macrocítica e hipotiroidismo subclínico. Comienza tratamiento en atención primaria con sulfato ferroso, Levotiroxina 50 mcg dia y kinesioterapia.
Tras empeoramiento de clínica acude a neurólogo quien solicita RNM de columna cervical que revela hiperintensidad de tractos corticoespinales laterales y cordones posteriores desde el borde de C2 hacia caudal. Se complementa estudio de anemia macrocítica con anticuerpos anti factor intrínseco y anti células parietales que tienen resultado positivo. Se inicia tratamiento para anemia perniciosa con la administración de 1 mg de Vitamina B_{12}, intramuscularmente, diariamente durante 1 semana, posteriormente semanal durante un mes y luego 1 vez al mes. Acude a control con especialista tras 4 meses de iniciado tratamiento, donde se evidencia franca mejorar clínica. **DISCUSIÓN**: El examen de laboratorio para medir los niveles de Vitamina B12 se encuentra disponible en varios centros de atención primaria y debe ser solicitado si existen alteraciones en el hemograma como anemia macrocítica o alteraciones neurológicas sin otra causa aparente. Otra causa de déficit de vitamina B12 que actualmente se hace más frecuente son las dietas vegetarianas estrictas sobre todo en población joven, por lo que es necesario educar a este grupo con respecto a las consecuencias que este régimen puede traer o en su defecto informar sobre los suplementos que deben utilizar.

ERITRODERMIA PSORIÁSICA EN EL ADULTO, REPORTE DE CASO

Isa Canessa Muñoz (1), Katyna Nahuelcura Henríquez (1), Diego Felipe Encalada Cárdenas (2)
(1) Médica Cirujana, EDF Hospital Dr. Mario Sánchez Vergara de La Calera
(2) Médico Cirujano, EDF Hospital San Agustín de La Ligua

INTRODUCCIÓN: La eritrodermia psoriásica es una variante poco común y grave de la psoriasis; se caracteriza por extenso eritema en la piel afectando a menos del 3% de los personas con psoriasis. La edad de aparición es variable, pero se presenta generalmente después de los 50 años, afectando generalmente a personas de sexo masculino. Los pacientes con este subtipo de psoriasis presentan compromiso de más del 75% de la superficie corporal. El eritema es generalizado, confluente y evoluciona comúnmente a la descamación y exfoliación de la piel. Los pacientes pueden presentar dolor y prurito en las lesiones, manifestaciones sistémicas como fiebre, malestar general, artralgias y adenopatías. El diagnóstico esta basado en la historia clínica, especialmente en el antecedente de psoriasis, el examen físico, la toma de biopsia y el descartar otras causas de eritrodermia. **CASO CLÍNICO:** hombre de 66 años, con antecedentes de consumo crónico de alcohol y psoriasis, sin uso de medicamentos, acude al servicio de urgencias por lesiones progresivas en tórax, abdomen y extremidades las cuales se asocian los días previos a a la consulta a malestar general y sensación febril. En el examen físico destaca compromiso cutáneo extenso con múltiples lesiones eritematosas levemente solevantadas, confluentes, con descamación gruesa, que comprometen casi la totalidad del tronco superior e inferior, además de pabellón auricular y cuero cabelludo. No se evidenció compromiso de mucosas. En exámenes presenta parámetros inflamatorios elevados y discreta elevación de transaminasas, sin otras alteraciones. Se hospitaliza para monitorización, balance hídrico, manejo sintomático y estudio. La biopsia cutánea reveló signos de psoriasis avanzada asociado a dilatación de vasos dentro de la dermis papilar, característico de eritrodermia. Evoluciona en buenas condiciones generales sin embargo dermatólogo tratante desestima manejo con metotrexato dada mala adherencia del paciente a tratamiento y antecedente de alcoholismo con deficiente red de apoyo.
DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN: La eritrodermia psoriásica es una urgencia dermatológica y los pacientes con esta condición deben ser hospitalizados por el riesgo de presentar complicaciones secundarias a la vasodilatación y aumento de perfusión hacia la piel lo cual puede resultar en trastornos hidro electrolíticos, alteraciones en la termorregulación, falla renal, edema periférico, infecciones e incluso distrés respiratorio. El tratamiento inicial debe incluir control de temperatura ambiental, mejorar la función de barrera de la piel con baños coloides y compresas húmedas, aplicación de cremas emolientes y corticoides tópicos. El manejo específico es indicación de especialista y se consideran de primera línea medicamentos como ciclosporina, metotrexato e infliximab. Los antecedentes personales y contexto psicosocial son fundamentales para el tratamiento definitivo.
Bibliografía*:* *Hernández Cano, Rosa María, & Lorenzo Hernández, Maria Piedad. (2014). Eritrodermia psoriásica en paciente institucionalizada. Ene, 8(2).* *T.N. Shim, J. Berth-jones. Erythroderma. Treatment of skin disease: Comprehensive therapeutic strategies, 4.th ed., pp. 234-238*

SDRA COMO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL IMAGENOLÓGICO DE COVID-19: A PROPÓSITO DE UN CASO

José Canihuante Calderón, Sebastián Villa Barros, Jorge Rojas Gutiérrez,
Médicos EDF Hospital de Lanco

INTRODUCCIÓN: El COVID-19 es una enfermedad que se caracteriza por una insuficiencia respiratoria potencialmente mortal, en donde el TAC de tórax, sin tratarse de un MÉTODO de screening ni confirmatorio, adquiere importancia en el proceso diagnóstico y en los algoritmos de manejo. Se recomienda su uso en: casos confirmados con COVID-19 que sufren descompensación clínica, y en pacientes con síntomas respiratorios moderados o severos en lo que se sospecha la enfermedad, en un sistema con recursos limitados y con alta probabilidad pre-test. El rendimiento del TAC, de acuerdo a recientes meta-análisis, es de una sensibilidad y especificidad de 94% y 37% respectivamente. Los hallazgos reportados con mayor frecuencia son las opacidades pulmonares con densidad en vidrio esmerilado (OVE) (53-100%), OVE asociadas a focos de condensación (27-72%) y engrosamiento intersticial con patrón fijo de tipo empedrado (crazy-paving) (19%), con distribución predominantemente bilateral y periférica (93%) y hacia las zonas posteriores e inferiores (93%). Tomando en cuenta lo anterior, se considera un patrón típico de COVID-19 los hallazgos que han sido reportados con mayor frecuencia y especificidad, siendo los principales diagnósticos diferenciales las neumonías virales por agente no COVID-19 (por ej: influenza) y patrones de injuria pulmonar aguda. **CASO CLÍNICO**: Paciente de 60 años, DM2-HTA consulta por cuadro dolor abdominal en flanco izquierdo y fiebre alta. Ingresa en regulares condiciones generales, por lo que se hospitaliza en SU Hospital de Lanco con diagnóstico de pielonefritis aguda para tratamiento antibiótico endovenoso. Tras 48 horas de estadía y tratamiento presenta cuadro agudo de disnea, polipnea y desaturación de hasta 76% requiriendo apoyo con 15lts O2 de alto flujo. En vista de deterioro clínico y necesidad de cuidados avanzados se traslada a Hospital Base de Valdivia, en donde dado contexto epidemiológico actual se realiza toma de HNF PCR SARS-CoV-2 y TAC de tórax a la espera de resultado del anterior. Informe de TAC señala neumonía multifocal bilateral en patrón típico o concordante con COVID-19. Resultado posterior de PCR SARS-CoV-2 resulta negativo. En vista de signos muy sugerentes en TAC se decide toma de IgG e IgM para confirmación, resultando ambas negativas. Se atribuye cuadro clínico y hallazgos radiológicos a SDRA secundario a sepsis de foco urinario. **DISCUSIÓN:** El TAC de tórax puede cumplir un rol importante en el algoritmo diagnóstico del COVID-19, especialmente al considerar la importancia que adquiere la probabilidad pre-test de COVID-19 en la interpretación de las imágenes. En concreto: dado el contexto de pandemia actual con alta carga de virus circulante en nuestro país, la probabilidad de COVID-19 frente a hallazgos como OVE (con o sin focos de condensación) de distribución bilateral y periférica en zonas posteriores e inferiores en comparación a sus diagnósticos diferenciales como el SRDA y otras neumonías se vuelve mayor, sin embargo no termina por excluirlos siendo importante para el clínico evaluar cada caso de forma individual de acuerdo los antecedentes propios de éste.

ARTRITIS SÉPTICA DE ARTICULACIÓN ESTERNOCOSTOCLAVICULAR, REPORTE DE UN CASO

Patricio Cano Valenzuela, Gabriela Toro Vildósola, Matías Hidalgo Perazzo, Macarena Tobar Jofré
Médicos EDF Hospital de Traiguén.

INTRODUCCIÓN: La Artritis Séptica es una urgencia médica, caracterizado por una inflamación de la cápsula sinovial de una articulación secundaria a una infección bacteriana. En el caso de la articulación esternoclavicular, es un lugar poco frecuente para desarrollar este tipo de enfermedad y si no existen factores de riesgo para sospecharla, puede retrasar su diagnóstico y en consecuencia su pronóstico. **REPORTE DEL CASO:** Hombre de 55 años, sin antecedentes, consulta en urgencias por dolor extremidad superior izquierdo de 1 semana posterior a hacer pesas, que luego se agrega dolor precordial en tercio superior de hemitórax ipsilateral, se descarta evento coronario agudo y se maneja como contractura muscular. Paciente re-consulta a los 2 días, por agregarse inflamación de consistencia dura en zona Esternoclavicular izquierda de aproximadamente 3x3 cm, con calor local y dolor a la palpación, se presenta caso a Traumatólogo de turno, quien ante historia y sin signos de puerta de entrada, refiere posible subluxación de articulación y sugiere manejo con cabestrillo, AINES y control de exámenes en diferido, los cuales se realizan de manera ambulatoria 2 días contiguos, donde se evidencia RESULTADOS estacionarios de GB: 7.700 PCR: 87 a destacar, por lo que es revaluado por Traumatólogo, solicitando TAC, donde se evidencia posible Artritis séptica de articulación esternocostoclavicular, por lo que se realiza aseo quirúrgico dando abundante salida de contenido purulento y confirmando diagnóstico con cultivos (+) para S. Aureus. Se completan 10 días de Cloxacilina ev más 16 días de Ciprofloxacino, resolviendo cuadro. **DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES:** La Articulación Esternoclavicular se puede afectar hasta en un 9% de los casos de Artritis Séptica. Su clínica es insidiosa y clásicamente se manifiesta con dolor de Hombro o paracervical, retrasando el diagnóstico y pudiendo desarrollar complicaciones como abscesos locales y de extensión hacia el interior del tórax pudiendo desarrollar empiemas como se han reportado en otros casos. La población joven es la más susceptibles y los factores de riesgo identificados en la literatura abarcan el uso de drogas intravenosas, infecciones a distancia o a través de vías centrales, Diabetes Mellitus, traumatismos locales, Enfermedad Renal Crónica, Alcoholismo, VIH, neoplasias o cirrosis. La mayoría de la serie de casos reportadas se establecía diagnóstico en 2 semanas desde la primera consulta, donde se confirmaba a través de un TAC. Dentro del microorganismo más frecuentemente identificado se encontraba el S. Aureus, sin embargo, se encontró una fuerte asociación entre Pseudomona Aeruginosa en paciente con que usaban drogas intravenosas. Por otro lado, la articulación esternocostoclavicular está poco vascularizada, por lo que el tratamiento antibiótico suele ser prolongado y siguiendo un patrón similar a otras infecciones articulares. En suma, presentamos un caso de un paciente, sin factores de riesgo conocidos para desarrollar una artritis séptica, con clínica inespecífica e incluso sin fiebre, por lo que nos parece relevante destacar este caso para mantener la sospecha diagnóstica.

PUSTULOSIS EXANTEMÁTICA GENERALIZADA AGUDA SECUNDARIO A UNASYN. REPORTE DE CASO

Patricio Cano Valenzuela (1) Kamila Placencia Ravanal (2), Jaime Jiménez Muñoz (1), Karen Valenzuela Salazar (3)
(1) Médico EDF Hospital de Traiguén, (2) Médica EDF Hospital de Nueva Imperial, (3) Médica EDF CESFAM de Victoria.

INTRODUCCIÓN: La Pustulosis Exantemática Generalizada Aguda (PEGA) es una reacción cutánea del mismo grupo del síndrome de Stevens-Johnson y la Necrólisis Epidérmica Tóxica (NET) secundaria a medicamentos, siendo los más frecuentes los antibióticos. Posee una incidencia de 1-5 casos por millón al año. Se caracteriza por aparición abrupta de pústulas pequeñas (< 5 mm) estériles y no foliculares sobre una base eritematosa en zonas de cara y grandes pliegues, que luego se generalizada y resuelve con descamación en aproximadamente 15 días. El diagnóstico se basa en la clínica, laboratorio e histopatología. **REPORTE DEL CASO:** Mujer de 71 años, sin historia de alergias conocidas, con antecedentes de Hipertensión, Diabetes Mellitus 2, Dislipidemia, Alzheimer, Fibrilación Auricular, hospitalizada por Accidente Cerebro Vascular isquémico asociado a Neumonía Aspirativa, tratada en primera instancia con Ceftriaxona más Metronidazol x 7 dias, persistiendo con requerimiento de oxígeno entre 1-2L por naricera, sin buena evolución clínica. Por lo que se decide escalar tratamiento a Ampicilina/Sulbactam 1gr/500g (Unasyn®) c/6h, pero al 2do día de esquema comienza con erupción eritematosa asociado a pústulas en zona de pliegues de pliegues (axila, ingle y línea Inter glúteos), aumentando requerimiento de oxigeno a 3L por naricera, además aumentar secreciones de región bucal que requirieron aspiración, se controlan exámenes, destacando Neutrofilia de 10.800, sin alteración en frotis de hemograma. Por lo que se sospecha reacción adversa a medicamento y se decide suspender Unasyn® y apoyar con Hidrocortisona 100 mg c/8h por 3 días, más Hidroxizina 20 mg c/12h, evolucionando al 3er día con cicatrización de lesiones pustulosas y posterior descamación en zona afectada además de pequeña úlcera por presión en región sacra Grado 2, que mantuvo buena evolución con curaciones. **DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES**: El término PEGA fue introducido por Bylot et al. en 1980 y 90% de los casos reportados se ha asociado al uso de aminopenicilinas, sulfonamidas, quinolonas, hidroxicloroquina, diltiazem y terbinafina. La patogenia de la enfermedad corresponde a una respuesta de Hipersensibilidad relacionada a Linfocitos T (Tipo IVd). El periodo de latencia es usualmente dentro de 48h y clásicamente se diagnosticaba con los hallazgos clínicos, fiebre >38°C y Neutrófilos > 7000. Sin embargo, desde el 2001 se basa en la morfología, clínica, laboratorio e histopatología (espongiosis y edema de dermis de papilar). El tratamiento consiste en la suspensión del medicamento. Los corticoides no siempre son necesario y se reserva para casos muy grave, pero su uso puede acortar la duración del cuadro. Dentro de los diagnósticos diferenciales es importante considerar la psoriasis pustulosa aguda, cuya evolución es mas prolongada recidivante, del pronóstico y diferenciable solo a través de la histología.
Nuestro caso, evidencia la importancia de reconocer clínicamente estas reacciones adversas, ya que ante la poca disponibilidad de especialistas para objetivar diagnóstico a través de biopsias no debe retrasar el diagnóstico y manejo de esta patología.

DISFONÍA COMO ÚNICA MANIFESTACIÓN DE TUBERCULOSIS LARÍNGEA, REPORTE DE UN CASO.

Camila Cárdenas Fernández, José Reyes Rojas, Daniel Salgado Valenzuela
Médicos EDF, Hospital de Quirihue.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS: La tuberculosis es un problema de salud pública en Latinoamérica. La tuberculosis laríngea (TL) es una forma de presentación infrecuente; 0,5 - 2% de todos los casos de tuberculosis en países desarrollados. Su principal mecanismo de producción es por extensión desde un foco pulmonar. El síntoma más común de presentación es la disfonía. El principal diagnóstico diferencial es el carcinoma laríngeo y presenta una excelente respuesta al tratamiento antituberculoso habitual. **MATERIAL Y METODO:** Revisión de literatura y análisis de caso clínico. **PRESENTACIÓN DEL CASO:** Paciente femenina, 21 años, sin antecedentes mórbidos, consulta por ocho meses de evolución de disfonía crónica, sin otras alteraciones. Por evolución tórpida a tratamientos con antiinflamatorios, corticoides y antifúngicos orales se derivó a otorrinolaringología. Estudio de laboratorio general y ampliado para Infecciones de Transmisión Sexual y causas autoinmunes negativos. Nasolaringofibroscopía: marco laríngeo irregular con múltiples leucoplaquias nodulares en epiglotis y aritenoides, laringitis granulomatosa y corditis bilateral. Biopsia laríngea: detección complejo Mycobacterium tuberculosis. Se hospitaliza para iniciar tratamiento de TL y ampliar estudio; baciloscopía positiva, radiografía de tórax compatible con tuberculosis pulmonar (TBC). Además, se rescata antecedente de exposición a TBC en la infancia. Paciente inició tratamiento antituberculoso con buena respuesta; consiguiendo manejo ambulatorio a dos meses de hospitalización y con regresión completa de lesiones laríngeas y disfonía a los seis meses. **DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN:** El diagnóstico de TL se basa en el cuadro clínico de disfonía crónica, con o sin síntomas respiratorios y/o constitucionales. El antecedente familiar de tuberculosis era importante para la orientación diagnóstica inicial, que no se estableció hasta iniciado el tratamiento. Destaca la importancia de una anamnesis detallada para la sospecha diagnóstica en este caso y la necesidad de considerar la TL como diagnóstico diferencial de disfonía crónica.

CARACTERIZACIÓN DE INTERCONSULTAS A GERIATRÍA DE PACIENTES MAYORES DE 65 AÑOS EN HOSPITAL COMUNITARIO DE TOCOPILLA

Maoli Cardona M., Gonzalo Caminada C., Nathalia Briones R., Ignacia Rivera R.
Médicos EDF Hospital Marcos Macuada, Tocopilla

INTRODUCCIÓN: La transición demográfica de nuestro país se ha caracterizado por un descenso de la natalidad y una disminución de la mortalidad, lo cual se traduce en un aumento de nuestra población geriátrica. Siendo este grupo de edad avanzada el que presenta múltiples comorbilidades asociado a un carente apoyo social que nos llevan a un difícil manejo. Es por ello que el médico de atención comunitaria tiene un desafío para su atención. **OBJETIVO**: Caracterizar las interconsultas realizadas a geriatría de la población mayor de 65 años evaluada en Hospital de Tocopilla. **MATERIAL Y METODO**: Estudio descriptivo transversal. Se analizaron datos de pacientes en espera de evaluación geriátrica con interconsulta pendiente. **RESULTADOS**: Se evaluaron 66 pacientes. De estos un 72% sexo femenino y un 28% sexo masculino. El promedio de edad de los participantes es de 79.3 años. Un 12% era analfabeto mientras que un 53% presentaba una educación básica completa. En cuanto a la funcionalidad un 30% es autovalente con riesgo, un 23% tiene una dependencia leve y un 24% una dependencia moderada. Un 53% de los pacientes no tiene una red de apoyo. El 30.3% de los pacientes presentaba interconsulta por trastorno de memoria, un 25.8% polifarmacia, y un 21.2% por compensación de enfermedades crónicas. **DISCUSIÓN:** Los pacientes geriátricos presentan síndromes específicos, de los cuales, en el hospital los más demandantes fueron trastorno de memoria, polifarmacia y compensación de enfermedades de base de difícil manejo, que por su origen multifactorial requieren un especialista. **CONCLUSIONES:** Si bien es parte de nuestra formación los síndromes geriátricos, estos ciertamente se pueden escapar de la capacidad de respuesta del equipo de atención primaria. Por esto que la posibilidad de presentar casos por telemedicina nos permite entregar respuesta a los pacientes de forma eficiente y rápida, en comparación al conducto regular.

PREVALENCIA DEL SÍNDROME DE BURNOUT EN PERSONAL DE SALUD DEL HOSPITAL DE TOCOPILLA EN CONTEXTO DE PANDEMIA COVID-19.

Maoli Cardona Montes, Pablo Rivera Rojas, Diego Vallejos Villa
Médicos EDF Hospital Marcos Macuada, Tocopilla

INTRODUCCIÓN: El Síndrome de Burnout, es una respuesta prolongada al estrés en el trabajo, la cual nace de una interacción conflictiva entre el trabajador y su empleo, produciendo cambios negativos en las actitudes del trabajador y sus conductas desplegadas hacia las personas con las que trabaja. Uno de los grupos más afectados, lo componen los trabajadores de la salud. **OBJETIVO:** Explorar la prevalencia del Síndrome de Burnout en el personal de salud del hospital de Tocopilla, a propósito de la sobrecarga laboral durante la pandemia por COVID-19. **MATERIAL Y METODO:** Se realizó un estudio descriptivo, con diseño no experimental, donde los participantes debieron responder una encuesta de antecedentes generales y posteriormente, contestar el Maslach Burnout Inventory (MBI-HSS), instrumento de mayor aceptación en el diagnóstico de Burnout en todo el mundo, y el cual ha sido validado en Chile. **RESULTADOS:** participaron 55 personas, cuya edad fluctuaba entre 18 y 55 años, se desempeñaban profesionalmente en el área de urgencias y/o hospitalizados. El 58% eran de sexo femenino y el 42% de sexo masculino. 47,2% eran Técnicos Paramédicos, un 32,7% eran médicos, el 16,3% eran enfermeros y el 3,6% tenían otra profesión. **DISCUSIÓN:** El 74,5% de los participantes, evidenció signos de Burnout en niveles medio y severo. El 75% de las mujeres reportó burnout, y en los hombres lo hizo un 60,8%. Los médicos fueron los que reportaron niveles de Burnout más altos, donde el 72,2% de ellos, mostró indicadores de padecer el síndrome, de los cuales casi el 50% de estos, reportó índices de nivel severo. **CONCLUSIÓN:** Existen indicadores suficientes para determinar Síndrome de Burnout Severo en el personal de salud del hospital de Tocopilla, lo cual impacta de forma negativa en la salud mental de cada profesional. Concordando con otros autores acerca del problema social y de salud publica que trae este síndrome en el ámbito laboral

NEFRITIS INTERSTICIAL AGUDA SECUNDARIA A USO INDISCRIMINADO DE ANTIBIOTICOS.

Carolina Cares Parra, Paula Ricke Vergara, Melissa Illanes Contreras,
Médicos EDF SS BIO-BIO

INTRODUCCION: La nefritis intersticial aguda, se caracteriza por una respuesta inflamatoria intersticial, con infiltrados y edema, asociados a un deterioro abrupto de la función renal. En un 75% de los casos es secundaria al uso de fármacos, siendo los antiinflamatorios, penicilinas y sulfonamidas los más frecuentemente implicados. Si se diagnostica precozmente y se elimina la causa, la resolución del cuadro se alcanza en alrededor de un 50 % de los casos, en el resto se mantienen diversos grados de deterioro renal e incluso se puede requerir terapia renal sustitutiva. A continuación, presentamos el caso de un paciente que debuta con nefritis intersticial aguda secundaria al uso indiscriminado de antibioticoterapia, debido a un error en la interpretación de indicaciones médicas. **CASO CLÍNICO:** Paciente de 77 años, sexo masculino, con antecedentes de Hipertensión esencial en tratamiento con hidroclorotiazida y losartan. Debuta en octubre del 2020 con cuadro de epigastralgia. Desde extrasistema se indica Endoscopia digestiva alta, que resulta con diagnostico de gastritis erosiva, ulcera gástrica y test de ureasa positivo. Se indica tratamiento erradicador de helicobacter pylori, consistente en claritromicina, amoxicilina y omeprazol por 14 días. Sin embargo, paciente no sigue indicaciones y administra tratamiento por 1 mes. Evoluciona con epigastralgia, compromiso del estado general y nauseas; por lo que consulta en la unidad de emergencia. Ingresa, afebril, levemente hipertenso, destacando al examen físico: palidez mucocutanea, mucosas secas, abdomen sensible difusamente, sin blumberg, con ruidos hidroaereos conservados, extremidades sin edema.Se realizan exámenes, que destaca: Creatinina 1.56 (Basal promedio: 0.8), VFG 42.2, Sodio Plasmatico de 130, Potasio plasmático de 5,6. Cloro plasmático de 101, orina completa normal, uremia de 49 sin otros hallazgos, Electrocardiograma: Sin signos de isquemia, con ondas T levemente picudas. Se diagnóstica Falla renal aguda e hiperkalemia leve, probablemente secundaria a uso de antibióticos. Dada contingencia, se difiere hospitalización, se indica seguimiento en APS y control ambulatorio con nefrología. Es evaluado por dicho especialista quien sospecha AKI, probablemente secundaria a nefritis intersticial por fármacos. Indica suspensión temporal de losartan y controles seriados de función renal. Paciente evoluciona favorablemente, con regresión de la sintomatología y mejora significativa de función renal. Última Creatinina de 1.07, VFG 66, K 4.9 y orina completa normal, por lo anterior, es dado de alta por especialista e indica continuar controles crónicos ambulatorios. **DISCUSIÓN:** En la mayoria de los casos, la nefritis intersticial aguda, es secundaria a fármacos, de uso frecuente en APS. Una anamnesis detallada, es crucial para iniciar la sospecha diagnóstica ante un paciente con historia clínica como la que se describe en el caso. El tratamiento precoz y oportuno es vital para evitar complicaciones a largo plazo. Así mismo, la educación respecto al uso adecuado de antibióticos y otros fármacos, constituye una labor primordial y un desafío para los médicos de APS.

CARACTERIZACIÓN DE PACIENTES CON TUBERCULOSIS EXTRAPULMONAR EN CESFAM QUILPUE DE FEBRERO 2018 A FEBRERO 2020

Vania Cari Gormaz (1), Fernanda Jaque Badilla (1), Antonio Aramayo Kirsinger (2)
(1) Médico EDF CESFAM Quilpué, (2) CESFAM Puertas Negras

INTRODUCCIÓN: La tuberculosis (TB) se define como la infección producida por el bacilo Mycobacterium tuberculosis. Los dos tipos de manifestaciones clínicas son la TB pulmonar y TB extrapulmonar, siendo ésta última menos frecuente producto de la diseminación hematógena y linfática del bacilo hacia otros órganos, alcanzando un 15 % de los casos totales de TB y relacionándose especialmente con inmunosupresión. **OBJETIVO:** Caracterizar los pacientes tratados por TB en el CESFAM Quilpué desde febrero del año 2018 a febrero del año 2020. **MÉTODOS:** Se realizó un estudio descriptivo del número total de casos de TB a través de la revisión de fichas clínicas del Programa de Tuberculosis del CESFAM Quilpué. **CONCLUSIONES:** El estudio incluyó 9 pacientes, con un promedio de edad de 48 años, siendo el 77,7% hombres y 22,2% mujeres. De ellos un 66,6% presentó TB extrapulmonar, siendo un 11% TB renal, 11% TB pleural, 11% TB ganglionar, 11% TB genital, 11% TB osteoarticular y 11% TB sistema nervioso central. Del total de pacientes con TB extrapulmonar, un 22,2% presentó el cuadro sin compromiso pulmonar y un 77,7% presentó además TB pulmonar concomitante. Resulta interesante señalar, que un 33,3% del total de pacientes que incluyó el estudio presentó serología para VIH positiva, de los cuales el 100% presentó TB extrapulmonar. **DISCUSIÓN:** La TB es la principal causa de muerte por un único agente infeccioso a nivel mundial, la incidencia de la TB pulmonar se ha mantenido relativamente constante en los últimos años, mientras que la TB extrapulmonar ha ido en aumento. Los RESULTADOS del estudio demuestran que en la población del CESFAM Quilpué se observó un porcentaje mucho mayor de TB extrapulmonar que lo descrito en la literatura, además de encontrarse en un 100% de pacientes con serología para VIH positiva. El principal factor de riesgo para TB extrapulmonar es la inmunosupresión, particularmente la infección por VIH. A pesar de que el abordaje es complejo por la variada presentación clínica, resulta fundamental en este grupo de población tener un alto índice de sospecha para realizar los estudios específicos que nos permitan un diagnóstico y tratamiento oportuno de esta patología potencialmente mortal.

PREVALENCIA DE PATOLOGIAS DE URGENCIA EN CESFAM QUILPUE DE ENER0 2019 A FEBRERO 2020

Vania Cari Gormaz (1), Anais Tampier Cotoras (2), Fernanda Jaque Badilla (3)
(1) Médico EDF CESFAM Quilpué, (2) CESFAM E.U. Rosa Sánchez Godoy, El Melón,
(3) Médico EDF CESFAM Quilpué

INTRODUCCIÓN: La urgencia médica ha sido definida como la aparición fortuita de un problema de etiología diversa y que genera la necesidad inmediata de atención médica. Debido a la alta demanda de atención en los servicios de urgencia de los distintos hospitales, muchas veces los pacientes consultan por sus patologías agudas en la Atención Primaria de Salud (APS). **OBJETIVO:** Describir las patologías más frecuentes por las que consultan los pacientes de forma aguda y urgente en el CESFAM Quilpué. **MÉTODO:** Se realizó un estudio descriptivo de las atenciones realizadas por el equipo de urgencia del CESFAM Quilpué entre enero del año 2019 y febrero del año 2020 a través de los antecedentes registrados en las fichas clínicas. Los RESULTADOS fueron tabulados y analizados en el programa Microsoft Excel agrupándolos en distintas áreas médicas. **CONCLUSIONES:** El estudio incluyó 26 pacientes, de los cuales un 39% presentó patología cardiovascular, 19% patología neurológica, 19% patología respiratoria, 15% patología psiquiátrica, 8% patología metabólica. En cuanto a las causas cardiovasculares, se observó un 60% de urgencias hipertensivas, 20% hipotensiones sintomáticas, 10% síncope cardiogénico, 10% paro cardiorespiratorio. Respecto a las causas neurológicas, un 100% correspondió a crisis convulsivas. En patología respiratoria se observó un 40% crisis asmáticas moderadas, 30% de neumonia adquirida en la comunidad y 30% de pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica exacerbada. Las patologías psiquiátricas incluyeron un 50% de crisis de pánico y 50% de intento de autolisis. Finalmente, en cuanto a patología metabólica, un 100% consultó producto de hiperglicemia severa secundaria a diabetes mellitus 2 descompensada. **DISCUSIÓN:** Las causas cardiovasculares fueron el motivo de consulta de urgencia más frecuente, en mayor porcentaje secundarias a urgencias hipertensivas, las cuales se presentaron en un 100% de pacientes con antecedentes de hipertensión arterial, por lo que resulta fundamental el control y seguimiento adecuado de este grupo de pacientes a través del programa cardiovascular APS logrando un tratamiento farmacológico adecuado para evitar complicaciones.

SINDROME DISNEICO EN PANDEMIA: MAS ALLA DEL COVID 19. REPORTE DE CASO

Vania Cari Gormaz (1), Jorge Kutscher Barrera (2), Anais Tampier Cotoras (3)
(1) Médico EDF CESFAM Quilpué, (2) Médico EDF CESFAM Puertas Negras,
(3) CESFAM E.U. Rosa Sánchez Godoy, El Melón

INTRODUCCIÓN: La disnea se define como la sensación subjetiva de ahogo o falta de aire y corresponde a un alto porcentaje de consultas en el servicio de urgencia. Durante la pandemia de coronavirus (COVID 19), ha sido el principal síntoma de alarma presentándose en un 31-40% de los pacientes, sin embargo, existen múltiples causas, por lo que puede ser la principal manifestación de diversas enfermedades potencialmente graves que no necesariamente se relacionan con COVID 19.
CASO CLÍNICO: Paciente 30 años, sin antecedentes mórbidos, consulta de forma ambulatoria por cuadro de 12 horas de evolución caracterizada por disnea de moderados esfuerzos, asociado a dolor tipo puntada en hemitórax izquierdo, sin otros síntomas asociados. Niega contacto estrecho con casos de COVID 19. Al examen físico destaca normocárdico, normotenso, eupneico, afebril, saturando 96% a FiO2 ambiental, IMC 30, examen físico cardiopulmonar normal, sin otros hallazgos característicos. Producto de pandemia, se solicita estudio con Reacción en Cadena de Polimerasa (PCR) COVID 19, la cual resulta negativa. Paralelamente se solicita estudio de imagen con Angiografía por Tomografía Computarizada (Angio TAC) de Tórax que informa “signos de tromboembolismo pulmonar (TEP) agudo en rama izquierda distal, lobar, segmentario y subsegmentario bilateral, sobrecarga de cavidades cardiacas derechas”. Se hospitaliza para inicio de anticoagulación. Se solicita segunda PCR COVID 19 a las 48 horas, la cual resulta negativa. Como antecedente el paciente indica cuadro de 3 semanas de dolor en extremidad derecha de intensidad leve. Se solicita estudio con Ecografía Doppler de Extremidad Inferior, que resulta positiva para trombosis venosa periférica (TVP). Se completa estudio etiológico por tromboembolismo, el cual resulta positivo para trombofilia genética, específicamente la Mutación G2021A del Gen de la Protrombina.**CONCLUSIONES:** El enfrentamiento de un paciente joven que consulta por disnea en servicio de urgencia debe siempre considerar en su abanico de estudio causas genéticas de tromboembolismo. Si bien, la mutación G20210A del gen de protrombina, tiene una baja prevalencia en la población general (1-3%), tiene un riesgo de 2 a 5 veces mayor de presentar una TVP, frecuentemente sub diagnosticada, y un 30% mayor riesgo de desarrollar un TEP. **DISCUSIÓN:** Los principales riesgos asociados a la infección por COVID 19 han sido las complicaciones trombóticas. Se ha visto que entre un 20% y 30% de los pacientes con COVID-19 acaban desarrollando un TEP. Sin embargo, es importante no cerrarse a la posibilidad de otras causas de disnea tradicionales y considerar otros diagnósticos diferenciales en paciente joven sin nexo epidemiológico de COVID 19, realizando estudio que incluya AngioTAC de Tórax y estudio genético.

MORDEDURA POR LATRODECTUS MACTANS, A PROPÓSITO DE UN CASO.

Loreto Carrasco Honores, Pablo Olguín Sepúlveda, Paula Joublan Rocamora,
Médicos EDF Hospital de Quirihue.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS: Latrodectismo corresponde al síndrome producido por la mordedura de araña del género Latrodectus spp, en Chile Lactrodectus mactans. Esta especie posee una neurotoxina, la alfa-latrotoxina, que provoca efectos a nivel simpático y parasimpático, pero además en la placa neuromuscular produciendo una liberación masiva de acetilcolina y catecolaminas. El cuadro clínico comprende agitación psicomotora, diaforesis, espasmos y contracturas musculares. A continuación, presentamos un caso clínico de Lactrodectismo. **MATERIAL Y METODO:** Se realiza revisión de literatura y análisis de caso clínico. **PRESENTACIÓN DEL CASO:** Paciente masculino 18 años, rural, sin antecedentes mórbidos, consulta cuadro de1 hora de evolución caracterizado por sudoración, agitación psicomotora y mialgias en extremidades inferiores, asociado a dolor abdominal intenso que comenzó tras sufrir mordedura en región cervical por araña con características similares a Lactrodectus mactans. Ingresa taquicárdico, hipertenso, abdomen con resistencia muscular voluntaria y priapismo. Destaca eritema leve en región cervical posterior. Dentro de los exámenes de laboratorio iniciales, sin alteración en hemograma, función hepática, creatinkinasa ni proteína C reactiva. Se contacta con el Centro de Información Toxicológica de la Universidad Católica (CITUC) y se inicia hidratación, analgesia combinada (metamizol y opiáceos), corticoides y benzodiacepinas. Manejado en centro secundario se hospitaliza y se extiende manejo siendo dado de alta a las 24 horas. **DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN:** El diagnóstico se basa en el cuadro clínico y el antecedente epidemiológico, dado frecuentemente en zonas agrícolas. La analítica sanguínea es importante para descartar otras causas y eventuales complicaciones. El priapismo es un signo inusual, y la taquicardia junto la hipertensión orientan al diagnóstico. El suero antilatrodectus existe, pero no está disponible en Chile. El tratamiento es esencialmente sintomático y de soporte, siendo el pilar principal la analgesia y sedación. En general presenta un buen pronóstico, reportándose una letalidad entre 0 y 6%.

PARÁLISIS AGUDA AISLADA DE NERVIO ABDUCENTE, CASO CLÍNICO, FISIOPATOLOGÍA Y ENFRENTAMIENTO EN NIVEL PRIMARIO DE ATENCIÓN.

Alejandro Carreño Álvarez, Eric Diaz Llamunao, Miguel Maldonado Lang,
Médicos EDF, CESFAM Dr. Edelberto Elgueta

INTRODUCCIÓN. La parálisis aguda aislada del nervio abducente es una patología llamativa en la atención ambulatoria. Los diagnósticos diferenciales pueden ser graves como accidentes cerebrovasculares, aneurismas y tumores intracraneanos. En la literatura se ha discutido sobre cómo enfrentar a estos pacientes, sin embargo, estos incluyen exámenes de elevado costo y poco disponibles desde el nivel primario de atención. Se presentará un caso clínico con imágenes, previo consentimiento, para luego discutir sobre la fisiopatología con énfasis neuroanatómico y revisar la literatura disponible sobre cómo enfrentar esta patología. **CASO CLÍNICO.** Paciente masculino, 72 años, antecedentes de hipertensión arterial y diabetes mellitus no insulino-requirente, inasistente a controles, acude a consulta de medicina general por cuadro de 5 días de diplopía horizontal, de inicio agudo, no doloroso. Al examen físico destaca parálisis recto lateral izquierdo. Pupilas normales. Resto examen normal. Es derivado a urgencias, con neuroimagen normal. Evaluación oftalmológica impresiona como parálisis sexto par izquierdo aislada metabólica. Evoluciona a las semanas con mejoría progresiva del estrabismo. **DISCUSIÓN.** La parálisis del nervio abducente es reportada como la causa más común de neuropatía craneana oculomotora aislada, cuyas causas van desde patologías neoplásicas (39-45%), microvasculares/metabólicas (8-36%) y traumáticas (5-20%). Existen otras etiologías menos comunes. El accidente cerebrovascular de tronco generalmente está acompañado por otros déficits, aunque pueden pasar desapercibidos. Anatómicamente el nervio abducente, originado desde el surco bulbopontino, contiene axones motores dirigidos hacia el músculo recto lateral ipsilateral dentro de la cavidad orbitaria. En su recorrido, tiene relación con el clivus, seno cavernoso y arteria carótida interna, entre otros. El estudio diagnóstico ha sido controversial en la literatura, especialmente para casos como el presentado, donde la causa más probable sea microvascular/metabólica, en quienes más del 60% presentan mejoría total del estrabismo a los 6 meses. Esto hace que exista cierto consenso en que la alternativa de seguimiento clínico periódico sea más tentativa que el estudio con resonancia cerebral con contraste. Se recomienda realizar estudios más costosos cuando exista una falla en la progresión clínica o aparezcan nuevas focalidades neurológicas o cuando el cuadro clínico no sea el típico.

CEFALEA COMO FORMA DE PRESENTACIÓN DE IAM CON SDST, A PROPÓSITO DE UN CASO

Daniela Carriel Toro (1), Fernando Lavín Rivera (1), Carolina Pérez Morales (1), Alice Rogel Hund (2), Luis Barra Muñoz (3)
(1) Médicos EDF, Hospital El Salvador de Peumo (2) Estudiante de Medicina, Universidad Diego Portales
(3) Estudiante de Medicina, Universidad Mayor

INTRODUCCIÓN: La cefalea o jaqueca es uno de los motivos de consulta más frecuente en el servicio de urgencia, en el cual su aproximación debe ser basada en la historia clínica y la exploración física, buscando las "banderas rojas" o aquellos signos y síntomas que permitan discernir entre patologías que requieran atención inmediata y derivaciones a centros de mayor complejidad. **CASO CLÍNICO:** Se trata de paciente femenina de 69 años, con antecedentes de HTA y dislipidemia, ambas en tratamiento, la cual consulta en el SU de Hospital de Peumo en enero de 2021 por un cuadro de cefalea de 5 horas de evolución, de localización frontal y occipital, de moderada intensidad, sin fotofobia ni sonofobia, niega náuseas y vómitos, y no refiere gatillantes externos, ingresa normocardica, normotensa, se inicia analgesia con AINEs endovenosos con escasa respuesta, a los 30 min, desde su ingreso, paciente refiere irradiación de dolor a región dorsal izquierda con cefalea de mayor intensidad, EVA 8/10, asociado a palidez, sudoración y mareos. Por lo que se le realiza ECG el cual resulta con el hallazgo de supradesnivel del segmento ST en las derivadas DII, DIII y aVF. En dicho contexto de inicia manejo de IAM con SDST, se maneja el dolor con morfina con buena respuesta, y paciente es derivada a unidad de hemodinámica en Hospital Regional de Rancagua, donde se le realiza coronariografía que reporta oclusión trombótica de ACD, se le realiza recanalización y angioplastia primaria de ACD con stent farmacoactivo. En la ventriculografía se encuentra una FE levemente disminuida por hipokinesia inferior. Paciente evolucionando de manera favorable posterior a procedimiento. **CONCLUSIÓN**: La cefalea como manifestación de isquemia miocárdica es una expresión poco frecuente, pero a la vez puede ser el único síntoma presente en los pacientes, lo que puede retrasar el diagnóstico y su intervención por encontrarse fuera de ventana terapéutica. El diagnóstico diferencial con la migraña es crucial para disminuir la morbimortalidad del retraso en el diagnóstico de isquemia miocárdica.

SINDROME DE GUILLAIN BARRE SECUNDARIO A INFECCION POR SARS-COV2, A PROPOSITO DE UN CASO

Daniela Carriel Toro (1), Fernando Lavín Rivera (1), Carolina Pérez Morales (1), Alice Rogel Hund (2), Luis Barra Muñoz (3)
(1) Médico EDF Hospital El Salvador de Peumo (2) Estudiante de Medicina Universidad Diego Portales
(3) Estudiante de Medicina Universidad Mayor

INTRODUCCIÓN: El síndrome de Guillian Barré (SGB) es una polineuropatía inflamatoria aguda de origen autoinmune, que implica fenómenos inmunológicos responsables de la destrucción de mielina en nervios periféricos. Es precedida por una infección de origen respiratorio o gastrointestinal, en la mayoría de los casos. La llegada de la pandemia por SARS-COV2 se ha convertido en una amenaza para los sistemas sanitarios, y a pesar de que la clínica respiratoria es predominante ya se han reportado manifestaciones neurológicas del virus, demostrando su potencial neurotrópico. **CASO CLÍNICO**: Se trata de paciente masculino de 27 años, sin antecedentes mórbidos, el cual cursa con infección por SARS-COV2 con PCR positiva del 4/1/21, cumple su cuarentena en residencia sanitaria sin incidentes, siendo dado de alta el 12/1/21. El 14/1/21 comienza con cuadro de disnea, adinamia y fatiga generalizada, consultando en múltiples oportunidades en servicio de urgencia donde se descarta compromiso pulmonar, sin otros hallazgos al examen físico, planteándose un síndrome de fatiga post viral, indicando manejo sintomático. Paciente persiste con síntomas y mayor compromiso muscular, consultando nuevamente el 21/1/21, donde al examen físico destacan ROT disminuidos, fuerza M2 en extremidades inferiores, Babinsky (+) bilateral. Es derivado en primera instancia H. Rengo y luego a HRR como sospecha de síndrome de Guillain-Barre, en este último centro paciente ingresa a UPC, es conectado a VMI y se le realiza punción lumbar resultando con disociación albumino-citológica (proteínas 565.3 mg/dl y recuento de leucocitos de 0), paciente evoluciona de manera favorable, siendo desconectado de VMI a las 2 semanas, continuando neurorehabitación de manera ambulatoria. **CONCLUSIÓN**: La asociación e implicancia entre SARS-COV2 y SGB sigue en estudio, no obstante, podemos valorar la causalidad en su presentación. Es relevante profundizar la evidencia de las manifestaciones neurológicas del virus y su relación con la gravedad de los cuadros de SGB.

SÍNDROME DE COMPRESIÓN MEDULAR COMO MANIFESTACIÓN DE METÁSTASIS DE CÁNCER RENAL

Yasna Carrillo Belmar, Felipe Navarrete Fajardo, Álvaro Hidalgo Trunci
Médicos EDF Cesfam Pudahuel Estrella.

INTRODUCCIÓN: El síndrome de compresión medular por cáncer es un conjunto de manifestaciones neurológicas por tumor primario o diseminación a médula espinal. El carcinoma de células renales (CCR), neoplasia maligna diferenciada del epitelio del túbulo proximal, genera metástasis tempranas, hematuria macroscópica, dolor en flanco, masa palpable y varicocele. Las metástasis son manifestación inicial en 10-25% del CCR. La tomografía computada (TC) y resonancia, ayudan a determinar la compresión medular. La confirmación es por histología. Se reporta caso de paciente con síndrome de cauda equina por metástasis de CCR en cono medular. **PRESENTACIÓN DEL CASO:** Masculino, 58 años, tabáquico e hipertenso. Acude a urgencia de Hospital Félix Bulnes por caída a nivel y contusión en cadera izquierda, dolor sacro, paraparesia progresiva, retención urinaria y fecal a los 7 días. Presenta paraplejia hipotónica M0, plantar indiferente bilateral. Sin alteración motora de extremidades superiores. Nivel sensitivo T12, con hipoestesia multimodal en extremidades inferiores. Sin causa metabólica al laboratorio. TC columna dorsolumbar destaca infiltración metastásica con compresión medular de T10, T3 y S2, y lesión lítica expansiva de séptima costilla derecha. TC tórax, abdomen y pelvis: Nódulos pulmonares bilaterales, nódulo pericárdico, adenopatías hiliares derechas, lesión expansiva exofítica y necrótica en polo superior de riñón derecho de 5,9x5,2 cm que infiltra espacio pararrenal posterior, compatible con carcinoma de células renales e infiltración metastásica de la glándula suprarrenal derecha. Evolucionó sin mejoría clínica, por lo que se indicó valoración por neurocirugía para biopsia y eventual ingreso a cuidados paliativos. **DISCUSIÓN**: El CCR metastiza en lugares poco frecuentes. Las metástasis intramedulares son infrecuentes debido al tamaño y accesibilidad vascular de la médula espinal. Las alteraciones motoras-sensoriales son frecuentes y se relacionan al nivel afectado. Cuando ocurren en cono medular aparecen alteraciones de esfínteres (especialmente urinario) y disfunciones sexuales. El diagnóstico exige estudios de imagen contrastados y biopsia para confirmación. El manejo es de especialista, por lo que la derivación oportuna es mandatoria.

SINDROME TOLOSA-HUNT, UN DIAGNÓSTICO DE EXCLUSIÓN.

Yasna Carrillo Belmar (1), Vicente San Juan Gómez (2), Javiera Díaz Martínez (3)
(1) Médico EDF Cesfam Pudahuel Estrella, (2) Médico EDF Cesfam Peñaflor, (3) Médico EDF Cesfam Garin

INTRODUCCIÓN: El Síndrome de Tolosa-Hunt (STH) es una patología neurologica infrecuente y benigna, definida como una inflamación granulomatosa idiopática del seno cavernoso o de la fisura orbitaria superior, caracterizado clínicamente por oftalmoplejía unilateral dolorosa, de evolución aguda o subaguda, asociada a anormalidades en la resonancia magnética de cerebro (RMN). **PRESENTACIÓN DEL CASO:** Paciente sexo femenino, 71 años de edad, con antecedentes de hipertensión arterial, consulta al servicio de urgencias por cuadro clínico de 3 semanas de evolución, caracterizado por dolor tipo punzada en ojo izquierdo, que después de 10 días se asoció a ptosis palpebral y diplopía. Al examen físico destaca neuralgia de la rama oftálmica izquierda del quinto par, con oftalmoplejía por compromiso del tercer, cuarto y sexto par craneal asociado a ptosis palpebral ipsilateral. Es evaluado por el equipo de neurología, realizándose estudios bioquímicos, metabólicos, inmunológicos y reumatológicos, que resultan normales. Parametros infecciosos negativos. Estudio de líquido cefalorraquídeo normal, con citología negativa para células tumorales. TAC cerebral simple sin hallazgos patológicos. Se realiza una RNM de seno cavernoso y orbitas, que muestra aumento asimétrico del volumen e hipercaptación del seno cavernoso izquierdo. Se indica tratamiento con corticoesteroides, tras lo cual la neuralgia y parálisis ceden en 48 horas. No presenta complicaciones posteriormente. **DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN**: Las características clínicas e imagenelógicas no son patognomónicas, por lo que demanda un estudio exhaustivo, que permita descartar patología vascular, traumática, tumoral e infecciosa. Si bien la mejoría clínica ante la prueba diagnóstica con corticoides es un pilar importante, tambien lo son múltiples entidades, que pueden presentar el mismo comportamiento con la terapia esteroidal. Por lo anterior, es un diagnóstico de exclusión, que debe considerarse en el estudio de oftalmoplejía dolorosa.

REPORTE DE CASO DE ADENITIS MESENTÉRICA EN ADULTO COMO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE DOLOR EN FOSA ILIACA DERECHA: ¡NO TODO ES APENDICITIS!

Sebastián Cartagena Gil (1), Regina Marambio Henzi (2), Samuel Balmaceda Zamora (3)
(1) Médico EDF Cesfam La Pincoya, (2) Médico EDF Cesfam Juanita Aguirre, (3) Mèdico EDF Cesfam Irene Frei

INTRODUCCIÓN: La adenitis mesentérica es una afección inflamatoria de los ganglios linfáticos mesentéricos que puede presentarse con dolor abdominal agudo o crónico. Constituye un cuadro más comúnmente hallado en población infantil. Su etiología incluye gastroenteritis bacteriana (Yersinia Enterocolítica) y viral, siendo esta última más común. Su diagnóstico requiere pruebas de imagenología, en la cual se demuestre ensanchamiento de linfonodos y apéndice normal. A continuación, presentamos caso de Adenitis Mesentérica en paciente adulto, poco común en su rango etario. **DESCRIPCIÓN DEL CASO**: Paciente masculino de 26 años, sin antecedentes mórbidos, Consulta en atención primaria por cuadro de 1 día de evolución, caracterizado por dolor en fosa iliaca derecha de carácter cólico. Sin irradiación. Niega vómitos y diarrea. Al examen físico destaca dolor a la palpación superficial de fosa iliaca derecha, con signo de McBurney (+). Blumberg (-). Se deriva a atención secundaria con sospecha de apendicitis, donde se decide realizar ecografía abdominal que informa múltiples linfonodos ensanchados de tamaño, con apéndice de morfología normal. Se diagnóstica adenitis mesentérica y paciente es dado de alta con analgesia y control en caso de presentar banderas rojas. Paciente evoluciona con disminución del dolor a las 48 horas de evolución. **DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN**: La adenitis mesentérica constituye un cuadro poco común en la población adulta. Es importante recordar y ampliar nuestro abanico de diagnósticos al enfrentarnos a pacientes con dolor abdominal, especialmente en fosa iliaca derecha, para no tener conductas erróneas que podrían repercutir en el paciente.

FOLICULITIS DECALFANTE EN ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD. REPORTE DE CASO Y DISCUSIÓN.

Sebastián Cartagena Gil (1), Regina Marambio Henzi (2), Jose Araya Quezada (3)
(1) Médico EDF, Cesfam La Pincoya, (2) Médico EDF, Cesfam Juanita Aguirre,
(3) Médico EDF, Cesfam Salvador Allende

INTRODUCCIÓN: La foliculitis decalvante (FD) corresponde a una alopecia cicatricial neutrofílica poco frecuente, más frecuente en hombres jóvenes. La causa es desconocida, pudiendo deberse a un defecto inmunológico, donde el Staphylococcus aureus, podría jugar un rol patogénico. Se plantea una predisposición genética. Se presenta inicialmente como pápulas eritematosas en cuero cabelludo. Se presenta a continuación un caso de FD con sospecha inicial en APS. **DESCRIPCIÓN DEL CASO**: Paciente masculino de 28 años, sin antecedentes mórbidos, presenta cuadro de 3 meses de evolución, caracterizado por pérdida de pelo en parche, asociado a pústulas locales en la zona, las cuales a la compresión drenan secreción purulenta. Acude a dermatólogo particular quien indica Doxiciclina 100 mg en las noches por 2 meses. Debido a falla en tratamiento decide reconsultar, manteniendo síntomas referidos. Al interrogatorio dirigido refiere que su padre y su abuelo experimentaron sintomatología similar durante su vida. Al examen físico destaca presencia de alopecia en parche asociado a pústulas con halo eritematoso. A la compresión se observa drenaje de secreción purulenta. Debido a reconsulta se realiza revisión de Alopecia y se decide presentar a Teledermatología de Hospital San José, quienes responden confirmando patología, mencionada. Sugieren derivar. a atención secundaria para continuar estudio y realizar tratamiento. Paciente finalmente es derivado a Dermatología en Hospital San José para atención presencial. **DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN:** La alopecia es un motivo de consulta poco común a nivel de atención primaria, por lo que muchas veces cuesta enfrentarse a esta patología. Es necesario revisar el tema y estar preparado, dado que en ocasiones podemos encontrarnos con patologías como estas, que requieren evaluación por especialista.

FIBROSIS RETROPERITONEAL IDIOPÁTICA EN MUJER JOVEN A PROPÓSITO DE UN CASO.

Camila Castillo Peña (1), Paula Soto Carrera (1), Kamila Placencia Ravanal (2)
(1) Médicos EDF Hospital de Nueva Imperial, (2) Médico EDF Hospital Intercultural de Nueva Imperial.

INTRODUCCIÓN: La fibrosis retroperitoneal idiopática es una entidad patológica histológicamente benigna, que se presenta en alrededor 1/200.000 habitantes, con predomino en hombres, con edad media de 50 a 60 años, cuya etiología sería inmunológica. Compromete preferentemente tejidos ubicados por debajo de la bifurcación aórtica y tejidos vecinos, siendo lo más frecuente el compromiso del o ambos uréteres. **PRESENTACIÓN DE CASO**: Se presenta caso de mujer de 28 años con antecedentes de migraña y obesidad, consulta en servicio de urgencias por cuadro compatible con cólico renal, exámenes de laboratorio donde destaca creatinina de 7,48 potasio 6,0 Nitrogeno ureico de 40. Ecografía renal muestra dilatación pielocalicial bilateral con predominio izquierdo, hipertrofia de probable origen compensatorio renal derecho. Tomografía axial computada evidencia tejido de partes blandas mal definidos retroperitoneal periaórtico inferior, peri ramas ilíacas y presacro, impresiona tejido fibrótico, considerar fibrosis retroperitoneal. Se instala en pabellón catéter doble J que determina mejora progresiva de función renal. Se continúa estudio con marcadores inmunológicos C3, C4, Ig A, G, M y E negativos, además ANCA P, ANCA C, ANTI MB, ANTI DNA, ANA, ANTI ENA también negativos. Resonancia magnética muestra "Tejido de partes blandas denso/inflamatorio tipo fibrosis retroperitoneal, hidronefrosis bilateral. Radiología intervencional para descarta biopsia por peso de paciente. Ante imposibilidad de biopsia se asume causa idiopática de fibrosis, aunque no se puede descartar relación a ergotamínicos. **DISCUSIÓN:** La fibrosis retroperitoneal abarca distintas entidades fisiopatológicas que tienen en común el proceso final de generar fibrosis del espacio retroperitoneal. Ocasionan insuficiencia renal obstructiva por afectación ureteral uni o bilateral, potencialmente reversible. Corresponde a un proceso inflamatorio crónico pero inespecífico, con la característica de la distribución peri vascular. La mayoría de los pacientes afectos de fibrosis retroperitoneal tienen una causa idiopática, pero existe un 30% de casos asociados distintos factores, como fármacos (ergotamínicos y betabloqueantes con mayor frecuencia), neoplasias, aneurismas de aorta, colagenopatías y vasculitis. **CONCLUSIÓN:** La fibrosis retroperitoneal idiopática es una entidad foco frecuente, pero que debe ser considerada en el diagnóstico diferencial de toda uropatía obstructiva no explicada, para evitar el posterior daño irreversible en la función renal.

INSUFICIENCIA RENAL AGUDA PRE – RENAL COMO DEBÚT DE HERNIA VESICAL INGUINOESCROTAL A PROPÓSITO DE UN CASO.

Camila Castillo Peña (1), Paula Soto Carrera (1), Nicolás Pinto León (2)
(1) Médico EDF Hospital de Nueva Imperial, (2) Médico EDF Hospital Intercultural de Nueva Imperial

INTRODUCCIÓN: La hernia vesical es una patología infrecuente con una incidencia que oscila entre el 0,5% y el 3%, alcanzando el 10% en pacientes mayores de 50 años. Presenta un predominio en varones con edades comprendidas entre los 50 y 70 años. Se define como a protrusión vesical a través de un orifico herniario. **PRESENTACIÓN DE CASO:** Presentamos el caso de varón de 61 años, quién consulta en servicio de urgencias por cuadro de dolor inguinal, en relación a hernia inguinal izquierda. Sin signos de isquemia de asa al examen físico. Destaca en exámenes laboratorio: Creatinina sérica 15, potasio 6,5 y urea de 355. Se realiza tomografía axial computada que evidencia "Hernia inguinal izquierda complicada con compromiso vesical y acentuada dilatación excretora renal secundaria". Paciente cursando con síndrome urémico por falla renal aguda post renal secundaria a hernia vesical. Se inicia manejo médico con medidas hipokalemiantes y se procede a instalación de sonda Foley que da salida a diuresis abundante. Se logra estabilización a través de manejo médico en hospitalización con progresiva disminución de creatinina hasta 3,79 potasio de 4,9. Hasta la programación de cirugía, producto de herniación vesical paciente presenta infección urinaria a repetición. Finalmente se procede a hernioplastia con fijación de una malla al ligamento de Cooper. La evolución posoperatoria fue satisfactoria. **DISCUSIÓN:** En el desarrollo de la hernia vesical influyen dos factores como son por un lado la presencia de obstrucción del tracto urinario inferior, por ejemplo, crecimiento prostático, que precipita la distensión vesical y el debilitamiento de la pared abdominal como de la pared vesical, deslizando la vejiga a través del orificio inguinal. Los pacientes son asintomáticos en general y se diagnostica como hallazgo incidental en la reparación de una hernia inguinal. Cuando da clínica, el síntoma más es la micción en dos tiempos. **CONCLUSIÓN:** El correcto diagnóstico de este tipo de hernias puede ayudar a la prevención de complicaciones asociadas, como la falla renal persistente, o prevenir complicaciones intraoperatorias.

TROMBOSIS DE LA VENA PORTA, A PROPÒSITO DE UN CASO

Carlos Alfredo Castillo Pimienta (1), José Ignacio Castro Garcés (2)
(1) Médico EDF Hospital de Graneros, (2) Médico EDF Hospital de Pichidegua

INTRODUCCIÓN: La trombosis de la vena porta es una entidad rara, no obstante, es la segunda causa de hipertensión portal en el mundo occidental. La trombosis puede ser diagnosticada al momento de ocurrencia del evento o con un evento agudo anodino y detectarse en fase crónica (cavernomatosis portal). Hasta un 60% de los pacientes no tienen una causa clínica subyacente. Lo más frecuente es que el hallazgo sea en contexto de estudios por otra causa, dado que es común que sea una entidad oligosintomatica, existiendo casos graves. **OBJETIVO:** Reportar caso de trombosis de la vena porta **CASO CLÍNICO:** Paciente varón de 33 años, con antecedentes de Accidente cerebrovascular trombótico a los 17 años. Consulta por cuadro de pirosis y dolor epigástrico urente no invalidante, asociado a alimentación, sin otros signos o síntomas. No presenta signos de daño hepático al examen físico. Se realiza Endoscopía digestiva alta, donde se hallan varices esofágicas y signos sugerentes de gastropatía hipertensiva portal; exámenes de laboratorio hiperbulirrubinemia de predominio indirecto, sin otros exámenes alterados. En la anamnesis se descarta Enfermedad de Gilbert o anemia hemolítica. Scanner de abdomen y pelvis con contraste: hígado con lóbulo hepático derecho disminuido e hipertrofia del lado izquierdo; en Segmento II, nódulo hipervascularizado, homogéneo de 3,5 cms.; múltiples quistes dispersos en ambos lóbulos, sugerentes de enfermedad poli quística del adulto; trombosis de la vena porta intra y extrahepatica, asociado a circulación colateral y transformación cavernomatosa de la vena porta. Resonancia de abdomen y pelvis concordante con estudio previo. Se deriva a especialidad bajo sospecha de síndrome de Budd Chiari, descartado por ecografía; se descarta hepatocarcinoma, patología reumática y autoinmune y trombofilia secundaria. Pendiente estudio de trombofilia primaria. Se inicia seguimiento endoscópico, donde se requiere ligadura de varices en una ocasión. Por equipo de subespecialidad, se mantiene con acenocumarol a permanencia, con buena respuesta clínica actualmente. **DISCUSIÓN:** Dado que constituye una entidad poco frecuente y con una presentación discreta, constituye una enfermedad de difícil diagnóstico. En Chile la causa más frecuente es la cirrosis hepática, y hasta un 44% de estos pacientes presenta hepatocarcinoma, por lo que el hallazgo de trombosis portal en estos pacientes nos obliga a sospechar neoplasia. La presentación del cuadro, sin embargo, se encuadra dentro de lo frecuente, siendo oligosintomatico. El tratamiento es por especialidad y la anticoagulación se mantiene de por vida si hay una coagulopatia concomitante. Los pacientes sin cirrosis suelen tener buen pronóstico del cuadro, manteniendo anticoagulación y seguimiento endoscópico.

ESPASMO CORONARIO, CASO CLÍNICO

Carlos Castillo Pimienta, Marcel Gueren Acuña, Carla Sousa Muñoz,
Médicos EDF Hospital de Graneros

INTRODUCCIÓN: El espasmo coronario es una entidad de prevalencia variable, que a menudo pasa desapercibida; sin embargo, tiene importantes implicancias desde el punto de vista clínico, dado que presenta asociación con isquemia, arritmias y muerte súbita. En contexto de que presenta buena respuesta a tratamiento con calcio-antagonistas y nitratos, esta entidad debe ser considerada. **OBJETIVO:** Reportar caso de Espasmo Coronario **CASO CLÍNICO:** Paciente mujer de 47 años, con antecedentes de asma en tratamiento y trastorno ansioso depresivo. Presenta cuadro de episodios intermitentes de precordalgia, asociada a disnea y sensación de muerte inminente; presenta reiteradas consultas con electrocardiograma (ECG) normal en contexto de crisis de pánico, las que se manejan con benzodiazepinas y controles regulares en salud mental. Consulta en urgencias por episodio similar; en esta oportunidad con Escala Visual Analógica (EVA) 10/10; se realiza ECG, el que pesquisa alteraciones en la repolarización en pared izquierda, que tras re-control ECG, normaliza. Se deriva en dicho contexto a coronariografia. En procedimiento destaca en arteria circunfleja estenosis dinámica tipo espasmo coronario, en segmento proximal, que cede con nitroglicerina intracoronaria. Se contrarrefiere para observación por 24 horas en hospital base y se agrega diltiazem a la terapia. Se da alta dada buena evolución. Sin nuevos episodios posteriores a la fecha.
DISCUSIÓN: El espasmo coronario es una entidad de prevalencia variable (3% – 95%), pudiendo ocurrir sobre arterias enfermas o sanas, aunque es usual que se produzca sobre lesiones escleróticas. Es importante sospechar el cuadro debido a que a pesar de que tiene buen pronóstico al ser tratado, existen complicaciones graves si no se inicia un manejo precoz. La clínica es concordante con el caso presentado, dolor torácico asociado a alteraciones electrocardiográficas, más usualmente depresión que elevación del ST. Suele ser más prevalente en poblaciones asiáticas y se han identificado factores de riesgo como tabaquismo, alcoholismo, consumo de cocaína, antimigrañosos, trastornos metabólicos, signos de inflamación crónica y disfunción del sistema nervioso autónomo. Para el caso particular, no se contaban con mayores hallazgos, salvo el trastorno ansioso cuya clínica pudo verse solapada con el cuadro de vasoespasmo; el estrés agudo emocional o el frío se han asociado como desencadenantes, aunque también son frecuentes los episodios sin asociación con aumento en la demanda de oxígeno miocárdico. El tratamiento, suele ser con calcio-antagonistas y nitratos, aunque en casos refractarios se puede instalar stent, con refractariedad usual en otros puntos del vaso.

ORTODONCIA INTERCEPTIVA BENEFICIOS EN SU IMPLEMENTACIÓN TEMPRANA

Pilar Castillo Ramírez, (1) Roxana San Martín Antilef (2),
(1) Dentista EDF SS Araucanía Sur, en Etapa de Formación UFRO, Especialidad de Ortodoncia y Ortopedia Dento Maxilo Facial. (2) Dentista EDF SS Arica, en Etapa de Formación UFRO Especialidad de Ortodoncia y Ortopedia dento Maxilo Facial

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS: La ortodoncia interceptiva es el nombre técnico que se utiliza para referirse a la ortodoncia para niños. La Asociación Americana de Ortodoncia lo definió como ‘’el tratamiento para prevenir o reducir la severidad de las maloclusiones. Es recomendada para lograr la mayor cantidad de beneficios para el paciente infantil, incluyendo un mejor aprovechamiento del potencial de crecimiento, menor necesidad de extracciones, tratamientos con aparatología fija más acotados con mejores RESULTADOS y más estables a largo plazo. El objetivo del trabajo es hacer referencia a la ortodoncia interceptiva, exponer sus distintos enfoques, usos y beneficios del tratamiento temprano en la población infantil. **MATERIAL Y METODO:** Se realizó una búsqueda bibliográfica en diferentes bases de datos, Scielo, Pub Med, Google Schoolar. En la búsqueda se utilizaron como criterios de inclusión los artículos desde el año 2013 a la fecha, en todos los idiomas. Se excluyeron por nivel de evidencia los reportes de casos. Se utilizaron como Keyword: **Ortodoncia interceptiva,** tratamiento interceptivo, ortodoncia temprana, ortopedia dentofacial, tratamiento ortodóncico en niños. **RESULTADOS Y CONCLUSIONES:** El objetivo de la ortodoncia interceptiva es identificar tempranamente una mal oclusión e interferir en su desarrollo, con el propósito de evitar que se establezca o que lo haga de una forma menos severa. La ortodoncia interceptiva se usa donde ya se estableció una mala posición o hábito, a través de una aparatología ortodóntica adecuada, acertada y oportuna.
Trata principalmente 4 problemas: Hábitos orales: succión digital, chupete, respiración oral, deglución atípica, bruxismo infantil, onicofagia. Mordidas cruzadas: anterior, posterior y en tijeras. Mantención del espacio dentario. Maloclusiones clases III. La orientación en sí, es contribuir al desarrollo de una dentición permanente que sea armoniosa, funcional y estética. **DISCUSIÓN O COMENTARIOS:** Es de gran importancia conocer los beneficios de la ortodoncia interceptiva, muchos pacientes llegan a la edad adulta con una maloclusión ya establecida, muchas veces sin saber que pudo haber sido tratada y posiblemente corregida a una edad temprana. Debido a la multidisciplinariedad de las ciencias de la salud, es que nos parece relevante fomentar el conocimiento de esta área en instancias como estas, para favorecer una derivación oportuna.

RECOMENDACIONES EN EL MANEJO ORTODÓNCICO EN PACIENTES CON ANOMALÍA DE RAÍZ CORTA (SRA)

Pilar Alejandra Castillo Ramírez (1), Roxana Alejandra San Martín Antilef (2)
(1) Dentista EDF SS Araucanía Sur, en Etapa de Formación UFRO, Postgrado De Ortodoncia y Ortopedia Maxilofacial
(2) Dentista EDF SS Arica, en Etapa de Formación UFRO Postgrado De Ortodoncia y Ortopedia Maxilofacial

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS: SRA es una condición dental rara, con componente hereditario, que a menudo se diagnostica erróneamente. El diagnóstico diferencial se realiza con la reabsorción idiopática de la raíz (IRR); ambos son asintomáticos con una predilección por las mujeres. Las claves diagnósticas para diferenciar SRA de la IRR son: dientes asintomáticos, de raíces cortas y redondeadas, proporción corono-radicular 1:1 con ápices cerrados, bilateral y simétrico, asociado a otras alteraciones de desarrollo dentarias e historial familiar, no asociada a reabsorción radicular o causa exógena
EL OBJETIVO de esta revisión bibliográfica es entregar algunas consideraciones para el tratamiento ortodóncico al momento de enfrentarnos a pacientes con esta condición. **MATERIAL Y METODO:** Se realizó una búsqueda bibliográfica en bases de datos mediante metabuscadores como Embase, Scielo, Google Schoolar, y en revistas especializadas de ortodoncia debido a la escasez de artículos (AJODO, Angle Orthodontist, European journal of orthodontics). En la búsqueda se utilizaron como criterios de inclusión los artículos desde el año 2010 a la fecha, en todos los idiomas. Keywords: Short Root Anomaly, apical root resorption and orthodontics. **RESULTADOS Y CONCLUSIONES:** El paso inicial debe ser determinar el diagnóstico correcto a través de un historial completo del paciente y la evidencia disponible. Aunque el tratamiento ortodóncico no está contraindicado, la forma de la raíz y los patrones de estrés ortodóncico sugieren un potencial aumento en la reabsorción radicular en dientes con SRA. Entre las recomendaciones sugeridas se encuentra: Uso de fuerzas livianas a lo largo del tratamiento, intervalos más largos entre activaciones, controles periódicos con radiografías, simplificación del sistema de fuerzas, sopesar adecuadamente los riesgos y beneficios antes de comenzar el tratamiento. **DISCUSIÓN O COMENTARIOS:** Sería conveniente evaluar con cone beam el grado de reabsorción en 3D de los dientes con SRA. El enfoque preventivo, nos hace contemplar siempre en estos casos medidas que ayuden a disminuir las probabilidades de desarrollar reabsorción radicular. Es importante previo al inicio del tratamiento, comunicar al paciente de los riesgos de este.

FRACTURA DE HUESO PATOLOGICO POR ENCONDROMA. A PROPOSITO DE UN CASO.
Carolina Castro Mardones (1), Eduardo Mundaca Stuardo (2), Nicolas Thomann Seiltgens (2)
(1) Médico EDF, CESFAM Curarrehue, (2) Médico EDF, CESFAM Pucón

INTRODUCCIÓN: Los encondromas son tumores cartilaginosos benignos, generalmente aparecen y crecen desde la infancia, surgiendo de restos de cartílago de la placa de crecimiento o condrocitos que proliferan permaneciendo presentes durante la edad adulta. Representan el 3% de los tumores óseos y hasta el 13% de todos los tumores óseos benignos. Suelen ser lesiones solitarias, centrales, metafisiarias de los huesos tubulares, mayor en huesos pequeños de la mano y los pies, seguidos del fémur y el húmero. La edad de hallazgo habitual suele ser entre los 20 a 40 años, sin predilección por el sexo. **PRESENTACIÓN DE CASO**: Paciente de sexo masculino, de 20 años, quien cursa dolor en dedo índice de mano derecha, asociado a déficit motor agudo tras sostener un bolso de mano. Al examen físico con deformidad a nivel de segunda falange de dedo índice. En la radiografía, se observa lesión osteolítica en zona central hueso fracturado. Tras lo cual se inmoviliza dedo y se deriva a traumatología para su manejo. Se lleva a cabo tratamiento quirúrgico por equipo de traumatología, con extracción tumoral, toma de biopsia, injerto óseo de olecranon y osteosíntesis con agujas. Resultado de la biopsia: alteraciones morfológicas compatibles con encondroma. Paciente ha evolucionó satisfactoriamente. **DISCUSIÓN:** El encondroma es una lesión asintomática, y suele ser un hallazgo incidental, el cual, si no se trata, puede transformarse en tumores óseos malignos como los condrosarcomas. En cuanto al diagnóstico los hallazgos típicos en la radiología simple son la presencia de un patrón lítico, lesión bien delimitada, polilobulada, con matriz condroide calcificada, que puede producir adelgazamiento de la cortical, pareciendo esta última estar relacionada con la fractura patológica. La detección y el tratamiento precoz, en la mayoría de los casos con legrado de lesiones e injerto óseo, se vuelven fundamentales para un buen pronóstico. El tratamiento quirúrgico temprano en una etapa para la fractura patológica de la mano con encondroma es un MÉTODO muy útil con RESULTADOS satisfactorios que podría acortar el período de tratamiento.

TORMENTA TIROIDEA EN MUJER JOVEN SIN ANTECEDENTES MORBIDOS. MANEJO INICIAL EN CENTRO DE MEDIANA COMPLEJIDAD. A PROPOSITO DE UN CASO
Constanza Castro Navarrete (1), Macarena Rojas Navarrete (2), Pamela Vidal Valdebenito (1) Ivonne Peña Álvarez (1)
(1) Médico EDF Hospital San José de Maipo, (2) Médico EDF, PSR Pumananque
INTRODUCCIÓN: La tormenta tiroidea es una complicación muy rara dentro del hipertiroidismo, con una alta morbimortalidad si no hay tratamiento oportuno. Presenta una tasa de incidencia del 1% y una proporción de 3:1 en mujeres.
CASO CLÍNICO: Paciente femenina de 21 años sin antecedentes relevantes consulta al Servicio de Urgencias del CHSJM por episodio de sincope precedido de palpitaciones, precordalgia y diaforesis. Niega consumo de sustancias. Ingresa en regulares condiciones, vigil, desorientada, verborreica, diaforética, normotensa, afebril, taquicárdica hasta 167 lpm sin signos de hipoperfusión, polipneica sin uso de musculatura accesoria ni desaturación, metabólicamente estable. Al examen físico destaca exoftalmos, temblor fino generalizado y tiroides palpable sin nódulos. Se realiza ECG evidenciando taquicardia regular de QRS angosto. Laboratorio: leucocitosis con desviación a izquierda, hipokalemia 2.88, GSV con acidosis respiratoria, CK Total 1057, biomarcadores cardiacos normales. Pruebas tiroideas no disponibles. Se realiza manejo de taquiarritmia de QRS estrecho según guía clínica de ACLS con parcial respuesta. Dada sospecha clínica de patología metabólica se deriva a hospital terciario para continuar manejo. Allí las pruebas tiroideas informan TSH 0.0038, T4L 4.26, T3 201. Eco cervical muestra bocio con aumento de trama vascular. Confirman Tormenta Tiroidea Burch 50. Deciden inicio de betabloqueo, corticoterapia y potasio oral con buena respuesta. Posteriormente Endocrinología inicia Thyrosol, mantiene propanolol y corticoterapia por 72 hrs. Es dada de alta en buenas condiciones generales con control ambulatorio por Endocrinología. **DISCUSION** El diagnóstico de tormenta tiroidea (TT) es clínico, no existiendo criterios universalmente aceptados. La escala de Burch y Wartofsky mide probabilidad con puntuación según parámetros clínicos, ya que los niveles séricos de hormonas tiroideas no distinguen entre un hipertiroidismo severo y la TT. Un puntaje ≥45 es altamente sugestivo de TT, entre 25 y 44 apoya el diagnóstico y <25 lo hace improbable.

CETOACIDOSIS DIABETICA SECUNDARIA A INFECCION DE FOCO CUTÁNEO EN OBESA MÓRBIDA. A PROPOSITO DE UN CASO
Constanza Castro Navarrete, Diego Valencia Pino, Ivonne Peña Álvarez,
(1) Médico EDF Hospital San José de Maipo

INTRODUCCION: La cetoacidosis diabética es una complicación aguda y potencialmente mortal de la diabetes mellitus. Su prevalencia es mayor en los extremos de la población diabética y conlleva un mayor riesgo de morbilidad y mortalidad.
CASO CLÍNICO: Paciente femenina de 22 años con antecedentes de obesidad DM2 no IR en tratamiento, e hipertensión; es llevada a servicio de urgencias de hospital san José de Maipo por compromiso de conciencia. Ingresa a reanimador en regulares condiciones, GCS 11 puntos, bien perfundida, hipotensa, taquicárdica con respiración de Kussmaul, HGT de 510, afebril. Se realiza rehidratación y manejo con insulina cristalina. Dentro de examen físico destaca induración en cara interna de muslo derecho sin secreción y vaginosis con secreción grisácea abundante. Al interrogatorio familiares refieren que durante la noche consume alcohol, no especifican cantidad, también que el día anterior presentó compromiso leve de estado general y que estaba en tratamiento por vaginosis. Se sospecha cetoacidosis diabética y se decide derivar a CASR para continuar manejo. Ingresa a reanimador en shock y se decide intubar. Dentro de exámenes de laboratorio destaca acidosis metabolica severa (pH 6.7) y HGT high. Se realiza PAN/TAC donde se aprecia colección anteromedial de muslo izquierdo compatible con absceso, manejado drenaje quirúrgico sumado a cobertura antibiótica con vancomicina/tazonam. Paciente evoluciona favorablemente logrando posteriormente su extubación y finalmente alta manteniendo su tratamiento de base. **DISCUSIÓN:** La cetoacidosis diabética es una complicación metabólica grave de la Diabetes, fundamentalmente de la insulinodependiente o tipo I, pero también puede desarrollarse en pacientes con DM2 ante condiciones de estrés severo, como sepsis o trauma, pancreatitis, tratamiento con esteroides y en casos de ayuno prolongado. También se observa ante falta de tratamiento insulínico.

EXOSTOSIS SUBUNGUEAL, REPORTE DE UN CASO

Daniela Castro Guzmán (1), Fernanda Blaskovic Cañas (1), Karen Hernández González (2)
(1) Médico EDF, Hospital de Achao, (2) Médico EDF CESFAM Dalcahue

INTRODUCCIÓN: La exostosis es un crecimiento anómalo de hueso, que al rodearse de cartílago se denomina osteocondroma. La exostosis subungueal, tumor benigno poco frecuente en la infancia, se localiza principalmente en la falange distal del primer dedo del pie. El tratamiento de elección es la resección quirúrgica. **CASO CLÍNICO**: Niño de 12 años acude a consulta por presentar aumento de volumen progresivo de partes blandas de primer dedo de pie derecho de 5 meses de evolución. Se asocia a dolor, eritema, salida de material purulento subungueal y desprendimiento parcial de la uña. Sin traumatismos asociados. Se presenta a dermatología, se diagnostica granuloma con indicación de granulectomia con onisectomía parcial. Previo a procedimiento se toma radiografía simple de pie donde se evidencia una proyección ósea en zona interna de falange distal del primer dedo, con continuación de la cortical. Se deriva a traumatología donde se diagnostica exostosis subungueal. En espera de resolución quirúrgica. **DISCUSIÓN**: La exostosis subungueal es de etiología indeterminada, pero se ha asociado a traumatismos hasta en un 30% de los casos. Es un tumor óseo benigno, no frecuente, que tiene mayor incidencia en adolescentes y adultos jóvenes. Su presentación suele ser una lesión de larga evolución con dolor, eritema y deformidad del lecho ungueal, pudiendo coexistir con lesiones tipo granuloma por lo cual es importante la sospecha diagnostica para su correcta identificación y así evitar intervenciones que no correspondan. La radiografía simple es fundamental para diagnóstico, accesible en gran parte de la atención primaria. El manejo definitivo es la exéresis del tumor que en ocasiones puede recidivar.

PRESENTACIÓN DE SÍNDROME VENA CAVA SUPERIOR (SVCS) ASOCIADO A CATÉTER PERCUTÁNEO

Daniela Castro Guzmán (1), Fernanda Blaskovic Cañas (1), Alex Ramos Cifuentes (2)
(1) Médico EDF, Hospital de Achao, (2) Médico EDF CESFAM Dalcahue

INTRODUCCIÓN: El SVCS es una entidad infrecuente, donde ocurre compresión, obstrucción parcial o completa de la vena cava superior o sus afluentes. Actualmente la mayoría de estos cuadros se asocian a dispositivos intravasculares y tumores intratorácicos. **CASO CLÍNICO**: Usuaria de 32 años, con antecedente de polimiositis refractaria, con uso de pulsos mensuales de inmunoglobulina a través de catéter percutáneo localizado en subclavia izquierda. Consulta en servicio de urgencias por cuadro que inicia de manera espontánea, de 24 horas de evolución, caracterizado por dolor y edema en zona cervical derecha, cara y labios, asociado a disfagia y leve disnea. Inicialmente se administra corticoide endovenoso y antihistamínico, sin regresión de cuadro. Se realiza agio-TAC de cuello y tórax donde se evidencia trombosis en vena yugular interna y vena subclavia derecha con compromiso de tronco venoso braquiocefálico derecho con extensión hasta la confluencia con tronco venoso braquicefalico izquierdo. Catéter en subclavia izquierda con extremo distal en relación a segmento distal del trombo venoso. Se inicia anticoagulación oral, con mejoría de cuadro. Dado permeabilidad de catéter, se mantiene in situ. Actualmente mantiene anticoagulación y pulsos de inmunoglobulina de manera habitual. **DISCUSIÓN**: El SVCS tiene una presentación variable: edema en cara, cuello, brazos, disnea, tos, disfagia, entre otros. Por síntomas poco específicos, requiere alta sospecha diagnostica. Historicamente la principal causa han sido tumores intratoracicos malignos, pero en los últimos años han aumentado causas benignas como trombosis asociadas a dispositivos intravasculares, como el caso descrito. Respecto a catéteres instalados en subclavias, se ha estimado un riesgo de trombosis de 8%, bajo en comparación a otros. El manejo para el SVCS consiste en aliviar síntomas, identificar la causa y su extensión. Prima el diagnóstico oportuno para prevenir complicaciones como embolia pulmonar o incluso la muerte.

LESIÓN LIQUENOIDE EN LA PRÁCTICA ODONTOLÓGICA DE ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD (APS). REPORTE DE CASO CLÍNICO

Luis Castro Herrera (1), Nayib Hussein Rojas (2), Rodrigo Díaz Saldias (3)
(1) Cirujano Dentista EDF, Cesfam Paredones (2) Cirujano Dentista EDF, Cesfam Dr Francisco Boris Soler, Melipilla
(3) Cirujano Dentista EDF, Cesfam Lautaro Caro Rios, Paillaco

INTRODUCCIÓN: En la nueva actualización de la Organización Mundial de la Salud, publicada el 2017, se indica que la lesión liquenoide (LL) corresponde a un desorden potencialmente maligno. Considerando que frecuentemente esta patología cursa sin sintomatología, es vital resaltar la importancia del examen completo de mucosa oral con enfoque preventivo.
REPORTE DE CASO: Paciente género masculino, 35 años, acude a control a Posta de Salud Rural debido a una lesión ulcerativa en borde lateral izquierdo de lengua de 1 semana; de unos 5 mm de longitud, bien delimitada, de coloración blanquecina, aspecto estriado y fondo rojo, asociada a borde filoso de restauración fracturada en relación a molar mandibular y dolorosa a la palpación. Además, se observan placas bilaterales asociadas a mucosa yugal, de 2 mm aproximadamente, blanquecinas y de apariencia estriada, y que no presentan sintomatología. También se aprecia que tres de estas lesiones se encontraban en relación a obturaciones de amalgama en molares. El usuario relata preocupación al sospechar la posibilidad de cáncer oral. Se realiza recambio de obturaciones de amalgama en tres dientes por obturaciones de resina compuesta, se educa al paciente sobre factores de riesgo y se cita a controles semanales para evaluar remisión de lesiones. En el tercer control se observa la remisión completa. **DISCUSIÓN**: La evidencia indica que las LL son reacciones de hipersensibilidad de tipo IV, reversibles al eliminar el estímulo alérgeno. Es importante en estos casos diferenciar elementos traumáticos asociados a este tipo de lesiones y conocer tanto semiología como presentación de esta patología. Debido al concepto de cancerización de campo es importante que aquellos usuarios que expresen estos desórdenes sean controlados de manera estricta y de por vida. **CONCLUSIONES**: Es sustancial para el odontólogo de APS manejar los conocimientos y reconocer los desórdenes potencialmente malignos con sus respectivos diagnósticos diferenciales, ya que la primera atención dentro del sistema público puede solucionar o encaminar el motivo de consulta del usuario.

PREVALENCIA DE CONSULTAS DE URGENCIA ODONTOLÓGICAS GES DURANTE LA PANDEMIA POR COVID-19

Luis Castro Herrera (1), Nayib Hussein Rojas (2), Claudia Arias Abarca (3)
(1) Cirujano Dentista EDF Cesfam Paredones, (2) Cirujano Dentista EDF, Cesfam Dr. Francisco Boris Soler, Melipilla
(3) Cirujano Dentista Universidad de Chile

INTRODUCCIÓN: El Ministerio de Salud (Minsal) define las Urgencias Odontológicas como un conjunto de patologías bucomaxilofaciales de aparición súbita, de etiología múltiple, que se manifiestan principalmente por dolor agudo y que provocan una demanda espontánea de atención, siendo estas incluidas en las Garantías Explicitas en Salud (GES). Durante el año 2020, la pandemia mundial por COVID-19 provocó que las atenciones odontológicas disminuyeran, esto fundamentado por la poca información e incertidumbre en la comunidad científica en relación con la enfermedad; llegando incluso a atenderse sólo urgencias odontológicas en los servicios de atención primaria. **OBJETIVO**: Caracterizar las consultas odontológicas realizadas durante la pandemia por COVID-19; identificando la cantidad de consultas de urgencia GES como las de no urgencia odontológica. **MATERIAL Y METODO**: Se realizó un registro estadístico a través de la hoja diaria de atención y el consolidado del Registro Estadístico Mensual (REM) presente en el Cesfam Paredones durante los meses de marzo a diciembre del 2020, registrando el total de consultas atendidas e identificando cuales correspondían a atenciones de urgencia odontológica GES y cuales correspondían a atenciones de morbilidades y controles. **RESULTADOS**: Del total de atenciones realizadas durante el periodo de marzo a diciembre del 2020 (n=1454), se registraron 368 prestaciones de urgencias odontológicas GES, lo que corresponde a un 25% de las atenciones totales. Las restantes atenciones equivalen al 75% de las consultas odontológicas y corresponden a prestaciones consideradas no urgencias. Finalmente, del total de prestaciones realizadas, un 21% corresponden a controles y un 54% a consultas por morbilidades que los usuarios solicitaron estimando que su problemática era urgente. **DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES**: Del total de atenciones realizadas en nuestro Cesfam, la mayoría corresponde a atenciones no urgencias según criterio del Minsal, pero que, por otro lado, para los usuarios si constituían urgencia. Es importante destacar que, ante estas situaciones, la educación a la población es fundamental y necesaria para que logren discriminar efectivamente entre una urgencia real y una consulta ambulatoria odontológica. Asimismo, podría considerarse el discutir abarcar más prestaciones GES odontológicas, como por ejemplo problemas estéticos u otras situaciones que sí constituyen un problema inaplazable para el usuario.

DEMORA EN INICIO DE INSULINOTERAPIA EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 DEL CECOSF SELVA OSCURA, VICTORIA

Alejandra Catalán Contreras (1), Cristobal Cofré Figueroa (1), Eduardo Bravo Lazaneo (2), Camila Riffo Gutierrez (1)
(1) Médico EDF, CESFAM Victoria, (2) Médico EDF, CESFAM Lago Ranco

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS: Según la literatura internacional, existe un retraso generalizado al iniciar el tratamiento con insulina en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2), el cual va desde los 1.5 a 3 años. La guía de práctica clínica del Ministerio de Salud (MINSAL) 2016-2017 establece iniciar insulina en caso de debut inestable, cuando durante la evolución de la enfermedad existe inestabilidad (paciente sintomático y HbA1c >9% o glicemia >300 mg/dl) o si en los últimos 6 meses no se cumple la meta individualizada. El nivel de HbA1c antes mencionado difiere de la recomendación de la Asociación Americana de Diabetes, estableciendo una HbA1c >10% como punto de corte. El objetivo principal de este trabajo es establecer el tiempo de demora en el inicio de insulinoterapia de pacientes con diabetes mellitus tipo 2 con insulina NPH en el CECOSF Selva Oscura de la comuna de Victoria, Región de la Araucanía; se describirán sus características epidemiológicas y el valor de HbA1c con el cual se inicia el tratamiento. De manera secundaria, se buscará el porcentaje de pacientes con DM2 que cumplen criterios para iniciar insulina pero que aún no comienzan el tratamiento y su causa principal. **MATERIAL Y METODO**: Se realizó un análisis descriptivo retrospectivo de las fichas clínicas electrónicas de los pacientes con diagnóstico de DM2 del CECOSF Selva Oscura hasta el año 2020. Se calculó el tiempo desde que presentaron una HbA1c >9% de forma mantenida por al menos 6 meses o asociado a sintomatología de inestabilidad, hasta la primera indicación de insulina NPH. Además, se registró el valor de HbA1c al inicio de la insulinoterapia. También se calculó el porcentaje de pacientes con DM2 con HbA1c >9% por más de 6 meses que no reciben tratamiento con insulina. Se excluyeron casos sin registro de inicio de insulina, quienes comenzaron antes del registro clínico electrónico y pacientes en control a nivel secundario. Los datos fueron analizados desde una planilla Microsoft Excel 365 mediante estadística descriptiva. **RESULTADOS Y CONCLUSIONES**: Se estudió una población de 58 pacientes con diagnóstico de DM2, 32 de los cuales actualmente están en tratamiento con insulina (55,1%). Se incluyeron en el estudio a 13 pacientes en tratamiento con insulina NPH, 11 mujeres (84,6%) y edad promedio de 61,9 años; con un retraso en el inicio de la terapia de 11,6 meses y una HbA1c promedio de 12,8%. Hubo 4 pacientes que iniciaron inmediatamente insulina NPH por presentar síntomas de inestabilidad asociado a HbA1c >9%. Secundariamente, se identificaron 9 pacientes, 8 mujeres (88,8%) y edad promedio de 60,2 años, con HbA1c >9% por más de 6 meses sin tratamiento con insulina NPH, representando al 15,5% de la población con DM2. De los mencionados anteriormente, 8 pacientes están en tratamiento con hipoglicemiantes orales en dosis máximas disponibles, que tienen mala adherencia a tratamiento y/o régimen y tienen pendiente control médico; 1 paciente rechaza el inicio de insulinoterapia hace 4 años. Existe un retraso en el inicio de insulinoterapia pero que es menor al reportado por la literatura. Sin embargo, esto implica que se inicia el tratamiento con un nivel de HbA1c más alto al recomendado por la guía del MINSAL. Además, existe un porcentaje no menor de pacientes que aún no inician el tratamiento con insulina a pesar de cumplir los criterios. **DISCUSIÓN O COMENTARIOS**: Existe una secuencia habitual en el tratamiento de la DM2 que lleva a la insulinización progresiva en fases más avanzadas de la enfermedad. Un porcentaje considerable de estos pacientes inician la insulinoterapia con niveles de HbA1c más altos de los recomendados, siendo la principal causa el retraso en el inicio de ésta. El determinar las condiciones en que un paciente con DM2 debe iniciar la insulinoterapia, el cómo y cuándo, sigue siendo un desafío para el médico de atención primaria hoy en día. Esta decisión debe tomarse en conjunto, debe individualizarse en base a condiciones preexistentes y al contexto del paciente.

LEUCEMIA MIELOIDE AGUDA CON FATIGA COMO SINTOMA CARDINAL EN PACIENTE ADULTO MAYOR. REPORTE DE UN CASO

Gabriela Catalán Parra (1), Alfredo Geraldo Von Bennewitz (1), Belén Fariña Navia (2), Maria Fernanda Pittet Parma (3)
(1) Médico Cirujano EDF, Centro de Salud Familiar Hualpencillo, (2) Médica Cirujana EDF, Centro de Salud familiar Talcahuano Sur, (3) Médica Cirujana EDF, Centro de Salud familiar San Pedro de Atacama

INTRODUCCION: La leucemia mieloide aguda (LMA) es una neoplasia originada por la proliferación clonal desregulada de células inmaduras que han perdido la capacidad de diferenciarse normalmente, por consiguiente, se produce una acumulación de blastos leucémicos con reducción en la producción de glóbulos rojos normales, plaquetas y granulocitos. Es una enfermedad poco frecuente, se estima que se presenta en 4 de cada 100.000 habitantes, tasa que aumenta en adultos mayores (AM). Los principales síntomas son fatiga, palidez, astenia, infecciones, hemorragias, dolor abdominal, signos peritoneales y aquellos producidos por la leucoestasis. **CASO CLÍNICO**: Paciente femenina de 88 años con antecedentes de hipertensión arterial consulta por fatiga de tres semanas de evolución, luego se agrega tos seca y se realiza PCR SARSCoV2 que resulta negativa. Posteriormente, acude a urgencia por mayor compromiso del estado general y dolor abdominal. Al examen físico se observa en malas condiciones generales, pálida, subfebril 37.5ºC, quejumbrosa, cardiopulmonar normal, destaca dolor a la palpación abdominal y blumberg positivo. Exámenes de laboratorio evidencian hemograma con hemoglobina 5.1, plaquetas 16.000, leucocitos 187.200 82% blastos con bastones de auer++. Se indica traslado de urgencia a Hospital las Higueras, familia rechaza traslado y paciente fallece al día siguiente. **DISCUSIÓN**: La LMA corresponde al 80% de las leucemias en el AM, tiene múltiples manifestaciones clínicas por lo que debe tenerse presente como diagnóstico diferencial en todo AM con cuadro clínico compatible, más si es de inicio agudo. El pronóstico de la LMA depende de muchos factores, entre ellos de un diagnóstico oportuno.

EFECTO ADVERSO CUTÁNEO A LA MORFINA, A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO

Constanza Cavieres Véliz, Martín Guzmán Asenjo,
Médicos EDF, Cesfam Presidente Salvador Allende, Quilicura

INTRODUCCION: El abordaje del dolor crónico resulta prioritario por su elevada prevalencia y repercusión en la calidad de vida de los pacientes. La disponibilidad de opioides y el acceso a ellos es fundamental para el dolor moderado a severo, tanto oncológico como no oncológico. En la última década se evidenció un aumento al uso de opioides y con esto se ha acompañado un incremento en los efectos adversos. Los opiáceos que más notificaciones de sospechas de RAM que han sido notificadas en Chile, corresponde a tramadol, morfina, fentanilo y buprenorfina. Dentro de los efectos adversos de morfina más frecuentes corresponde a trastornos neurológicos (27,5%), cutáneo (21.2%) y gastrointestinales (18.3%). **CASO CLÍNICO:** Paciente de 59 años, con antecedente de cáncer renal con metástasis visceral en cuidados paliativos con morfina y prednisona. Acude al servicio de urgencias por cuadro de una semana de evolución, caracterizado por prurito y eritema en la parte superior de brazos, tórax anterior asociado a calor local. Se inicia tratamiento antibiótico con cloxacilina oral. Sin embargo, lesiones se extienden hacia cuello, abdomen, genitales y muslos haciéndose confluentes, descamativas, eritematosas, muy pruriginosas y con signos locales de inflamación motivo por el cual consulta. Ingresa hipotensa, subfebril, con parámetros inflamatorios elevados y algunas lesiones sobre infectadas con secreción purulenta, se toma cultivo de secreción de lesiones en donde se aísla Echerichia coli Blee positiva. Completa tratamiento con imipenem, dexametasona y clorfenamina endovenoso.
CONCLUSIONES: Tratamiento actual presenta buena respuesta y sintomatología. En cuanto a la analgesia se controla con pregabalina y paracetamol. Se disminuye dosis de corticoides endovenoso y se inicia crema con corticoide logrando remisión de lesiones. Egresa con corticoides oral. Al interrogatorio dirigido refiere RAM gastrointestinal de tramadol y codeína hace dos años. **DISCUSION**: Los efectos adversos a los opioides están ampliamente reconocidos y pueden limitar su utilidad del tratamiento. En relación con lo descrito en la literatura, las reacciones adversas más frecuentes notificadas de morfina corresponden a trastornos neurológicos y cutáneos siendo este último no tan reconocido por el profesional de salud. Por lo que es significativo el conocimiento de las características de cada analgésico opioide, así como de su riesgo cuando es necesario escoger una alternativa frente al dolor crónico.

MUCOPOLISACARIDOSIS TIPO II: IMPORTANCIA DEL TRATAMIENTO DE REEMPLAZO ENZIMÁTICO EN LA PROGRESIÓN DE LA ENFERMEDAD

Constanza Cavieres Véliz,
Médico EDF Cesfam Presidente Salvador Allende, Quilicura

INTRODUCCION: La Mucopolisacaridosis son un grupo de errores innatos del metabolismo que se caracterizan por ser condiciones poco frecuentes, multisistémicas y de carácter progresivo. En la mucopolisacaridosis tipo II se acumulan cantidades perjudiciales de glucosaminoglucanos (GAGs) dermatán y heparán sulfato en la matriz extracelular del tejido conectivo. Esta acumulación es progresiva, por lo que con el tiempo los síntomas se evidencian con mayor severidad. La incidencia de la enfermedad se calcula actualmente en 1 por 132.000 nacidos vivos varones aproximadamente, según el reporte de algunos estudios europeos. Dentro de las manifestaciones clínicas más frecuentes de este subtipo incluyen: Obstrucción severa de la vía aérea, deformidades esqueléticas, cardiomiopatía y en la mayoría de las personas, deterioro neurológico de severidad variable. **CASO CLÍNICO:** Paciente varón de 11 años, diagnosticado hace 6 años de mucopolisacaridosis tipo II. En 2015 inicia tratamiento enzimático con Idursulfasa, una vez a la semana por vía endovenosa. Desde el punto de vista respiratorio no ha presentado descompensaciones. Está con tratamiento con inhaladores y corticoides nasales. En cuanto a la esfera neurológica se ha mantenido estable, sin embargo, en el último año ha presentado un retroceso del desarrollo psicomotor. Actualmente no logra bipedestación por largos periodos de tiempo, mantiene control axial, no sigue órdenes ni contesta. No presenta déficit visual ni auditivo y logra dormir bien. Finalmente, en la parte nutricional se encuentra alimentándose con alimentos semi sólidos y papillas por vía oral. No ha presentado a la fecha problemas en la deglución. Dentro del seguimiento se encuentra en controles con pediatra, broncopulmonar y neurólogo. **CONCLUSIONES:** El tratamiento de reemplazo enzimático en la mucopolisacaridosis tipo II está dirigido en disminuir la progresión de la enfermedad y mejorar la calidad de vida. Es importante que el seguimiento del tratamiento con idursulfasa requiera de evaluaciones por parte de un equipo multidisciplinario con la finalidad de evaluar la evolución clínica, especialmente para pesquisar la magnitud del daño neurológico y afección cognitiva. **DISCUSION**: Las mucopolisacaridosis son un amplio grupo de patologías infrecuentes, pero con impacto en la calidad de vida para el paciente y la familia. El inicio temprano del tratamiento enzimático sumado al manejo transdisciplinario mejora la calidad de vida y el pronóstico.

MENINGITIS BACTERIANA AGUDA POSTERIOR A SINUSITIS

Eduardo Cea Navarro (1), Andrés Bardavid Orellana (2), Paola Cea Navarro (3), Ignacio Lira Miranda (4)
(1) Médico EDF Hospital Curacaví, (2) Médico EDF Cesfam Cobquecura, (3) Médico EDF CESFAM Luis Montecinos, (4) Médico EDF Cesfam Teresa Baldecchi

RESUMEN: La Sinusitis aguda es una infección respiratoria frecuente, siendo sus complicaciones graves debido a la importancia de las estructuras anatómicas que rodean los senos paranasales. En la era preantibiótica 1 de cada 5 pacientes sufría algún tipo de complicación, la cual a su vez ocasionaba una alta morbimortalidad (17-20%) en forma de meningitis o secuelas visuales permanentes. Hoy en día, estas complicaciones son poco frecuentes no superando el 5%. La meningitis bacteriana aguda es una enfermedad infecciosa considerada como urgencia médica. Pese a los avances en el diagnóstico precoz y tratamiento, se reporta una mortalidad de 37% y secuelas neurológicas secundarias hasta en un 52% de los casos en adultos. **MATERIAL Y METODO:** Presentamos el caso de un paciente de 29 años sin comorbilidades que consultó en el Servicio de Urgencias por un cuadro de 7 días de evolución caracterizado por síntomas respiratorio altos compatibles con sinusitis aguda bacteriana, se decidió tratamiento antibiótico con amoxicilina/ácido clavulánico; reconsultó a los dos días por mala tolerancia oral, se administró una dosis de cefalosporinas de tercera generación endovenosa y se decidió el alta con tratamiento ambulatorio con fluoroquinolonas (Levofloxacino). Por persistir con fiebre, a lo cual se le agrega cefalea intensa e inestabilidad a la marcha, consulta nuevamente en el servicio de Urgencias aproximadamente a las 24 horas. Ingresa en malas condiciones generales, febril, quejumbroso; destacando al examen físico GCS 14 que progresa a 13 y signos meníngeos positivos. Se inició tratamiento empírico con ceftriaxona en dosis meníngeas, ampicilina, Aciclovir y corticoterapia sistémica; se realizó una tomografía de cráneo sin contraste (imágenes adjuntas) en la que se evidenciaron cambios inflamatorios mucosos de aspecto agudo del seno frontal y esfenoidal sin otros hallazgos patológicos y se completó el manejo con punción lumbar y estudio de líquido cefalorraquídeo que arrojó como resultado un citológico con recuento de leucocitos 1848 x mm3, PMN 93% y mononucleares 7%, al gram cocáceas gram positivas y un filmarray + para S. pneumoniae. **RESULTADOS**: En el presente trabajo, discutimos el diagnóstico, presentación, tratamiento y las complicaciones asociadas a esta patología.

CÁNCER GÁSTRICO PERFORADO EN URGENCIAS

Eduardo Cea Navarro (1), Andrés Bardavid Orellana (2), Paola Cea Navarro (3), Ignacio Lira Miranda (4)
(1) Médico EDF Hospital Curacaví, (2) Médico EDF Cesfam Cobquecura, (3) Médico EDF CESFAM Luis Montecinos, (4) Médico EDF Cesfam Teresa Baldecchi

INTRODUCCIÓN: La presentación de un cuadro agudo perforativo es una de las presentaciones poco frecuentes del cáncer gástrico, siendo su incidencia estimada entre un 0.5 – 3.9% de todos los carcinomas gástricos. Dada la importancia y la alta incidencia de cáncer gástrico en Chile, se decide documentar en profundidad el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de esta patología a propósito de un caso atendido en el Servicio de Urgencias. **MATERIAL Y METODO:** Se recopila información en ficha clínica de Servicio de Urgencias de HOSCAR que consta de anamnesis, examen físico, evaluación por especialista, exámenes de laboratorio, servicio de imagenología y protocolo operatorio con imágenes audiovisuales de la cirugía. Esto se compila con consentimiento de la jefatura del Servicio de Urgencias del Hospital y de la paciente involucrada. **RESULTADOS Y CONCLUSIONES**: Paciente de 67 años con antecedentes de enfermedad de Parkinson, hipotiroidismo, hipertensión arterial; ingresa al Servicio de Urgencias por dolor abdominal de aparición insidiosa tipo continuo, intensidad severa, localizado en epigastrio, con irradiación al resto del abdomen, de dos horas de evolución que se acompañó de síntomas neurovegetativos; niega otros síntomas acompañantes. Familiares afirman que episodio fue gatillado posterior a maniobra de Hemlich realizada en domicilio. Al examen físico, paciente hemodinamicamente estable, vigíl, desorientada, sin focalidad neurológica, buena mecánica respiratoria. Abdomen plano, poco depresible, doloroso espontáneamente y a la palpación superficial y profunda de forma generalizada, presentó defensa muscular y reacción peritoneal, RHA disminuidos. Resto del examen sin particularidades. Al examen de laboratorio destaca hb13.2, hcto 40.1, función renal (crea 1.16 – BUN 25, leucocitos 10.800, p. Coagulación (protrombina 89% - INR 1.08). TAC de abdomen y pelvis sin contraste (se adjuntan imágenes) evidenció lesión gástrica en cuerpo de curvatura menor gástrica, líquido libre perigástrico y abundante neumoperitoneo. Se solicita valoración por cirugía quién decide conducta quirúrgica. Se realiza gastrectomía subtotal con gastroenteroanastomosis por vía laparoscópica (video adjunto). Posteriormente paciente permanece hospitalizada con evolución favorable, se decide alta hospitalaria para posterior seguimiento con Oncología.

COLOSTOMÍA EN ASA EN GANGRENA DE FOURNIER. A PROPÓSITO DE UN CASO.

Alejandro Cerda García (1), Javiera Pizarro Olave (2), Germán Möller Alcaíno (3)
(1) Médico EDFHospital de Pichilemu (2), Médica EDF CESFAM Panguipulli, (3) Médico EDF CESFAM Coñaripe

INTRODUCCIÓN: La Gangrena de Fournier (GF) es una enfermedad infecciosa polimicrobiana rara, potencialmente fatal que consiste en una fascitis necrotizante de la zona perineal, anal y/o genital. La incidencia varía desde 0,3 hasta 15 casos por cada 100.000 habitantes y afecta principalmente a hombres frente a mujeres en una relación 10:1. **PRESENTACIÓN DEL CASO:** Hombre de 51 años con antecedentes de Hipertensión Arterial, dislipidemia y patología hemorroidal. En su tercera consulta a SU de nuestro centro refiere aumento de volumen eritematoso, doloroso y fluctuante de zona perianal con secreción purulenta fétida asociado a fiebre. Previamente se indica manejo sintomático por hemorroides y luego antiobioterapia vo por absceso perianal no complicado. Dentro de los exámenes de laboratorio destaca leucocitos en 23.400 y proteína C reactiva 263, no se realiza imagen radiológica. Se deriva a Hospital de referencia con sospecha de GF. Se realiza debridamiento quirúrgico y colostomía de colon sigmoides, además de antibióticos ev y curaciones avanzadas. Evoluciona favorablemente, tras alta se controla en 3 meses para evaluación restitución intestinal. **DISCUSIÓN:** El manejo de la GF consiste principalmente en aseos quirúrgicos, curaciones avanzadas, antibioterapia de amplio espectro y eventualmente derivación quirúrgica mediante colostomía funcional, en aquellos casos donde se comprometa cavidad intestinal para evitar contaminación local y generalmente no se realiza en primera instancia.

VALORACIÓN DEL PATRÓN ELECTROCARDIOGRÁFICO MCGINN-WHITE S1Q3T3 EN TEP. A PROPÓSITO DE UN CASO.

Alejandro Cerda García (1), Rodrigo Martínez Hernández (1), Joaquín Díaz Legarreta (2)
(1) Médico EDF Hospital de Pichilemu, (2) Médico EDF CESFAM Paredones

INTRODUCCIÓN: Dado el contexto actual de pandemia por coronavirus SARS CoV 2, dentro de las complicaciones de la infección por COVID-19 se encuentra la coagulación intravascular diseminada (CID) y eventos tromboembólicos, destacando el tromboembolismo pulmonar (TEP) por lo cual dentro del manejo se indica tromboprofilaxis. **CASO CLÍNICO:** Paciente de 58 años, femenina, obesa sin otros antecedentes médicos con diagnóstico reciente COVID (+) dada de alta hace 14 días, sin requerir hospitalización. Tras 12 días desde el alta consulta a Urgencias debido a compromiso del estado general, mialgias, artralgias, tos, odinofagia y fiebre. Al EF yugulares planas, faringe sana, tórax simétrico sin retracciones, MP (+) SRA, RR2TSS, neurológico sin focalidad. Laboratorio: leucocitos 8.100, LDH 262, PCR 250, DD 2.01, troponinas 0.006. ECG: taquicardia sinusal, BCRD, sin signos de isquemia, impresiona patrón S1Q3T3. Rx Tx: escaso infiltrado intersticial a derecha, banda atelectásica LM, ángulos costofrénicos libres, no impresionan signos de condensación o derrame. Se deriva a Hospital de referencia para descartar TEP. Se realiza angioTC de tórax el cual muestra foco condensante pulmón derecho, sin patrón diseminado de COVID 19 ni trombos en arterias pulmonares. Se decide reingreso a hospital base para manejo antibiotico con Ceftriaxona y Levofloxacino, con buena respuesta normalizando sintomatología y parámetros inflamatorios, dándose de alta tras 10 días de estadía. **DISCUSIÓN**: El patrón electrocardiográfico S1Q3T3 es reflejo de sobrecarga del ventrículo derecho secundario a Hipertensión pulmonar, cor pulmonale agudo o crónico, por tanto, no es patognomónico de TEP, teniendo una baja sensibilidad cercana al 10% y alta especificidad llegando al 93%, sin embargo, se puede encontrar en no más del 15% de paciente con TEP. Por ende, siguen liderando en el diagnóstico el AngioTC de tórax, cintigrafía V/Q o ecocardiograma TT.

ENDOCARDITIS DE LA VALVULA MITRAL, POR CÁNDIDA PARAPSILOSIS, REPORTE DE UN CASO"

Camila Chandía Zúñiga (1), Jorge Galgani (2), Camila Gutierrez Canales (3)
(1) Médico EDF Hospital Comunitario de Salud Familiar Bulnes
(2) Médico EDF Hospital Comunitario de Salud Familiar Coelemu

INTRODUCCIÓN: La endocartiditis infecciosa (EI) es una patología causada por la invasión del endotelio cardiaco por un agente infeccioso los cuales son principalmente bacterias y en menor frecuencia por hongos (familia candida spp en el 60% de los casos). Dicha infección, causa una serie de cambios en el tejido cardiaco como la formación de vegetaciones, las que en ciertas oportunidades se desprenden y producen émbolos sépticos. **DESARROLLO:** Paciente de 61 años con antecedentes de hipertensión arterial, infarto agudo al miocardio reciente que requirió angioplastia y stent en arteria descendente anterior. Consulta en el servicio de urgencia por cuadro de hemiparesia faciobraquiocrural izquierda, posteriormente con tomografía axial computada de cerebro se confirma accidente cerebrovascular (ACV) isquémico de arteria temporal derecha. En estudio etiológico destaca imagen pediculada multilobulada en válvula mitral nativa, con hemocultivos posteriores positivos para candida parapsilosis manejada con fluconazol endovenoso. Se deriva a centro de mayor complejidad, Hospital Regional de Concepción, donde se reseca lesión y se realiza recambio valvular. **DISCUSIÓN:** La EI fúngica es una presentación poco frecuente, asociada a gran morbi- mortalidad, con sobrevida 5 años. Se ha evidenciado un aumento de incidencia por especies no albicans, principalmente por Candida parapsilosis. Es importante sospechar la etiología embolica de origen infeccioso en los pacientes con ACV, sobretodo en aquellos sometidos a procedimientos endovasculares o intervencionistas.

ADENOCARCINOMA DE URACO: REPORTE DE UN CASO.

Oscar Chávez Collao (1), Esteban Acevedo Améstica (1), Andreas Rubilar Sepúlveda (2), Patricio Cruz Alarcón (3)
(1) Médico EDF Cesfam Lebu Norte, (2) Médico EDF Hospital de Lebu, (3) Urólogo Hospital San Juan de Dios de los Andes

INTRODUCCIÓN: El uraco es un vestigio embrionario que puede persistir hasta en un 30% de los adultos. El carcinoma de uraco es una patología maligna rara, que corresponde a <1% de los tumores vesicales. El tipo histológico más común es el adenocarcinoma. Es más frecuente en hombres, entre la quinta y sexta década de la vida. Suele diagnosticarse en etapas avanzadas, por lo que se considera de mal pronóstico. **PRESENTACIÓN DEL CASO:** Paciente masculino de 54 años, con antecedente de tabaquismo crónico, consulta con urólogo por hematuria de 2 semanas. Se realiza urografía por tomografía computarizada (uro-TC) que notifica: "nódulo en domo vesical de 2 cm, con sospecha de lesión uracal". Posteriormente se efectúa resección transuretral de lesión vesical y se envía a biopsia, que informa: "pared vesical infiltrada por adenocarcinoma mucoso coloideo, de origen uracal". Se completa estudio con tomografía por emisión de positrones (PET-CT) que arroja: "neoplasia hipermetabólica del aspecto anterosuperior vesical en relación con remanente uracal, sin diseminación tumoral". Se rehospitaliza para realizar cistectomía parcial, resección umbilical y en bloque de uraco y linfadenectomía iliaca bilateral. Posteriormente cursa con ciclos de quimioterapia. Actualmente mantiene controles con uro-oncología. **DISCUSIÓN:** El carcinoma uracal suele presentarse en estadíos avanzados con hematuria, mucosuria, dolor y masa palpable abdominal. Ante la sospecha, es imperativa la cistoscopia, con toma de muestra y biopsia, que dará el diagnóstico definitivo. Luego, se debe realizar TC o PET-CT para etapificar según sistema de Sheldon. En enfermedad localizada, la cistectomía más resección en bloque de uraco y onfalectomía es el tratamiento de elección, con posterior quimioterapia adyuvante. En casos de diseminación, solo está indicada la quimioterapia, sin embargo, el pronóstico a 5 años es <20%. Por lo anterior, terapias sistémicas más efectivas deben ser investigadas.

HERIDA PROFUNDA DE CUERO CABELLUDO (SCALP), AFRONTAMIENTO POR MÉDICO GENERAL. REPORTE DE CASO.

Paz Chávez Rojas (1), Aníbal Méndez Valdés (1), Xiomara Defaz Nogales (2), Cristopher Cofre González (1)
(1) Medico EDF, Hospital Benjamin Pedreros de Chanco, (2) Médico articulo 9, Hospital Benjamin Pedreros de Chanco.

RESUMEN: Presentamos caso de paciente con herida extensa de cuero cabelludo en zona ciliar frontal y temporal con exposición de periostio, exponiendo circunstancias de caso, cuadro clinico, manejado en servicio de urgencia por médico general, asi como tambien registro de evolución y resultado; y partir del caso se realiza revisión bibliográfica de manejo de heridas tipo SCALP. **INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS:** Las consultas por trauma en servicio de urgencias representan un desafio para el médico general de zona dado los factores que condicionan su tratamiento. Las heridas en cuero cabelludo son un tipo de consulta frecuente, sin embargo, cuando se presentan heridas extensas o profundas el enfrentamiento se hace mas complejo y muchas es necesario el manejo por especialista. El objetivo del trabajo es presentar manejo y evolución satisfactoria de paciente con herida scalp extensa manejada por médico general, sin necesidad de derivación a manejo por especialista, a modo de ejemplo como punto de partida a ser considerado por médicos que se desempeñen en servicios de urgencias. Asi como también se realiza una revisión bibliográfica de este tipo de heridas y su manejo general para así fortalecer los conocimientos de nuestros médicos y poder resolver la mayor cantidad de estas heridas sin necesidad derivación y a la vez derivar de forma oportuna cuando está herida sobrepase nuestras capacidades. **MATERIAL Y METODO:** Se describe caso de paciente de 42 años pescador de la zona de curanipe quien mientras pescaba en el mar es atropellado por otro barco pesquero, el cual le produce herida extensa de cuero cabelludo en zona ciliar, frontal y temporal, siendo manejado en servicio de urgencias por médico general, se realiza registro fotográfico de manejo en urgencias y de evolución en controles. Se realiza búsqueda bibliografia en PUBMED, Google Schoolar y Epistemonikos sobre Heridas de cuero cabelludo y su manejo. **RESULTADO Y CONCLUSIONES:** Paciente evoluciona satisfactoriamente, sin complicación de herida y con cicatrización adecuada, y en los tiempos esperados. En cuanto a la busqueda bibliografica se encontraron tres publicaciones atingentes al tema de las cual se extrajo informaciòn relevante. **DISCUSION O COMENTARIO:** Los pacientes que presentan heridas tipo SCALP extensas pueden ser manejado en Servicios de urgencia por médico general sin necesidad de derivación a centros de mayor complejidad y asi aminorar la carga de paciente en centros con mayor atochamiento de pacientes; por lo demas en la literatura se describe que el unico factor con relevancia estadistica en disminuir complicaciones de este tipo de heridas es el afrontamiento o tratamiento temprano (antes de 7 dias), lo que respalda aun mas el manejo en servicio de urgencias.

PATRÓN ST-T DE WINTER, A PROPÓSITO DE UN CASO.

Jorge Cheg Paiva (1), Alexander Williamson (2), Barboza José Pizarro Vidal (1)
(1) Médico EDF Cesfam Eugenio Petruccelli, (2) Médico EDF Posta Rural San Miguel de Azapa

INTRODUCCIÓN: El patrón ST-T de Winter en el electrocardiograma se muestra como una presentación característica que, en ausencia de ascenso del intervalo ST, puede relacionarse con la oclusión, completa o parcial, de la arteria descendente anterior (ADA) a nivel proximal, siendo de vital importancia para el diagnóstico y manejo precoz en el contexto de un Síndrome Coronario Agudo. La presentación característica se basa en infradesnivel del intervalo ST acompañado de T hiperagudas, ubicados en las derivadas precordiales, pudiendo o no, estar ausente un supradesnivel ST en aVR o aVL; característicamente este patrón se mantiene estático, sin progresión hacia supradesnivel ST. **CASO CLÍNICO:** Se presenta un paciente de 32 años con antecedentes de hipertensión arterial y tabaquismo activo que consulta en Servicio de Urgencias por dolor torácico, de tipo opresivo, irradiado a antebrazo izquierdo, que aumenta con actividad moderada, EVA: 3/10, de aproximadamente 6 horas de evolución, al ingreso eucárdico, normotenso, examen cardio-pulmonar sin alteraciones. Electrocardiograma de ingreso: frecuencia 86, ritmo sinusal con presencia de infradesnivel ST acompañado de T hiperagudas en derivadas V1 a V4, sin otros hallazgos. Se realiza manejo primario y se evalua caso en unidad de hemodinamia, realizándose coronario-arteriografía la cual muestra: estenosis critica de arteria descendente anterior (ADA) a nivel proximal, estenosis severa de primera rama diagonal (DG) y estenosis severa de arteria coronaria derecha en tercio medio. Se realiza angioplastia coronaria con instalación de stent en descendente anterior y rama diagonal, por via femoral derecha. Control angiográfico con flujo TIMI III en ADA y DG, se difiere angioplastia a coronaria derecha de manera ambulatoria. Paciente evoluciona en buenas condiciones generales, ingresando a unidad coronaria para monitorización. **DISCUSIÓN O COMENTARIOS:** El patrón ST-T de Winter en el electrocardiograma nos permite tener en cuenta la importancia de reconocer diferentes tipos de patrones electrocardiográficos, dentro de los cuales podemos identificar equivalentes a supra-desnivel ST, mejorando el tiempo de diagnóstico y logrando menores tiempos de manejo y por ende, reperfusión miocárdica; contrapuesto con el cada vez más frecuente uso de técnicas imagenológicas, no se debe perder de vista el uso de herramientas diagnosticas básicas y accesibles, como es el electrocardiograma.

TRAUMA RAQUIMEDULAR COMO CAUSA DE PARAPLEJÍA AGUDA EN PACIENTE PREVIAMENTE SANO, A PROPÓSITO DE UN CASO

Camila Cifuentes Urzúa (1), Isabel García Navarrete (1), Nicolás Rivas Álvarez (1), Ricardo González Bessone (2)
(1) Médicos EDF Hospital de los Lagos, (2) Médico Hospital de Los Lagos.

INTRODUCCIÓN El trauma raquimedular (TRM) corresponde a cualquier lesión traumática que involucre estructuras de la columna vertebral en cualquiera de sus niveles. Suele ser secundario a politraumatismos, de mayor frecuencia en hombres (4:1) y personas jóvenes. El nivel neurológico más afectado es el cervical (15-70%) seguido del torácico (15-35%) y lumbar (10-15%). **Caso clínico** Paciente sin antecedentes conocidos es traído a urgencias por terceros por cuadro de 1 hr de evolución de dolor cervical alto y plejía de extremidades posterior a salto en agua con inmersión y golpe en zona cervical con roca. Ingresa con GCS 15, enlentecido, ingurgitación yugular, dolor a la palpación cervical alta y neurológico con tetraparesia distal de EESS con M1 a derecha y M2 a izquierda y paraplejia, reflejo plantar flexor indiferente, nivel sensitivo T6 y pérdida de control de esfínteres en box. Se realiza inmovilización cervical y se traslada para estudio imagenológico con tomografía, en que se describe fractura en estallido de C6 con compromiso de pared posterior y fractura de arco posterior de C5-C6, se mantiene con protocolo NASCIS por 24 hrs y fijación de lesión por neurocirugía. Inicia neurorehabilitación con evolución favorable y manejo interdisciplinario. **CONCLUSIÓN** El TRM es una patología tiempo dependiente, potencialmente mortal y altamente incapacitante que requiere su reconocimiento precoz para otorgar tratamiento oportuno y disminuir así las secuelas funcionales de los pacientes afectados.

SÍNDROME DE GUILLAIN BARRÉ POST INFECCIOSO, A PROPÓSITO DE UN CASO.

Camila Cifuentes Urzúa (1), Isabel García Navarrete (1), Pamela Bahamondes Manosalva (1)
Ricardo González Bessone (2)
(1) Médico EDF Hospital de Los Lagos, (2) Médico Hospital de Los Lagos

INTRODUCCIÓN El síndrome de Guillain Barré (SGB) es una polineuropatía inflamatoria aguda que se caracteriza por una parálisis motora ascendente y fláccida rápidamente progresiva siendo una de las causas más frecuente en pediatría post polio y hasta un 66% de los casos tienen el antecedente de una infección gastrointestinal o respiratoria previa al inicio de síntomas. **Caso clínico** Adolescente 13 años sin antecedentes, con cuadro de diarrea, cefalea y fiebre de hasta 39, 5º, PCR SARS-CoV2 negativa, exámenes de laboratorio con parámetros inflamatorios elevados (Leucocitos 12.600 con 86,5% de Polimorfonucleares y PCR 86 mg/L) y ecografía abdominal normal. Reconsulta 2 semanas después por cuadro de parestesia progresivas ascendentes, mialgia, astenia, decaimiento, hiporexia, diplopía y disfagia, dificultad en control de micción, y deambulación con muletas. Al examen de ingreso tono disminuido distal, fuerza M4+ en extremidades superiores y M2-M3 en inferiores, reflejos disminuidos por lo que se deriva a centro de referencia como SGB, donde de realiza estudio: Punción lumbar con Pandy +, glucosa 68 mg/dl, proteínas 0,41 gr/l y Leucocitos 9 x mm3. Tinción y Filmarray (-). Se inició tratamiento con inmunoglobulina 400 mg/kg/día por 5 días. Se completa estudio con electromiografía + VCN con hallazgos compatibles con polineuropatía desmielinizante y compromiso axonal secundario de predominio motor. Evoluciona con recuperación paulatina de fuerza en extremidades logrando M4+ en extremidades superiores y M5 en inferiores al momento del alta, se mantiene con seguimiento y kinesioterapia coordinada entre hospital de origen y atención primaria, además de controles por especialidad. **CONCLUSIÓN** El SGB es una patología rápidamente progresiva que puede requerir incluso apoyo ventilatorio por lo que debe ser sospechada y monitorizada desde su inicio. El tratamiento mejora y acelera la recuperación de los pacientes que la padecen.

SÍNDROME DE COMPRESIÓN MEDULAR COMPLETO COMO MANIFESTACIÓN DE CÁNCER DE RECTO METASTÁSICO, REPORTE DE UN CASO

Camila Cifuentes Urzúa (1), Isabel García Navarrete (1), Pamela Bahamondes Manosalva (1), Ricardo González Bessone (2)
(1) Médico EDF, Hospital de Los Lagos, (2) Médico, Hospital de Los Lagos

INTRODUCCIÓN: La compresión medular se presenta entre el 5-10% de los pacientes oncológicos. En estos pacientes, suele ser secundario a una infiltración del tumor en la columna vertebral y la compresión directa de médula espinal o de sus vasos sanguíneos adyacentes. **CASO CLÍNICO:** Paciente masculino 69 años con antecedentes de diabetes mellitus tipo II y trombosis venosa profunda en anticoagulación, se realiza estudio con colonoscopía que muestra tumor de recto medio-superior por lo que inicia estudio en cirugía digestiva. Consulta en urgencias por cuadro de dolor en extremidades inferiores (EEII) y parestesias sin focalidad neurológica que en 48 hrs evoluciona a plejía de EEII, alteración miccional con globo vesical secundario manejado con sonda Foley y al examen neurológico con M0 en EEII bilateral con reflejos abolidos y nivel sensitivo T6-T7. Se realizan exámenes generales con RESULTADOS dentro de rango normal y estudio con imágenes con tomografía de columna total en que se visualiza lesión expansiva con compromiso de pedículo izquierdo y de canal raquídeo a nivel de T7 que generan síndrome medular completo. Evaluado por especialidad se define fuera de alcance terapéutico dado tiempo de evolución, se realiza estudio de etapificación y en evaluación por comité oncológico se decide manejo paliativo con colostomía y radioterapia. **CONCLUSIÓN:** La compresión medular corresponde a una urgencia oncológica, donde el pronóstico de recuperación depende principalmente del estado neurológico al diagnóstico y tiempo de evolución.

INFECCIÓN OSTEOARTICULAR COMO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE FRACTURA DE HUESO PATOLÓGICO EN PACIENTE CON MIELOMENINGOCELE: REPORTE DE UN CASO

Héctor Cifuentes Aedo (1), Kristofer Arrué Brenet (2), Fernando Barría Mora (3)
(1) Médico EDF CESFAM Los Volcanes de Chillán, (2) Médico EDF CESFAM Sol de Oriente de Chillán
(3) Médico EDF CESFAM Dr. David Benavente de Ninhue

INTRODUCCIÓN: La población infantil con Mielomeningocele (MMC) presenta un mayor riesgo de presentar una Fractura en hueso patológico y en ocasiones se puede confundir con una infección osteoarticular, nuestro objetivo es logar la diferenciación de ambos. **CASO CLÍNICO:** Se presenta un caso de paciente de 9 años, sexo masculino, con antecedente de MMC, quien consultó en urgencias por cuadro de 1 mes de evolución de gonalgia derecha. Al examen físico se encontraba afebril, con rodilla derecha con aumento de volumen, eritema, calor local y sensibilidad a la movilización. En exámenes destacó Proteína C reactiva:26.7mg/L, leucocitos:14.500mil/uL, plaquetas:534.000mil/uL y radiografías (PA y Lateral de rodilla) se interpretaron inicialmente como osteomielitis crónica(OMC), hospitalizándose para tratamiento antibiótico. En reevaluación a las 48 horas se sospechó Fractura en hueso patológico y se solicitó Tomografía axial computarizada, la cual fue informada como Osteomielitis y además se complemento con resonancia magnética que sugería artritis séptica, ante lo cual se decidió hacer estudio del líquido articular que finalmente descartó cuadro infeccioso y se confirmo la Fractura. **DISCUSIÓN:** La diferenciación de un cuadro infeccioso de una fractura patológica puede ser difícil en algunos casos y se debe realizar un estudio dirigido para un correcto diagnostico. Se debe tener en cuenta que los pacientes con MMC presentan una alta prevalencia de fracturas en hueso patológico (13%), que se explica por la alteración sensitivo-motora e inmovilidad de estos pacientes, en cambio una OMC se presenta principalmente secundaria a un traumatismo importante, a cirugía o a un tratamiento inadecuado de osteomielitis aguda y solo representa el 16% de las Osteomielitis. Pero clínica y radiológicamente pueden presentarse con similares características inflamatorias, por lo que puede ser necesario un estudio dirigido para la diferenciación diagnóstica.

SARCOMA DE CELULAS DENDRITICAS COMO CAUSA DE DOLOR ABDOMINAL: A PROPOSITO DE UN CASO.
Matías Cisterna Nass (1), Pamela Del Campo Mera (1), Nicolás Aguayo Riquelme (1), Rodolfo Venegas Medina (2)
(1) Médico Cirujano EDF, CESFAM O´higgins, (2) Interno Medicina, Universidad Católica de la Santísima Concepción

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS: Uno de los motivos de consulta más comunes en servicios de urgencia y atenciones médicas espontáneas corresponde al dolor abdominal, dando cuenta de hasta el 10 % de las consultas y siendo el diagnóstico principal de egreso el dolor abdominal inespecífico. Por su alta frecuencia de consulta y relación con causas potencialmente graves, es que el médico debe tener un alto índice de sospecha que prevenga una evolución desfavorable especialmente considerando la disociación entre la intensidad del dolor y la etiología. Los sarcomas de células dendríticas son neoplasias linfoides extremadamente raras. Afectan primordialmente a ganglios linfáticos con compromiso extranodal ocasional. Su comportamiento clínico, el tratamiento, así como su evolución son poco conocidos, lo cual nos invita a analizar con mayor profundidad su presentación al ser diagnosticado. **MATERIAL Y METODO:** Evaluación de caso clínico y revisión Bibliográfica. **CASO CLÍNICO**: Paciente masculino de 47 años, previamente sano, quien consultó por múltiples episodios de dolor abdominal en tercio superior en los últimos 6 meses, con evaluación en repetidas ocasiones en servicios de urgencia y atención primaria, con diagnósticos de dolor abdominal no especificado y trastorno digestivo funcional. En último mes se asoció a sensación febril, diaforesis nocturna y baja de peso sin pérdida de apetito. Evaluado con apoyo de exámenes de laboratorio destacando Leucocitosis: 18.660 con 79% Neutrófilos, perfil hepático sin alteraciones y ecotomografía abdominal que identifico hepatoesplenomegalia con alteración de la estructura hepática, masa sólida en zona de hipocondrio y flanco izquierdo de 93 x 122 mm, con imagen hipoecoica que rechaza riñón ipsilateral. Derivado a atención terciaria donde se realizó TAC de abdomen y pelvis c/c: múltiples lesiones pseudonodulares que producen retracción de la capsula hepática, esplenomegalia con gran masa hipodensa de 18x12x15 cm en retroperitoneo y adenopatía asociada de 2 cm. Se realizo Biopsia hepática y de medula ósea con evaluación inmunohistoquimica que confirmo sarcoma de células dendríticas, determinándose manejo con quimioterapia CHOP de 6 ciclos que finalizo sin éxito, falleciendo al año del diagnóstico. **DISCUSIÓN:** El dolor abdominal corresponde a un desafío diagnóstico para el médico, el clínico debe ser capaz de distinguir cuadros graves tanto por su presentación en la evaluación inicial como por su recurrencia, cambios en el patrón del dolor o síntomas asociados. El sarcoma de células dendríticas es una neoplasia de escasa frecuencia y de dudoso comportamiento clínico, de localización preferente en los ganglios linfáticos, fundamentalmente de cuello y axila, aunque también descrita en localizaciones extranodales como amígdalas, pulmón y otras vísceras, sobre todo la intrabdominales como en este caso clínico. Aparece en un rango de edad amplio, aunque denota preferencia por los adultos jóvenes. Requiere de confirmación con técnicas específicas para su diagnóstico por lo cual debe existir un nivel alto de sospecha, sumado a la necesidad de tratamiento a la brevedad.

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE PACIENTES PERTENECIENTES AL PROGRAMA DE ARTROSIS, CECOSF SELVA OSCURA, AÑO 2021.
Cristóbal Cofré Figueroa (1), Eduardo Bravo Lazaneo (2), Alejandra Catalán Contreras (1)
(1) Médico EDF, Cesfam Victoria, (2) Médico EDF, Cesfam Lago Ranco

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS: La artrosis u osteoartritis (OA) es la enfermedad articular más común, caracterizándose por el deterioro y pérdida de cartílago hialino articular, alteraciones del hueso subcondral y compromiso del tejido blando. Su importancia se debe principalmente a su alta frecuencia, la sintomatología que aqueja a los pacientes y el deterioro funcional que conlleva. Además, representa una enorme carga para la salud pública en términos de costos, discapacidad, pérdidas de ingresos *y* disminución en la calidad de vida. Es a partir de esto que surge la inquietud de evaluar y conocer el perfil epidemiológico de los pacientes con OA en la realidad local del Cecosf Selva Oscura. **MATERIAL Y METODO**: Se confecciona base de datos con pacientes ingresados al programa de artrosis del Cecosf Selva Oscura hasta marzo de 2021, utilizando registro en ficha electrónica SIDRA. Se utilizaron parámetros comparativos tales como género, edad, peso y enfermedades crónicas (hipertensión arterial crónica, diabetes mellitus y dislipidemia), además del tratamiento farmacológico utilizado. **RESULTADOS Y CONCLUSIONES:** De los 2302 usuarios inscritos en el Cecosf Selva Oscura (CSO), 101 están en el programa de artrosis (4.3%). Se analizaron las variables descritas anteriormente, obteniendo los siguientes RESULTADOS: Un 73.3% son mujeres. un 26.7% hombres. El promedio de edad general es de 74 años. En mujeres es de 72 años y en hombres de 78. Un 95% de los pacientes presenta comorbilidades, siendo las más prevalentes: Hipertensión arterial (85%) y obesidad (45%). Un 80% presenta un IMC alterado. 35% presenta sobrepeso, y un 45% es obeso. Un 42% de los pacientes logra remisión del dolor con paracetamol, mientras que un 58% requiere uso de otros fármacos coadyuvantes (tramadol, y en algunos casos además celecoxib). Esta diferencia se hace aún más marcada sobre los 80 años, donde son 28% y 72%, respectivamente. **DISCUSIÓN O COMENTARIOS:** la prevalencia de OA aumenta con la edad. 80% sobre 60 años presentará OA en al menos una articulación. Las mujeres tienen 2,6 veces más riesgo que los hombres. La obesidad, es el factor de riesgo modificable más importante para la aparición y progresión de OA. Existe una concordancia entre los datos obtenidos en nuestro estudio y los que se encuentran en la literatura. El ejercicio moderado y lograr un índice de masa corporal adecuado son factores protectores contra esta enfermedad, y en pacientes que ya la padezcan, disminuyen su progresión y sintomatología. Actualmente en nuestro centro, las estrategias terapéuticas para manejo de OA están orientadas a control de síntomas mediante farmacoterapia analgésica. Considerando los RESULTADOS obtenidos, consideramos conveniente la implementación de programas de actividad física personalizada y monitorizada por profesionales, además de educación y asesoría nutricional, tanto en la población general como en los pacientes con OA, ya que otorgaría beneficios en cuanto a la prevención, sintomatología y avance de la artrosis, además de favorecer a un mejor control de las principales comorbilidades que presentan los usuarios estudiados.

FRACTURA DE PENE, DIAGNÓSTICO ECOGRÁFICO OPORTUNO. UNA AYUDA PARA EL MÉDICO GENERAL.
Cristopher Cofre González, Catalina del Campo Vergara, Julio Salviat Coronado, Jeannette Calzadilla Rivera
Médicos EDF Hospital Dr. Benjamín Pedreros, Chanco.

INTRODUCCIÓN: La fractura del cuerpo cavernoso representa una urgencia urológica infrecuente pero grave, ya que la lesión de estructuras cercanas y una demora en su tratamiento suele generar complicaciones morfológicas y funcionales irreversibles. El cuadro se produce al aplicar una fuerza excesiva y tangencial al pene en erección, habitualmente durante el coito (60%), y compromete a un sólo cuerpo cavernoso en el 75% de casos. La clínica se caracteriza por la percepción de un chasquido/crujido, seguido de pérdida inmediata de la erección, dolor y formación de un hematoma genital, exclusivamente peneano si la fascia de Buck está íntegra, o inguinoescrotal cuando es contenido por la fascia de Colles.
OBJETIVOS: conocer las características ecográficas de la fractura del cuerpo cavernoso para confirmar la sospecha clínica evitando demora en su tratamiento y exploraciones quirúrgicas innecesarias. **MATERIAL Y METODO:** Se describe el caso de paciente de 26 años con diagnóstico de fractura de pene, secundario a acto sexual, por el cual médico general realiza ecografía de genitales, que permitió un diagnóstico con mayor certeza. Se presenta este caso clínico para el conocimiento y puesta en práctica de la ecografía de genitales en lesiones traumáticas de pene, ya que esta puede ser de vital importancia para llegar a un diagnóstico oportuno y correcto. **RESULTADO Y CONCLUSIONES:** paciente posterior a realizar ecografía es diagnosticado de fractura en la base del pene con hematoma inguinoescrotal, por lo cual fue derivado de forma rápida a centro de mayor complejidad para resolución quirúrgica.Dentro de las lesiones más comunes encontradas en la ecografía en casos de fractura de pene son el hematoma circundante a los cuerpos cavernosos, en la mayoría del derecho y en casos más graves se puede encontrar una alteración en la vascularización o incluso ver lesiones uretrales.Después de realizar una revisión bibliográfica, podemos concluir que el uso de la ecográfica en lesiones traumáticas de pene aumenta la certeza de diagnostica por lo cual es un buen MÉTODO de elección para médicos generales que trabajan en servicios de urgencia y se ven sometidos a este tipo lesiones.

SINDROME GUILLAIN BARRE ASOCIADO A INFECCIÓN POR COVID 19: REPORTE DE CASO
Mario Concha Friz (1), Ignacio Nova Cabello (2) , Loreto Navarro Aldea (1),
(1) Médico EDF CESFAM la Floresta, Hualpen, Médico EDF CESFAM Manuel Rodriguez, Copiapo.

El síndrome Guillain Barre es causa frecuente de parálisis flácida en países desarrollados. Es una neuropatía aguda mixta, desmielinizante y axonal, que puede aparecer a cualquier edad, siendo más frecuente entre los 30 y 50 años. Sin una etiopatogenia totalmente clara, implica fenómenos inmunológicos responsables de la destrucción de la mielina en los nervios periféricos. La irrupción de la pandemia por el virus Sars Cov-2, ha generado una amenaza a nivel mundial. Si bien, su sintomatología es predominantemente respiratoria, se ha reportado manifestaciones neurológicas secundarias a esta infección, afectando al menos al 36% de los pacientes. Por ende, se debe considerar su potencial neurotrópico. **PRESENTACIÓN DEL CASO**: Paciente masculino de 62 años, con antecedente de Hipertensión arterial y Talasemia, consulta el día 17 de noviembre del 2020, por mialgia, fiebre y diarrea, donde se toma PCR COVID, dando positivo. Evoluciona de manera tórpida, con aumento de la disnea, tos con expectoración y mantención de la fiebre a pesar de tratamiento, por lo que se inicia tratamiento con azitromicina, prednisona y bromuro cada 6 hrs, con mejora clínica, tras esto, se le decide extender reposo clínico. El día 2 de diciembre inicia hormigueo por debajo de lengua, manos y pies, con dificultad paulatina para “sostenerse en pie”. Es dado de Alta de COVID el día 4 de diciembre. Paciente evoluciona de mayor disminución de fuerza proximal, con vómitos y mareos, por lo que consulta el día 5 de diciembre en urgencia hospital, donde se pesquisa disminución rápida de movimientos, con lentitud “del pensamiento” e imposibilidad para ponerse de pie, tras evaluación por neurología se diagnostica Sd Guillain Barre por lo que se decide hospitalizar e iniciar su manejo. **DISCUSIÓN**: Se debe considerar esta entidad neurológica en pacientes que han sufrido infección por Virus Sars Cov 2. EL síndrome de Guillain Barre es considerado grave, el propio sistema inmune ataca las células del sistema nervioso periférico, sin una causa clara. Al ser una enfermedad desmielinizante, va generando la paresia, debilidad muscular y parálisis ascendente de presentación bilateral, el daño puede llegar a nervios diafragmáticos generando desde dificultad respiratoria leve hasta la necesidad de asistencia ventilatoria invasiva. El tiempo de presentación de los síntomas neurológicos, fluctúa entre los 5 a los 21 dias posterior a los síntomas de COVID-19. Lamentablemente este síndrome, no tiene cura, solo manejo sintomático y soporte ventilatorio si lo requiere. **CONCLUSIÓN**: Se puede considerar asociación entra ambas entidades por ende al tener un paciente con antecedente de infección por Virus Sars COV-2, que inicie síntomas neurológicos, como debilidad o parestesia, siempre considerar Sd Guillain barre y derivación oportuna a centro de mayor complejidad.

ENDOCARDITIS BACTERIANA COMO DIAGNOSTICO DIFERENCIAL DE DOLOR TORÁCICO, REPORTE DE UN CASO.
Víctor Conejeros González, Ignacio Téllez Guzmán, Constanza Castro Navarrete,
Médicos EDF, Hospital San José de Maipo

INTRODUCCIÓN: La Endocarditis bacteriana es una afección clínica que afecta el endocardio y/o endoarterio. Su lesión característica es la vegetación, la que habitualmente se produce en una válvula cardíaca. Su desenlace sin tratamiento antibiótico es fatal. Posee una sintomatología polimórfica, por lo que se requiere de una alta sospecha clínica. El dolor torácico, está presente hasta en un 47%. **CASO CLÍNICO**: Paciente masculino de 65 años, sin antecedentes mórbidos, en tratamiento con Cloxacilina por Celulitis, consulta en Urgencia por cuadro de 2 horas de evolución de dolor torácico retroesternal, agitación psicomotora y sintomatología vasovagal. Ingresa hipertenso, taquicárdico, taquipneico, T° 37.5°C, SpO2 98%. Se solicita ECG que evidencia infradesnivel difuso. Al examen físico, destaca paciente somnoliento, llene capilar menor a 2 segundos, soplo sistólico III/VI en foco aórtico. Evoluciona con variación de infradesnivel difuso, hipotensión y fiebre, por lo que se solicitaron exámenes: leucocitos 19200, PCR 274, BUN/crea: 26/1.38 (VFG 55), Troponina 0.0150 (VN<0.1). Se solicitó toma de HC 1-2 y curva de troponinas la cual resultó positiva. Se indicó antibioticoterapia empírica, antiagregación y se derivó a Hospital base para estudio y manejo. Evaluado por UCO, se inicia terapia anti isquémica. Se notifica HC (+) *Staphylococcus epidermidis*. Se realiza Ecocardiograma TT: engrosamiento difuso de la válvula mitral con reflujo moderado, lesión sospechosa de Endocarditis Infecciosa. Ingresa a pabellón para recambio valvular mitral y se inicia Ampicilina sulbactam 3 gr cada 6 hrs por 28 días. **DISCUSIÓN**: el dolor torácico es uno de los motivos de consulta más frecuentes en servicios de urgencia, siendo perentorio descartar el síndrome coronario agudo. Sin embargo, existen múltiples diagnósticos diferenciales potencialmente graves. Ante la sospecha clínica de una etiología infecciosa es fundamental la historia clínica, el examen físico y una derivación oportuna que tenga como objetivo la confirmación diagnóstica y un tratamiento precoz.

CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES ATENDIDOS EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS PALIATIVOS DE UN HOSPITAL DE MEDIANA COMPLEJIDAD EN CHILE DURANTE EL 2019.
Andrea Contreras Alfaro, Nelyda Cáceres Suazo, Paulina Sáez Venegas
Médicas EDF Hospital de Constitución

INTRODUCCIÓN: En Chile los Cuidados Paliativos (CCPP) Oncológicos están incorporados como Garantías Explícitas en Salud desde 2004. Actualmente se sugiere ingresar a los pacientes con cáncer al momento del diagnóstico, por sobre iniciarlos cuando no es posible realizar tratamiento curativo. En nuestro país el mayor prestador de CCPP es el sistema público de salud, y tiene el mayor número de servicios en Latino América. En este trabajo se describirá la Unidad de CCPP del Hospital de Constitución (HC) con una población asignada (FONASA) de aproximadamente 45.000 personas. **MATERIAL Y METODO:** Revisión estadística con programa Excel de base de datos de pacientes atendidos durante 2019 en la Unidad de CCPP del HC. **RESULTADO:** El año 2019, dicha unidad de CCPP atendió a 64 pacientes, 28 pacientes que ya estaban en control y 36 ingresados ese año. El 92% de los pacientes estaba diagnosticado con un cáncer progresivo y un 70% de ellos correspondía a adultos mayores. Los cánceres más frecuentes fueron: próstata con un 28%, colon y gástrico, ambos con un 11%. Un 84% de los pacientes ingresó con dolor leve o moderado EVA 1-6, con una evaluación de estado funcional muy variada, la más frecuente en ECOG 2 (36%) y un 17% ingresaron en condición de postrado, es decir ECOG 4. El total de los egresos fue producto de fallecimiento, un 85% lo hizo en casa y un 12% en cama de hospitalización básica del mismo HC.
DISCUSIÓN: La liberación del dolor por cáncer debe ser considerada un problema de derechos humanos, afirma la Organización Mundial de la Salud. Observamos en las estadísticas de CCPP de HC que la mayor parte de los pacientes en atención corresponden a adultos mayores con cáncer avanzado y al ingreso hay un alto porcentaje de ellos, con dolor severo o con dependencia severa. La meta del Programa de CCPP Nacional es lograr menos de un 10% de los ingresos en ECOG 4 o con dolor severo. La unidad estudiada no logra cumplir con estas metas, lo que nos habla del retraso en la derivación de pacientes a CCPP por parte de los especialistas. Uno de los motivos, es el desconocimiento de la recomendación para ingresar a CCPP a todo paciente con cáncer. En Chile, el cáncer constituye la segunda causa de muerte de la población y la primera fuente de carga de enfermedad, siendo responsable del 13,8% de los AVISA para el año 2013. Las causas de mortalidad específica por tipo de cáncer y sexo al año 2015, encontramos en hombres: estómago, próstata y pulmón, en mujeres: mama y pulmón; estas estadísticas concuerdan con lo encontrado en el HC. El enfoque en la etapa final de la enfermedad se centra en acompañar la agonía y una maniobra terapéutica muy útil es la sedación paliativa, mediante la cual se provoca deliberadamente disminución del nivel de conciencia para mitigar un síntoma refractario. El HC no lleva estadística respecto a esta última terapia, pero gran parte del alto porcentaje de pacientes que fallece en hogar se logra gracias a un trabajo en domicilio con las familias y muchas veces con sedación paliativa utilizando principalmente la vía subcutánea para administración de medicamentos.

ANEURISMA DE RASMUSSEN COMO CAUSA DE HEMOPTISIS: REPORTE DE CASO.

Claudio Contreras Lagos (1), Fernando Barría Mora (2), Juan Zapata Saavedra (3), Fredy Vega Sepúlveda (1)
(1) Médico EDF CESFAM Trehuaco, (2) Médico EDF CESFAM Dr. David Benavente de Ninhue.
(3) Médico Cirujano, Hospital Penco Lirquén.

INTRODUCCIÓN: El aneurisma de Rasmussen (AR) incluye cualquier aneurisma o pseudoaneurisma de una arteria pulmonar (AP) en contexto de enfermedades destructivas del parénquima. Estas producen sustitución de las capas adventicia y media por tejido de granulación y fibrina, con consiguiente adelgazamiento de la pared arterial. Es una complicación infrecuente de tuberculosis pulmonar, estando hasta en 5% de las lesiones cavitarias y pudiendo generar hemoptisis por rotura. La angiografía por tomografía computarizada (angioTC) de tórax es el examen de elección, aportando información anatómica y etiológica del AR, estudiando simultáneamente arterias bronquiales. **CASO CLÍNICO:** Masculino, 52 años, antecedentes de hipertiroidismo, flutter auricular y radiografía previa con opacidades apicales cicatriciales. Cuadro de dolor torácico, hemoptisis y compromiso general. Al ingreso anemia y parámetros inflamatorios elevados. AngioTC de tórax con condensación, opacidades en vidrio esmerilado, nódulos cavitados y patrón de árbol en brote, concordantes con proceso inflamatorio-infeccioso; además hipoatenuación con burbujas aéreas y lesión vascular compatible con aneurisma, posiblemente AR. Fibrobroncoscopía con signos de sangrado en árbol bronquial izquierdo con origen en língula. Baciloscopía y estudio molecular negativos para tuberculosis. Se aisló Staphylococcus aureus, tratamiento según antibiograma. Programación de arteriografía pulmonar y embolización por coils, encontrándose amputación distal de AP segmentaria involucrada, impresionando regresión espontánea completa de pseudoaneurisma rama AP izquierda. Evolución favorable y alta. En control ambulatorio persistencia de hemoptisis. Con indicación quirúrgica, rechazada por paciente. **CONCLUSIONES:** El AR debe considerarse en pacientes con secuelas radiográficas sugerentes de tuberculosis y hemoptisis, debido a su elevada mortalidad cuando presenta hemorragia intensa. El abordaje imagenológico es esencial para su caracterización y posterior planificación de su tratamiento. El manejo de elección es endovascular, siendo la embolización transcatéter la técnica preferida en casos de hemoptisis masiva. En escenarios más complejos incluso se recurre a lobectomía pulmonar.

FISTULA DE LÍQUIDO CEFALORRAQUÍDEO EN PACIENTE CON OTITIS MEDIA CRÓNICA: A PROPÓSITO DE UN CASO.

Héctor Contreras Pinto (1), Daniela Araya Santis (1), Carlos Villafranca Brown (2)
(1) Médico EDF, Hospital de Litueche (2) Médico EDF, Hospital de Lolol

INTRODUCCIÓN: Las complicaciones de otitis media crónica ocurren con mayor frecuencia en adolescentes y adultos jóvenes, estas pueden ser extracraneales o intracraneales. Dentro de las últimas se incluyen meningitis, trombosis seno lateral, abscesos y fistula líquido cefalorraquideo (LCR), que es una complicación rara. El 90% de los casos se debe a causa traumática y en el 10% que se atribuye a causa espontanea, la inflamación crónica puede jugar un rol. En la presentación suele existir otorrea. **OBJETIVO:** Se presenta caso clínico de paciente con fistula de LCR como complicación clínica de otitis media crónica. **MATERIAL Y METODO:** Revisión de historia clínica de paciente, informes radiológicos y protocolos quirúrgicos. **CASO CLÍNICO:** Paciente de 59 años, con antecedentes de otitis medica crónica y rinitis alérgica, presenta el 2017 cuadro de hipoacusia asociado a tinitus, se inicia tratamiento con antihistaminicos, corticoides y antibióticos, con mala respuesta. Evoluciona con otorrea y otalgia. Se estudia con resonancia magnética que informa ocupación timpano mastoidea difusa izquierda que se asocia a solución de continuidad osea que extiende hacia el foramen yugular. Se realiza cirugía vía retroauricular con vaciamiento mastoideo y preservación de la pared posterior del CAE, se encuentra una fistula de LCR espontanea en la pared posterior del hueso temporal hacia fosa posterior. Se sella con fascia, musculo temporal y beriplast. Paciente con buena evolución post operatoria. Un año mas tarde reinicia con otorrea, con resonencia magnetica de control compatible con dehiscencia osea de tegmen timpani. Se realiza segunda intervención con fresado de hueso de neoformación y retiro de injerto que expone defecto dural de 1 cm con salida activa de LCR. Se realiza colgajo y cierre de defecto oseo con aponeurosis y musculo temporal, se aplica beriplast y malla de titaneo con tornillos para fijar sello y plastia. **DISCUSIÓN: La** fistula de LCR espontanea derivada de otitis media crónica, es una complicación infrecuente con pocos casos reportados en el mundo, se produce por defecto en tegmen timpani o tegmen mastoideum. Se requiere alta sospecha clínica para diagnostico. El tratamiento quirúrgico corresponde a cierre de defecto que puede hacerse con periosteo, fascia temporal, sello de fibrina y/o cartílago auricular. Múltiples capas se asocian a mayor tasa de éxito de cierre definitivo.

LINFANGIOMA EN MUSLO DIAGNOSTICADO EN ADULTEZ. REPORTE DE UN CASO.

Valeria Contreras Maragaño (1) Cinthia Guerrero Barría (1) Camila Durán Hermosilla (2) Sebastián Sepúlveda Marín (2)
(1) Médico EDF, CESFAM Los Muermos, (2) Médico EDF, Hospital de Fresia

INTRODUCCIÓN: El linfangioma es un tumor benigno poco frecuente originado de una malformación congénita del sistema linfático. Compuesto por vasos linfáticos cubiertos de células endoteliales, se clasifica en capilar, cavernoso y quístico. La mayoría se diagnostican al nacimiento o en la infancia, rara vez en adultez. Tiene incidencia de 1 por cada 12.000 nacidos vivos, más prevalente en hombres. Se localiza principalmente en cabeza y cuello, con crecimiento lento. Su sintomatología dependerá de la ubicación. El tratamiento de elección es quirúrgico. **CASO CLÍNICO:** Paciente masculino de 55 años de edad, con antecedentes de hipertensión arterial, dislipidemia y cardiopatía coronaria. Consulta en CESFAM Los Muermos en junio de 2018 por cuadro de 2 años de evolución de aumento de volumen en rodilla derecha, indoloro, con crecimiento progresivo hacia muslo medial. Al examen físico con masa blanda, diámetros de 17 por 8 centímetros aproximadamente, semimóvil, sin lesiones en piel, movilidad de rodilla conservada. Las radiografías de rodilla y fémur no muestran compromiso óseo. Evaluado en Traumatología de Hospital de Puerto Montt, por sospecha de liposarcoma se solicita resonancia magnética que evidencia gran lesión quística entorno al paquete vasculonervioso poplíteo, sin otros elementos de agresividad. Se realiza extirpación completa del tumor sin complicaciones. Biopsia evidencia tejido adiposo con extenso reemplazo por canales vasculares anastomosados de tipo linfático, delimitados por septos incompletos de tejido conectivo; hallazgos compatibles con linfangioma. Paciente con buena evolución, mantiene controles con especialista. **CONCLUSIÓN**: El linfangioma es una patología rara que, como todo tumor, requiere estudio imagenológico acabado para definir su manejo. En este caso tiene una presentación poco clásica en cuanto a edad del paciente y localización, siendo difícil sospechar el diagnóstico. Además, su crecimiento paulatino y relación con vasos sanguíneos sugiere malignidad. Su identificación histopatológica permitió que la extirpación fuera el tratamiento definitivo y confirmar un pronóstico favorable.

NEUMOMEDIASTINO COMO COMPLICACIÓN DE COVID-19, A PROPÓSITO DE UN CASO.

Enzo Ítalo Cordonier Tello, Matías Hernán Osorio Reyes, Felipe Andrés Larregla Henríquez,
Médicos EDF, Hospital de Santa Bárbara.

INTRODUCCIÓN: Coronavirus disease 2019 (COVID-19) corresponde a una infección causada por un nuevo coronavirus emergente detectado en diciembre de 2019 en Wuhan, China. Se caracteriza por síntomas similares a los de la gripe, entre los que se incluyen fiebre, tos, dificultad respiratoria, mialgia y fatiga. La complicación de su infección por neumomediastino se ha reportado infrecuentemente. Puede dificultar el manejo de la patología, y aumentar el período de estadía hospitalaria. **DESARROLLO**: Paciente masculino de 29 años, con antecedentes de obesidad e hipertensión arterial, con PCR SARS-CoV-2 positiva el 12/03/21. Consulta en Hospital de Santa Bárbara el 21/03 por cuadro de 3 días de evolución caracterizado por tos en accesos, mialgias, cefalea y fiebre que no cede con antipiréticos. Se hospitaliza para manejo antibiótico y oxigenoterapia. Durante hospitalización persiste con accesos de tos intensa y requerimientos de oxígeno adicional por naricera. Al examen físico, se pesquisa enfisema subcutáneo en tórax y zona cervical anterior por lo que se deriva a centro de mayor complejidad. Escáner de tórax de alta resolución informa neumomediastino y enfisema subcutáneo cervical y supraclavicular bilateral. Evaluado por cirugía, sin indicación quirúrgica, hospitalizándose para observación y manejo. Evoluciona favorablemente, hemodinamia estable, afebril, sin requerimientos de oxigenoterapia, dándose de alta a domicilio. **DISCUSIÓN:** El neumomediastino espontáneo es una condicionn poco común que se observa generalmente en pacientes con patología pulmonar subyacente, infecciones o intubación mecánica. Si bien no se observa con frecuencia en las neumonías virales, se ha descrito en pacientes con neumonía por COVID-19, a pesar de no tener antecedentes de ventilación mecánica. La presencia de neumomediastino en pacientes con COVID-19 debe alertar al médico, para que controle al paciente para detectar un posible empeoramiento de la enfermedad.

TEMBLOR PSICOGÉNICO EN TIEMPOS DE PANDEMIA: UN RETO PARA EL MEDICO GENERAL, A PROPÓSITO DE UN CASO

David Cordova Viera, Ludwig Rubina Jorquera, Felipe Torres Morales
Médicos EDF Hospital Lord Cochrane

INTRODUCCIÓN: Los trastornos del movimiento corresponden a un grupo de patologías que producen alteración del sistema nervioso y provocan movimientos anormales tanto voluntarios como involuntarios. En relación con los trastornos psicogénicos, estos se pueden manifestar clínicamente como distonías, parkinsonismo, alteraciones de la marcha, corea, mioclonías, tics y temblor, siendo este último, la presentación más frecuente alcanzando el 50% de los casos. Se estima que un 6-30% de los temblores psicogénicos tienen en realidad una base orgánica. **OBJETIVOS:** Representar a través de un caso como la pandemia actual puede manifestarse como un agente estresor desencadenando manifestaciones clínicas que ponen en desafío al diagnóstico clínico, en ocasiones pudiendo llevar a un error diagnóstico y el correspondiente retraso en el tratamiento. **DESARROLLO**: Se trata de una paciente femenina de 17 años sin antecedentes mórbidos, consulta en servicio de urgencia por cuadro de temblor unilateral de extremidad superior derecha de inicio reciente, al interrogatorio dirigido: niega consumo de medicamentos/drogas, o haber sufrido un evento traumático o estresante. Al examen físico destaca temblor de brazo y antebrazo derecho sin disminución de fuerza, sin rigidez en rueda dentada o tubo de plomo, Reflejos osteotendinosos conservados, temblor tanto de reposo como de intención que no se inhibe con maniobras de distracción. Se indicó Propranolol 40 miligramos cada 12 horas vía oral por un mes bajo sospecha de temblor esencial, sin respuesta favorable. Por presentación atípica, fue valorada por neurología y neurocirugía sin confirmar diagnóstico, se realizó estudio imagenológico con tomografía axial computada y resonancia magnética nuclear de encéfalo sin hallazgos patológicos. Finalmente, se diagnosticó temblor de origen psicogénico e inició manejo integral con psicología, terapeuta ocupacional, kinesiología y médico, determinándose finalmente que el origen de factor desencadenante correspondía a temor de contagiarse por COVID 19 y las consecuencias que ello implicaba, a la fecha ha respondido de forma favorable, temblor en disminución y permanente continua manejo con equipo de rehabilitación para recuperar funcionalidad de extremidad diestra. **CONCLUSIONES Y/O COMENTARIOS**: Un manejo exitoso en estos casos se basa principalmente en la activación de redes de atención primaria, para lograr un manejo multidisciplinario, orientación por especialidad y exámenes con los que no contamos para descartar organicidad. El criterio y experiencia clínica del equipo médico juegan un rol fundamental en lograr identificar las causas de los trastornos psicogénicos y así realizar un diagnóstico oportuno y no retrasar el tratamiento. Por último, es importante educar al paciente y su familia para mantener la serenidad y explicar de forma clara que no existe un componente orgánico.

ENFERMEDAD DE FAVRE RACOUCHOT. A PROPÓSITO DE UN CASO

Cristián Correa Vega (1), Matias Lyner Bravo (2), Felipe Romero Vega (1)
(1) Médico Cirujano Cesfam Miguel Ángel Arenas López, (2) Médico EDF Cesfam Miguel Ángel Arenas López

INTRODUCCIÓN: La enfermedad de Favre Racouchot o Elastoidosis nodular cutánea es una patología crónica secundaria a la fotoexposición prolongada que aparece en pacientes mayores de 50 años con antecedentes cardiovasculares y/o tabaquismo crónico. Su mecanismo es mayoritariamente desconocido y clínicamente se manifiesta con lesiones hiperpigmentadas en la región periorbital asociado a comedones abiertos y quistes foliculares. Su tratamiento suele ser prolongado e incluso debe requerir resolución quirúrgica. **CASO CLÍNICO:** Paciente femenina de 64 años de edad, antecedentes de Hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo I y accidente cerebro vascular el año 2018, consulta de forma espontánea por lesiones maculares irregulares mayor a un año de evolución en región malar bilateral, la cual ha ido creciendo radialmente, con presencia de quistes foliculares bilaterales dolorosos. Consulto hace 6 meses con medico extrasistema con diagnostico de dermatitis fúngica, con tratamiento con antifúngico tópico sin resultado. Se realiza evaluación conjunta con Dermatólogo, realizándose el diagnostico de Favre Racouchot e iniciando tratamiento conservador con retinoicos tópicos en dosis in crescendo, con resultado estético insatisfactorio y probable indicación de resolución quirúrgica. **DISCUSIÓN:** La Enfermedad de Favre Racouchot presenta frecuentemente complicaciones estéticas que van en desmedro de la calidad de vida y salud mental del paciente. Suele ser una enfermedad con retraso en su diagnóstico, dado la cantidad de cuadros diferenciales con características compartidas provocando retraso en la evaluación de especialidad e inicio de tratamiento, con RESULTADOS estéticos insatisfactorios al largo plazo.

PIOMIOSITIS DEL ANTEBRAZO: A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO.

Sergio Correa Díaz, Carlos Villafranca Brown, Valentina Alcalde Manríquez, Jorge Morales Sepúlveda
Médicos EDF Hospital de Lolol

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS: La piomiositis corresponde a una infección primaria bacteriana del músculo estriado, acompañada de forma frecuente por el desarrollo de colecciones en las capas musculares profundas. Se asocia a una serie de factores predisponentes, dentro de los que destaca la alteración de los mecanismos de defensa del huésped. Generalmente presenta un curso clínico subagudo, por lo que suele haber retraso en el diagnóstico, con el consiguiente aumento en la morbimortalidad debido a la progresión sistémica del cuadro séptico. Se presenta una revisión de la literatura, con miras a desarrollar un reconocimiento temprano del cuadro y un tratamiento oportuno. **MATERIAL Y METODO:** Revisión de literatura científica a partir un caso clínico evaluado en el Hospital de Lolol durante el mes de enero de 2021. **CASO CLÍNICO:** Paciente de sexo femenino, de 52 años, con antecedente de Hipertensión Arterial crónica en tratamiento con Enalapril. Consulta en Servicio de Urgencias por un cuadro de 4 días de evolución, caracterizado por dolor en fosa cubital izquierda, que aumenta con movimientos de mano y dedos ipsilaterales, asociado a aumento de volumen y limitación funcional. No refiere fiebre y niega traumas recientes o heridas adyacentes a la zona. Al examen físico destaca en fosa cubital izquierda aumento de volumen de aprox. 8 cm de diámetro, mal delimitado e indurado, sensible a la palpación, con eritema leve y aumento de temperatura local. Como estudio inicial se solicita Ecografía, que evidenció hallazgos sugerentes de miositis del músculo braquiorradial. Se indicó tratamiento con Cloxacilina endovenosa durante 4 días para luego completar 10 días en total con Flucloxacilina por vía oral, con resolución completa del cuadro y franco alivio sintomático. **DISCUSIÓN:** Clásicamente descrita en climas tropicales, la piomiositis ha presentado en el último tiempo un incremento de su incidencia en climas templados como el caso de nuestro país. Se describe el antecedente de traumatismo previo y/o ejercicio intenso como factores de riesgo y su principal agente etiológico es el Staphylococcus Aureus. Dentro de los grupos musculares más comúnmente afectados, se encuentra la cintura pelviana y los miembros inferiores, siendo el compromiso unifocal el más frecuente. Los síntomas varían según el período en el que sea pesquisada, destacando inicialmente fiebre, dolor muscular, palpación de músculos indurados y signos locales de inflamación que pudieran ser mínimos, al tratarse de una afectación profunda no extendida al tejido subcutáneo. El diagnóstico se basa en la clínica y es confirmado por imágenes, siendo la Resonancia Nuclear el Gold Standard; constituye el MÉTODO más sensible en estadios tempranos, sin embargo, su realización está limitada por los costos y el limitado acceso en nuestro medio, por lo que la Tomografía y/o Ecografía se recomiendan como alternativas. El tratamiento consiste en la administración de antibióticos parenterales y eventualmente drenaje quirúrgico, siendo las Penicilinas la primera opción empírica y en caso de sospecha de S. Aureus Meticilino-Resistente se recomienda el uso de Vancomicina. Aun cuando se trata de una entidad infrecuente, la falla en disponer de un diagnóstico temprano y el manejo tardío o incompleto, se asocian con el desarrollo de secuelas y mortalidad, por lo que es requerido un alto nivel de sospecha clínica.

DEPENDENCIA A BENZODIACEPINAS. UN PROBLEMA PREVENIBLE EN LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD.

Ana Belén Cortés Jiliberto (1), Macarena Janet Fernández Barrientos (2), Camila Belén Venegas Vergara (2)
(1) Médica Cirujana, Centro de Salud Familiar La Granja, La Granja
(2) Médica EDF, Centro de Salud Familiar Padre Esteban Gumucio, La Granja.

INTRODUCCIÓN. La adicción a Benzodiacepinas (BZD) es un problema de Salud Pública complejo de abordar. Es sabido su efecto positivo en los trastornos ansiosos y como coadyuvante en otras patologías psiquiátricas, sin embargo, el problema surge cuando son mal prescritos sin justificación clínica y/o por más tiempo del recomendado. El primer paso para prevenir su dependencia es caracterizar a la población a quien se le prescribe dado el subregistro en nuestro sistema estadístico (planillas REM) al no contar con el diagnóstico de "abuso y/o dependencia a BZD". **OBJETIVOS.** Establecer la magnitud del consumo de BZD en el CESFAM La Granja caracterizando a la población que retira. **MATERIAL Y METODO.** Se realiza un Estudio Observacional Descriptivo de pacientes que retiran BDZ durante el período de enero a julio del 2019, y su distribución por sexo, edad y diagnóstico. La información se recoge a través de la extracción de datos del sistema informático AVIS donde se realizan las recetas. **RESULTADOS Y CONCLUSIONES:** Diazepam 10mg. 74 pacientes. Predominio mujeres 58,1% y edad adulta (15 a 64 años) 71,6%. Hombres: Epilepsia, Dependencia alcohol y drogas. Mujeres: Crisis de Pánico y Depresión. Clonazepam 2mg: 141 pacientes. Predominio mujeres 77,3% y edad adulta 87,2%. Hombres: Trastorno de Ansiedad Generalizada, Epilepsia, Mujeres: Depresión, Crisis de Pánico. Clonazepam 0,5mg: 197 pacientes. Predominio mujeres 81,2% y edad adulta 81,7%. Hombres y mujeres: Depresión y Trastorno Ansiedad. **DISCUSIÓN Y COMENTARIOS**. Conocer las características de la población que retira BZD es una política acertada que puede generar un impacto significativo en su uso y, por ende, evitar daños generados por el abuso. Se debe avanzar en el control de la prescripción capacitando al personal médico en cuanto al uso racional de BZD según diagnóstico y tiempo limitado y fomentar otras indicaciones psicofarmacológicas con menor perfil adictivo (ej: hipnóticos no BZD).

UTILIDAD DE LA APLICACIÓN DEL INSTRUMENTO NECPAL-CCOMS-ICO 3.1© EN ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD, A PROPÓSITO DE UN CASO.

Carolina Cortés Castro (1), Diego Zamora Arancibia (2), Rosemarie Menke Zurita (1), Exequiel Novoa Padilla (3)
(1) Médica EDF CESFAM Dr. Jorge Sabat, Valdivia, (2) Médico EDF CESFAM Las Ánimas, Valdivia.
(3) Becado Medicina Familiar, CECOF Collico, Valdivia

Paciente B.P.M. de 84 años, recibiendo atenciones por parte de profesionales del Programa de Atención Domiciliaria (PAD) del CESFAM Dr. Jorge Sabat de la comuna de Valdivia desde los 78 años, cuando ingresó por discapacidad visual severa, con un índice Barthel de 65 puntos, indicador de dependencia física leve. Paciente con antecedente de hipertensión arterial, dislipidemia, insuficiencia cardiaca capacidad funcional II-III, amaurosis congénita en ojo derecho, catarata severa en ojo izquierdo, hipoacusia, neuralgia del trigémino y sospecha de demencia, además colelitiasis. Tuvo hospitalización por coledocolitiasis en octubre del 2020, donde se desestimó cirugía por alto riesgo quirúrgico. Tras el alta fue evaluada nuevamente por el equipo del PAD, donde se objetivó desorientación temporo- espacial con poca conexión con el medio, además dependencia física severa, dolor abdominal persistente, con limitación de ingesta y disminución de peso secundario. Ante la incertidumbre respecto al pronóstico de pacientes con enfermedades crónicas avanzadas no oncológicas, el instrumento NECPAL ofrece una guía para poder agregar a nuestro criterio subjetivo elementos objetivos para determinar que se trata de pacientes con pronóstico de vida limitada que se beneficiarían de un enfoque paliativo de su atención médica.
El instrumento inicia con la "pregunta sorpresa" (PS): "¿Le sorprendería que este paciente muriese a lo largo del próximo año?". Se consideran pacientes con necesidad de cuidados paliativos a los que cumplan con la PS afirmativa + al menos 1 de los parámetros a evaluar, los que son; 1) la demanda o expresión de limitación del esfuerzo o demanda de atención paliativa por el paciente, familia o equipo de salud, 2) declive nutricional, 3) declive funcional (en los últimos 6 meses, objetivado, no relacionado con proceso intercurrente reversible), 4) dependencia severa, 5) sindromes geriátricos (caídas,ulceras por presión, disfagia, delirium, infecciones a repetición), 6)síntomas persistentes (dolor, sensibilidad, anorexia, otros), 7) multimorbilidad (2 o más enfermedades), 8) uso de recursos (2 o + hospitalizaciones no planificadas en 6 meses o aumento de intensidad de intervenciones), 9) indicadores específicos de progresión de la enfermedad.En el caso de B.P.M., cuenta con PS + y 7 parámetros +, con lo que se demuestra el beneficio de un enfoque paliativo de sus atenciones y cuidados médicos. En base a ésto se exploraron las preferencias de la familia, se realizó orientación y educación a su cuidadora principal, se reorganizó su plan terapéutico en base a los nuevos objetivos, se prestaron atenciones integrales en domicilio y acompañamiento telefónico periódico hasta su fallecimiento 4 meses más tarde. El instrumento recientemente validado para nuestro país, permite objetivar de manera costo efectiva la necesidad de un manejo con enfoque paliativo. Queda como desafío en nuestro país, la creación de guías clínicas y programas orientados al manejo paliativo no oncológico, situación que es muy prevalente en atención primaria.

NEUROPATÍA Y MIOPATÍA DEL PACIENTE CRÍTICO SECUNDARIA A INFECCIÓN POR COVID-19. A PROPÓSITO DE UN CASO.

Stephani Cortés Silva (1), Eugenia Ossandón López (1), Felipe Abusleme Peñaloza (1), Ignacia Martínez Madrid (2)
(1) Médica EDF Hospital San Pedro Los Vilos, (2) Médica Cirujana Hospital San Pedro Los Vilos

INTRODUCCIÓN. Se estima que la incidencia de neuropatía y miopatía del paciente crítico es cercana al 50% en pacientes que permanecen en UPC por más de dos semanas. Dentro de las patologías relacionadas destaca el SDRA, con un alto número de casos por la pandemia COVID-19. Habitualmente se manifiesta como debilidad simétrica intensa de las extremidades, disminución de ROTs y debilidad del diafragma y músculos intercostales. Se presentan alteraciones electromiográficas compatibles con polineuropatía o miopatía respectivamente. Las concentraciones séricas de CK pueden ser normales o estar moderadamente aumentadas. No existe un tratamiento específico y el manejo es de soporte, con rehabilitación precoz. Se puede prevenir su incidencia en un 44% controlando exhaustivamente la hiperglicemia. **MATERIAL Y METODO.** Se rescatan datos de paciente del centro de diálisis del Hospital San Pedro de Los Vilos, quien estuvo internado en UPC del Hospital Sótero de Río por Neumonía por COVID-19 más de 60 días presentando miopatía y neuropatía del paciente crítico. **DESCRIPCIÓN.** Paciente 37 años con antecedentes de DM2 IR con daño a órgano blanco, ERC en HD e HTA. Presenta cuadro clínico típico de neumonía por COVID-19, confirmado por PCR y TAC de tórax. Evoluciona con insuficiencia respiratoria, por lo que requiere IOT para VMI. Durante estadía en UPC presenta difícil control metabólico asociado a múltiples infecciones intrahospitalarias, con variados tratamientos antibióticos. Por sobrecarga de volumen persistente recibe HD Y UFA seriadas y posteriormente trisemanal. Durante estadía, en contexto de multi invasión terapéutica, evoluciona con debilidad franca y simétrica de miembros inferiores con grado de fuerza M2, ROTs disminuidos, hipoestesia distal; estudio electromiográfico y de conducción nerviosa compatible con polineuropatía axónica motora y sensitiva, con reducción de amplitud de los potenciales de acción sensitivos y motores con velocidad de conducción normal; niveles de CK levemente elevados. Se inicia rehabilitación kinesiológica y fonoaudiológica. Se realiza decanulación y se resuelven patologías infecciosas adquiridas completando más de 60 días en UPC y 125 días hospitalizado. Al finalizar estadía, paciente logra sentarse y la bipedestación asistida. Se decide continuar rehabilitación de forma ambulatoria. **DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN.** En contexto de la pandemia COVID-19, se han incrementado la cantidad de ingresos a UPC por SDRA severo con estadías prolongadas, aumentando la incidencia de la miopatía y neuropatía del paciente crítico. Su prevención con adecuado control metabólico, detección activa a través de la clínica y EMG y su tratamiento precoz con rehabilitación, se han vuelto fundamentales para mejorar el pronóstico y la calidad de vida de estos pacientes.

HIPOTIROIDISMO CONGÉNITO EN LACTANTE CON TIROIDES ECTÓPICA, A PROPÓSITO DE UN CASO.

Jorge Cortés González (1), Paz Lira Lukacs (2), Jorge Contreras Aguilera (3), Carla Luengo Henríquez (4)
(1) Médico EDF CESFAM Quellón SAR Castro, (2) Médica EDF CESFAM Manuel Ferreira Gúzman
(3) Médico EDF Hospital Comunitario de Queilen SAR Castro, (4) Interna Medicina U. Autónoma, Talca

INTRODUCCIÓN: El hipotiroidismo congénito (HC) es una patología que resulta del déficit de hormonas tiroideas (HT) causado por alteraciones en el desarrollo de la glándula tiroides. La pesquisa neonatal en Chile se basa en los niveles de TSH en sangre (talón) de los recién nacidos. Como clínica más frecuente en RN o lactantes pequeños estos pueden presentar fontanela posterior >5 mm, hernia umbilical, piel seca, hipotonía, succión débil, ictericia persistente. Es importante determinar la etiología (esporádica o hereditaria). La importancia radica en que a pesar de su baja frecuencia es la principal causa de discapacidad intelectual (DI) prevenible. Por ello la importancia del screening, resultado precoz, y tratamiento, manteniendo estrecho control sobre todo los 3 primeros años de vida (20-35 % hipotiroidismo transitorio) **CASO CLÍNICO:** Lactante, con antecedente de RNTAEG 41 semanas, a los 7 días de nacida presentó cuadro de hiperbilirrubinemia no inmunológica con Bilirrubina total de 22.5, con tratamiento sintomático. Presentó desde nacimiento constipación asociada a persistencia de tinte ictérico que mantuvo en evaluación en APS. Luego, con TSH de screening neonatal a los 25 días de nacida de 330, con confirmación con TSH 452,3 y T4L 0,27. Ingresó con 1 mes a neonatología Hospital de Castro con distención abdominal, ictericia moderada. Ecografía tiroidea revela nódulos tiroideos bilaterales. Cintigrama tiroideo evidencia tiroides ectópica, lingual (línea media supramentoniana) y ausencia cintigráfica de tiroides. Endocrinólogo inicia levotiroxina 50ug por día. Persistió constipación, con imagen radiológica de fecaloma que mejoró con enema. Egresa en buenas condiciones, con control temprano con especialista. Retoma controles en APS Quellón por pandemia, sin evidencia clínica de alteración neurológica, pero en TSH de control 7/2020 destaca 30,6 y T4L 0,45, por lo que es revaluada por especialista para actualizar tratamiento farmacológico según peso actual. **CONCLUSIONES:** La DI asociada es prevenible si se inicia tratamiento antes de la segunda semana de vida extrauterina, independiente de etiología. Considerándose el pronóstico neurológico en forma inversa a la edad de diagnóstico e inicio de tratamiento. No olvidar el examen físico para detectar alteraciones de la línea media como hipertelorismo, micropene (<2.5cm) o hipoplasia de labios menores. Además del apoyo con ecografía cintigrafía tiroidea que mejora la capacidad de un correcto diagnóstico etiológico (técnicas complementarias). Considerando la mayor sensibilidad para ectopias del cintigrama, definiendo patrones normales, tiroides con tamaño aumentado, o disminuido, ausencia y/o ectopia.

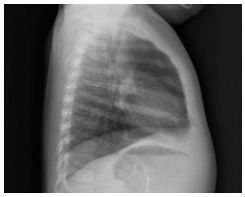
DESPLAZAMIENTO CARDIACO Y MEDIASTINICO COMO HALLAZGO RADIOLÓGICO EN PACIENTE PEDIATRICO CON CUERPO EXTRAÑO EN VÍA AÉREA.

Jorge Cortés González (1), Paz Lira Lukacs (2), Jorge Contreras Aguilera (3)
(1) Médico EDF, CESFAM Quellón – SAR Castro (2) Médica EDF, CESFAM Manuel Ferreira Gúzman
(3) Médico EDF, Hospital Comunitario de Queilen – SAR Castro

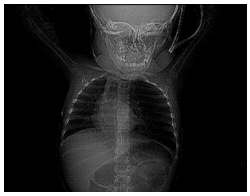
INTRODUCCIÓN: Los cuerpos extraños de la vía aérea constituyen un evento muy peligroso especialmente en la edad pediatrica, son la causa principal de muerte accidental en menores de un año y el riesgo se mantiene hasta los tres años. La prevención y el rápido diagnóstico puede salvar muchas vidas. La clínica puede ser muy variable desde el momento dramático de la inhalación con sofocación y ahogo hasta un examen normal una vez pasado el episodio agudo. El diagnostico se fundamenta en la clínica y se apoya con elementos diagnósticos como la radiografía de tórax y cuello en AP y L. Por esta razón el índice de sospecha y una buena historia a los cuidadores que acompañan a los niños es fundamental. **CASO CLÍNICO:** Consulta en SAR Castro paciente pediátrico de 1 año 2 meses con su madre por cuadro de tos seca persistente durante todo el día, de aproximadamente 7 días de evolución, sin otra sintomatología acompañante. Durante la consulta el paciente tose frecuentemente, el examen físico se encontraba dentro de la normalidad, con signos vitales estables. Se solicita radiografía de tórax PA-Lateral que muestra hiperinsuflación pulmonar izquierda con desplazamiento cardiaco y mediastínico a hemitórax derecho, atelectasia de Lóbulo superior de pulmon derecho e hipoinsuflación de lobulos medio e inferior. Se sospecha de aspiración de cuerpo extraño en vía aerea izquierda y se deriva a Hospital de Castro donde se realiza TAC de tórax de urgencias que muestra cuerpo extraño en bronquio principal izquierdo. Paciente es derivado a hospital de Puerto Montt donde se realiza fibrobroncoscopia y se retira maní de bronquio izquierdo. **CONCLUSIONES:** Lo más importante en la prevención de este evento es la educación de los cuidadores con el fin de evitar la exposición de niños pequeños a objetos que puedan ser potencialmente aspirados. Debe existir un alto índice de sospecha del equipo clínico tanto de atención primaria, como de los servicios de urgencia con el fin de pensar en el diagnóstico aún cuando la historia no sea clara y el examen físico y la radiología sean normales, para realizar un tratamiento y derivación precoz del paciente a un centro con capacidad y tecnología para el manejo oportuno de la obstrucción y así evitar desenlaces desfavorables.

ANEXO CASO 2: *DESPLAZAMIENTO CARDIACO Y MEDIASTINICO COMO HALLAZGO RADIOLÓGICO EN PACIENTE PEDIATRICO CON CUERPO EXTRAÑO EN VÍA AÉREA*.

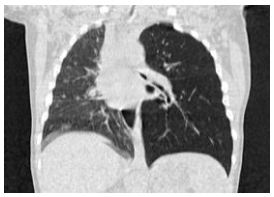
Rx Tx PA



Rx Tx PA



Scout TC Tórax con contraste



TC de tórax con cuerpo extraño en lumen de bronquio principal izquierdo

CARCINOMA VERRUCOSO MAXILAR Y SU MANEJO INTERDICIPLINARIO, REPORTE DE UN CASO

Diego Andrés Cruz Lathrop (1), Jovanka Valentina Apablaza Alvania (2), Jose Antonio Araus Tapia (3)
(1) Cirujano Dentista EDF CESFAM Dr. Luis Herrera Rojas, Chañaral, (2) Médica EDF Hospital Jerónimo Mendez, Chañaral, (3) Médico EDF CESFAM Dr. Luis Herrera Rojas, Chañaral

INTRODUCCIÓN: Según el Instituto nacional del cáncer (INC), el cáncer oral presenta una elevada morbi-mortalidad, con una sobrevida del 56,9% a los 5 años, lo que constituye un grave problema de salud pública. Si bien, el 90 % de los casos se asocia a carcinoma espinocelular, existen diversas variantes menos prevalentes como lo es el Carcinoma Verrucoso (CV). Respecto de las neoplasias de cabeza y cuello, el CV suele presentarse con mayor frecuencia en la cavidad oral, representado por un 75% de los casos, seguido de laringe con un 15-35%. Se ha observado que presenta predilección por sexo masculino durante en la 6ta y 7ma década de vida. El CV se considera un carcinoma de invasión limitada y bajo grado de metástasis, es localmente agresivo, pero suele estar bien delimitado. De etiología desconocida, se asocia a factores de riesgo como tabaquismo crónico e infección por virus papiloma humano (VPH) genotipos 16 y 18. El tratamiento consta de la escisión quirúrgica de la lesión, que puede o no estar precedida por radioterapia según el grado de avance de la neoplasia. **REPORTE DEL CASO:** Paciente, sexo femenino de 65 años, con antecedentes mórbidos de hipotiroidismo, Sindrome de Sjogren, artritis reumatoide juvenil, asma y TBC latente. Consulta con Odontológo en APS derivada desde extrasistema con diagnóstico diferencial de Fibroma irritativo maxilar. Al examen intraoral se observa paciente desdentada total bimaxilar, portadora de protesis dentaria total, soportada sobre implantes. Lengua y mucosas de aspecto brillante y seco, con evidente hiposalia. Se observa ulcera intraoral en zona de tuberosidad maxilar derecha, de extensión difusa, desde fondo de vestíbulo a reborde infra-protésico, por lo que el examen se ve dificultado debido a la presencia de implantes dentarios osteointegrados. Se toman fotografías clínicas previo consentimiento de la paciente y se realiza interconsulta a cirugía maxilofacial para remover prótesis y tomar biopsia representativa de la lesión. **DISCUSIÓN:** Luego de la remoción del aparato protésico, se toma biopsia incisional en Hospital regional de Copiapó por cirujano máxilo facial, obteniendo como resultado Carcinoma escamoso bien diferenciado verrucoso. Se realiza estudio de diseminación con tomografía computada de cerebro-cuello. Sin evidencia de enfermedad metastásica o adenopatías cervicales. Se espera evaluación de comité local de cabeza y cuello para definir manejo. Según el instituto de referencia de patología oral de la Universidad de Chile (IREPO), la localización en maxilar suele ser la menos prevalente con un 9,2% de los casos diagnosticados en el territorio oral. Se sugiere la extirpación quirúrgica sin necesidad de radioterapia, asociado en la literatura a una tasa de supervivencia a los 5 años de 77.6% a 88.9% (Ogawa et al 2005). Sin embargo, se sugiere un control mantenido en el tiempo ya que se menciona una recurrencia poco definida que va del 6.12 al 40%, principalmente asociado a tratamiento quirúrgico inadecuado.

ENFERMEDAD DE POTT. DIAGNOSTICO DIFERENCIAL DE LUMBAGO DE LARGA DATA.
A PROPÓSITO DE UN CASO.

Javiera Cuevas Nardecchia, Gabriel Bravo Rodriguez, Loreto Lara Perez,
Médicos EDF Hospital de Cauquenes

INTRODUCCION: El lumbago es una causa frecuente de consulta en los servicios de urgencias, siendo en más del 90% de los casos su etiología de tipo mecánica, centrándose el manejo en el reposo físico y analgesia. No obstante, en menos del 10% de los casos podemos encontrar otras causas, entre ellas una variante de TBC extrapulmonar, la enfermedad de Pott. La espondilitis tuberosa, también llamada enfermedad de Pott, representa un 1-5% de los casos de tuberculosis y un 50% de los casos de TBC extrapulmonar en huesos y articulaciones. La espondilitis tuberculosa es más frecuente en varones adultos. Suele diseminarse por vía hematógena desde el sistema respiratorio o genitourinario, aunque también pueden colonizar la columna por extensión directa. Su síntoma cardinal es el dolor y puede acompañarse de fiebre y diaforesis nocturna. Afecta por orden de frecuencia a la columna dorsal, lumbar y cervical. Se presenta en mayor proporción en pacientes con HIV, representando un 76% de los casos. **PRESENTACION DEL CASO**: Se presenta paciente con cuadro de dolor lumbar bilateral de 2 años de evolución, que en último mes aumenta de intensidad agregándose dificultad para la marcha, sin fiebre u otros síntomas. Al examen físico destaca dolor en fosa iliaca izquierda con defensa muscular ipsilateral, sin signos de irritación peritoneal. Se realiza TC columna lumbar: espondilodiscitis de L3-L4, con absceso de psoas bilateral, predominio izquierdo de 23 cm aprox. Se realiza screening infeccioso: VIH, VDRL, Hepatitis B y C negativos. RMN con contraste: espondilodiscitis de L3-L4, con fractura compresiva de los cuerpos vertebrales y extensa colección de aspecto abscedado que infiltra músculos psoas bilateral mayor a izquierda, ocupación epidural y foraminal que se extiende hasta la pelvis. Se desestima manejo quirúrgico de fracturas vertebrales. Se realiza drenaje dando salida a liquido purulento aprox. 500cc. Se realiza PCR para TBC: positiva. Se inicia esquema con buena respuesta, kinesioterapia y seguimiento. **DISCUSION**: La TBC sigue siendo un problema prevalente de salud en el mundo. Las formas de presentación clínica son muy variadas, 70% caracterizada por compromiso pulmonar y el 30% extrapulmonar, siendo el compromiso articular uno de los más frecuentes, posterior al ganglionar y meníngeo. La forma extrapulmonar es más frecuente en niños y en personas con algún grado de inmunodeficiencia, no obstante, en este caso el paciente está por fuera de ambas condiciones. La Enfermedad de Pott es una entidad infrecuente y de difícil diagnóstico, requiere de un alto grado de sospecha clínica. El pronóstico está marcado fuertemente con la rapidez en que se instaure tratamiento médico.

IMPORTANCIA DE LA OSTEOMIELITIS AGUDA COMO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL: A PROPÓSITO DE UN CASO PEDIÁTRICO.

Pía Cuevas Valdivia (1) Miguel Aros Hormazábal (2), Rodrigo Mendibure Valdes (1), José Vía Dorado Campora (3)
(1) Médico EDF Hospital de Mulchén, (2) Médico EDF Hospital de Huépil, (3) Interno Medicina 6° año,
Universidad Andrés Bello

INTRODUCCIÓN: La osteomielitis es una infección ósea de transmisión principalmente hematógena siendo el agente etiológico más frecuente Staphylococcus Aureus. Ocurre principalmente en huesos largos de extremidades inferiores como tibia y fémur. Es una entidad poco frecuente estimándose una incidencia de 1:1000 a 1:20000 niños. Más del 50% de los casos ocurre en menores de 5 años con predominio masculino. La sospecha clínica se realiza ante síntomas constitucionales, fiebre, dolor, signos inflamatorios locales e impotencia funcional. En caso de no ser tratado de forma adecuada puede generar secuelas permanentes por daño al cartílago de crecimiento o daño articular. **CASO CLÍNICO**: Paciente escolar 13 años, sexo masculino, sin antecedentes mórbidos consulta en el Servicio de Urgencias de hospital de baja complejidad por cuadro de 1 día de evolución de cefalea y fiebre, se realiza sospecha de COVID-19 por lo que se toma PCR SARS COV-2 con resultado negativo, se diagnostica sinusitis aguda y se indica tratamiento antibiótico con amoxicilina. Reconsulta al día siguiente por persistencia de fiebre, se agrega ácido clavulánico y se solicitan exámenes dentro de los que destacan leucocitos 9100 (71% neutrófilos) y PCR 204. Ante parámetros inflamatorios elevados y persistencia de fiebre se realiza nuevo interrogatorio dirigido y examen físico ante lo que paciente relata dolor en hombro izquierdo que no cede al uso de antiinflamatorios. Niega síntomas respiratorios, gastrointestinales y urinarios. Al examen físico se pesquisa sólo impotencia funcional del hombro, sin signos inflamatorios locales, por lo que se deriva a Hospital de referencia para evaluación por especialista dada sospecha de infección osteoarticular. En dicho centro se realiza fenestración de húmero dando salida a material purulento en relación al periostio bajo cobertura antibiótica con Cloxacilina y Gentamicina. Se hospitaliza, se rescatan cultivos de secreción y hemocultivos con resultado positivo para Streptococcus Aureus productor de betalactamasa resistente a Ampicilina y Penicilina. Paciente evoluciona de manera favorable, se indica alta y completa esquema antibiótico ambulatorio con Flucloxacilina por 30 días sin complicaciones. **CONCLUSIONES**: Las infecciones osteoarticulares son infrecuentes en la edad pediátrica y son difíciles de reconocer en fases precoces de la enfermedad. En todo paciente con síndrome febril de foco no precisado es imprescindible considerar como diagnóstico diferencial a las infecciones osteoarticulares, dado que pueden evolucionar con secuelas irrecuperables que son prevenibles si son detectadas a tiempo.

TUBERCULOSIS, LA GRAN SIMULADORA, AUN EN EL SIGLO XXI SIGUE SIENDO UN DOLOR DE ESTOMAGO

Josefina Daneri Ehlers (1), Camila Sepúlveda Galleguillos (2), Josefa Flores Gutiérrez (3)
(1) Médico EDF, Cesfam Marcos Macuada Ogalde, Ovalle (2) Médico EDF, Cecosf Lo Chacón, El Monte,
(3) Médico EDF, Cesfam Santa Cecilia, Coquimbo

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS: La tuberculosis (TB) continúa siendo un problema de salud pública en el mundo. Mimetiza toda una variedad de padecimientos, lo que hace necesario mantener un alto nivel de sospecha y conocer al detalle la enfermedad. El objetivo de la presentación es reconocer la TB como un desafío diagnóstico, mediante un caso clínico. **MATERIAL Y METODO:** Hombre de 25 años, sano, consulta por dolor en fosa ilíaca derecha y distensión abdominal progresiva, discreta baja de peso y astenia de un mes de evolución. Ecotomografía abdominal evidencia adenopatías intraabdominales y esplenomegalia, por lo que se inicia estudio y manejo por equipo multidisciplinario bajo la sospecha de síndrome linfoproliferativo de tipo linfoma versus neoplasia de otro origen o infección. Destaca en tomografía "Linfonodos periyugulares y submaxilares bilaterales de carácter inespecífico. Esplenomegalia y adenopatías múltiples, la de mayor tamaño en meso ileocólico, con linfonodos retroperitoneales aumentados de tamaño. Lesión lítica de hueso iliaco derecho". Análisis hematológico y bioquímico en rango; serología descarta Toxoplasma, CMV, EB, VIH, HTLVI, VHB, VHC. Electroforesis de proteínas reporta leve banda de aspecto monoclonal en región gamma. Resonancia magnética descarta malignidad de lesión lítica en hueso iliaco derecho. Biopsia de adenopatía cólico derecho e ileocólica concluyen hiperplasia linfoide mixta y linfoadenitis granulomatosa caseificante, de tipo tuberculoso. Se inicia tratamiento con esquema primario de TB. **RESULTADOS Y CONCLUSIONES:** La presentación extra pulmonar constituye el 18.6% de todas las formas de TB. Debido a su baja incidencia y a que los síntomas varían según su localización, el diagnóstico se convierte en un verdadero reto para el equipo médico, sobre todo en ausencia de factores de riesgo que nos hagan sospechar la enfermedad o con presentación clínica atípica, como en este caso clínico. Es por esto que debemos mantenernos actualizados para diagnosticar y tratar oportunamente, y así lograr cumplir con los objetivos de curación y detener la transmisión de la enfermedad. **DISCUSIÓN O COMENTARIOS:** La incidencia nacional de TB ha disminuido, sin embargo sigue siendo un problema preocupante debido a factores de riesgo no resueltos que impiden su erradicación, como la pobreza, el hacinamiento y la migración desde países con alta endemia. Estamos frente a una TB diferente, con mayores afectaciones orgánicas debido a la coexistencia con VIH y al aumento de la multirresistencia a los antimicrobianos. Así, la TB se convierte en un verdadero desafío diagnóstico, condicionando a errores y a manejos poco oportunos que perpetúa la trasmisión y aumentan el riesgo de morbimortalidad.

ABSCESO DEL MÚSCULO ILIOPSOAS TUBERCULOSO, EN PACIENTE VIH, A REPORTE DE UN CASO.

(1) Frank De Souza Ortiz (2) Andrés Ojeda Inzunza (3) Cristian Mercado Salinas (4) Cristóbal Navarrete Soto.
(1) Médico Cirujano APS CECOSF Valle Hondo. (2) Medico Cirujano EDF. Hospital Comunitario de Salud Familiar de Bulnes.
(3) Médico Cirujano EDF. Consultorio General Rural Pueblo Seco. (4) Medico Cirujano EDF. CECOSF Tres esquinas. Bulnes.

INTRODUCCIÓN: El absceso del músculo iliopsoas (AMI) es una afección poco frecuente y de difícil diagnóstico, con una presentación clínica atípica inespecífica, se clasifica en primario y secundario.
REPORTE DEL CASO: Paciente masculino de 31 años VIH, consumidor de droga parenteral. Consulta por cuadro de 15 días de evolución de dolor lumbar y cadera izquierda que aumenta al flexionar el muslo ipsilateral y fiebre de 38ºC con automedicación de amoxicilina 500mg e ibuprofendo 400mg se asocia compromiso del estado general, febril dolor abdominal, bradipsiquia y limitación total a la deambulación. La Tomografía computada (TC) de abdomen y pelvis mostró hipodensidad en relación al músculo iliopsoas izquierdo diagnosticándose absceso músculo iliopsoas (AMI) primario. Indican antibióticos de amplio espectro sin mejoría clínica. Punción lumbar (PL) y estudio del LCR que revela hipoglucorraquia, proteínas y adenosin deaminasa elevadas de 18 U/L dando compatible con Tuberculosis meníngea. Inician tratamiento empírico penta-asociado para tuberculosis (TBC) meníngea con buena evolución. TC de control, realizada tres semanas después, muestra una imagen con compromiso vertebral de L4 y L5, lo que indica un foco infeccioso inicial de origen vertebral. Realizan punción y drenaje percutáneo del absceso y se toma cultivo de Koch dando positivo. Evoluciona asintomático y en buenas condiciones generales. Inicia terapia anti-tísica, y luego de completar cinco dosis diarias de tratamiento es dado de alta continuando la terapia de forma ambulatoria. **DISCUSIÓN:** El mayor responsable de los abscesos primarios es Staphylococcus aureus con un 88%, luego Estreptococo y Escherichia coli. Si bien, Mycobacterium tuberculosis es una causa aún más infrecuente de abscesos del iliopsoas, con el aumento de la población VIH positiva es probable que con el tiempo se observe una mayor frecuencia (8/10). **CONCLUSION**: Siendo el AMI una patología infrecuente, se debe hacer diagnóstico diferencial de procesos infecciosos intraabdominales. El estudio de elección diagnóstico y terapéutico es la TC, actualmente el drenaje percutáneo es el abordaje terapéutico con mayor éxito. Un diagnóstico oportuno y el tratamiento adecuado permiten una alta tasa de curación de este cuadro.

DIAGNÓSTICO TARDÍO DE INFARTO MESENTÉRICO SIN NECROSIS NI NECESIDAD DE CIRUGIA, A PROPÓSITO DE UN CASO.

(1) Frank De Souza Ortiz (2) Andrés Ojeda Inzunza (3) Cristian Mercado Salinas (4) Cristóbal Navarrete Soto.
(1) Médico Cirujano APS CECOSF Valle Hondo. (2) Médico Cirujano EDF. Hospital Comunitario de Salud Familiar de Bulnes.
(3) Médico Cirujano EDF. Consultorio General Rural Pueblo Seco. (4) Medico Cirujano EDF. CECOSF Tres esquinas. Bulnes.

INTRODUCCIÓN: El infarto intestinal es un cuadro de elevada mortalidad en que se produce una hipoperfusión del intestino. Los síntomas de presentación inespecíficos lo cual provoca, en muchas ocasiones, que el diagnóstico se establezca tardíamente. **REPORTE DEL CASO**: Paciente femenina de 62 años de edad, antecedentes de Obesidad DMNIR, HTA, Polio Secuelada. quien, a finales de octubre de 2020, presentó dolor abdominal en hipocondrio derecho de alta intensidad, acude a consulta particular. Examen físico: Abdomen blando, depresible, sensible leve a la palpación de HD, sin irritación peritoneal. RHA (+), normales, no se palpan masas ni visceromegaleas. Se realizó estudio con Tomografia Computada de abdomen 10.11.2020: A nivel del plano graso intraperitoneal vecino y adyacente al lóbulo hepático derecho se observa un engrosamiento infiltrativo mal definido del tejido graso, en una extensión de 8 x 10 cm de diámetro, que presenta realce significativo con el uso de contraste. Posteriormente se realizó estudio con AngioTAC de abdomen 5.1.2021: Área ovalada de aumento de la densidad del tejido adiposo intraperitoneal del hipocondrio derecho, con características altamente sugerentes de infarto mesentérico en flanco derecho e infarto omental sin necrosis intestinal ni necesidad de cirugía. Fue evaluada por cirujano quien solicito valoración cardiológica para descartar fuente embólica, se descarta. Recibe tratamiento con Etoricoxib 120 mg/día SOS y ASA 100 mg/día. Sin dolor actualmente, acude a Cecosf Valle Hondo donde se realiza IC a cirugía y urología para control y seguimiento. **DISCUSIÓN**: Un estudio inicial en este caso una Tomografia Computada de abdomen, no concluyente, 2 meses después se realiza la AngioTAC de abdomen donde se evidencia el infarto mesentérico e infarto omental, sin necrosis intestinal ni necesidad de cirugía. Se demuestra un diagnóstico tardío que en este caso no paso a complicaciones mayores. **CONCLUSION**: La isquemia mesentérica es una patología relativamente infrecuente, aunque presenta una elevada mortalidad. Los síntomas con los que se presenta suelen ser inespecíficos La técnica diagnóstica de elección es la Angio-TAC.

NEUROFIBROMATOSIS TIPO I EN LA ATENCIÓN PRIMARIA, REPORTE DE UN CASO.

Xiomara Defaz Nogales (1), Aníbal Méndez Valdés (2), Daniela Henríquez Torres (2), Jeannette Calzadilla Riveras (2)
(1) Médico Cirujano Artículo 9, Hospital de Chanco.
(2) Médico EDF, Hospital de Chanco

INTRODUCCIÓN: La Neurofibromatosis incluye un conjunto de enfermedades hereditarias perteneciente al grupo de patologías neurocutáneas. Hay tres variantes: la Neurofibromatosis tipo 1, la más frecuente, caracterizada principalmente por lesiones cutáneas y neurofibromas, la Neurofibromatosis tipo 2, poco frecuente, con predominio de manifestaciones tumorales del sistema nervioso central y periférico, sin lesiones cutáneas, y la Neurofibromatosis tipo 3, la menos frecuente, que se distingue de los otros tipos por la presencia de tumores provenientes de las vainas nerviosas que se denominan schwannomas.
OBJETIVO: Analizar el caso clínico de un paciente pediátrico con diagnóstico de Neurofibromatosis 1, sospechado en la atención primaria a los 8 días de nacido, en lo que concierne a su presentación clínica y diagnóstico, reportando las oportunidades de mejora para la identificación en la atención primaria**. MATERIAL Y METODO:** Caso clínico, análisis descriptivo y retrospectivo. **RESULTADOS Y CONCLUSIONES:** Paciente masculino, nacido de termino, parto por cesárea, con talla, peso, perímetro cefálico y APGAR normales. Durante el control de diada se pesquisan máculas color café en región dorsal y aumento de volumen en tercio proximal de tibia derecha. Se realiza radiografía encontrando fractura patológica de diáfisis de tibia. Se deriva a centro de mayor complejidad por sospecha de Neurofibromatosis tipo 1, donde inicia control multidisciplinario y se confirma diagnóstico. **DISCUSIÓN**: En este caso, la enfermedad se manifestó a una edad temprana, sin embargo, en la mayoría de los casos tarda en evidenciarse. Es importante conocer signos clínicos que permitan sospecha; manchas cutáneas sin relieve de color marrón claro, efélides en región axilar o inguinal, nódulos de Lisch, neurofibromas, u otras menos frecuentes, que incluyen deformidades óseas, tumores en el nervio óptico y alteraciones en el desarrollo. **CONCLUSIONES:** La Neurofibromatosis tipo I es una enfermedad que representa un desafío diagnóstico y terapéutico para el Médico General en APS, por lo que es fundamental conocer sus características clínicas, pronóstico y el impacto en la calidad de vida del paciente. Requiere prestaciones de salud de especialistas y subespecialistas en neuropediatría, neurocirugía pediátrica, genética, medicina interna, oftalmología, psiquiatría, etc. Por lo que debe ser puesta en conocimiento del personal de salud y comunidad con la finalidad de promover su detección tempranamente.

TAQUICARDIA VENTRICULAR COMO MANIFESTACION DE MIOCARDITIS EN PEDIATRIA: A PROPOSITO DE UN CASO.

Catalina del Campo Vergara (1), Julio Salviat Coronado (1), Xiomara Defaz Nogales (2), Jeannette Calzadilla Rivera (1)
(1) Médico EDF Hospital Dr. Benjamín Pedreros, Chanco, (2) Médico Hospital Dr. Benjamín Pedreros

INTRODUCCIÓN: La miocarditis en pediatría es una enfermedad infrecuente. La presentación clínica es muy variada: desde formas leves hasta formas graves (como arritmias) que pueden llevar a la muerte y que se inician frecuentemente con síntomas inespecíficos. Por otra parte, la taquicardia ventricular (TV) es de las arritmias menos habituales en pediatría por lo que puede ser un desafío para el médico de urgencias. Para lograr el diagnóstico de ambas, es fundamental realizar una anamnesis detallada, examen físico completo y complementar con ECG. **OBJETIVOS:** presentar caso de TV secundaria a miocarditis, para reforzar la importancia de manejo adecuado y oportuno que evite un desenlace fatal. **MATERIAL Y METODO:** análisis de caso clínico, trabajo observacional, descriptivo. Se presenta caso de paciente de 2 años, sexo femenino, sin antecedentes mórbidos, con consultas previas en APS por cuadro de tos seca, odinofagia, decaimiento, diarrea, vómitos y fiebre. Al día 12 de evolución es derivada a Hospital de Chanco por empeoramiento de los síntomas. Al ingreso decaída, pálida, taquicardia de 190 lpm, polipneica, rr2tss, mp+ con estertores bibasales, afebril. Monitor muestra taquicardia regular de complejo ancho con frecuencia hasta 253 lpm, por lo que se realiza cardioversión eléctrica con 8 joules, recuperando ritmo sinusal, Radiografía de tórax muestra cardiomegalia. Se traslada a centro de derivación, donde evoluciona con insuficiencia cardiaca, se maneja con dobutamina, antibióticos e inmunoglobulina. Ecocardiograma muestra derrame pericárdico leve, con estructura normal, fracción de eyección límite 35-40%, coronarias indemnes. Cardiólogo diagnostica miocarditis viral. **DISCUSIÓN y CONCLUSIONES:** La miocarditis se puede presentar a cualquier edad, pero afecta con más gravedad a los recién nacidos y a los lactantes. La causa más frecuente son las infecciones virales. Realizar el diagnóstico de miocarditis sólo basado en la presentación clínica es muy difícil ya que se puede manifestar con síntomas inespecíficos, por lo que es muy importante sospecharlo en caso de taquicardia asociada a inestabilidad hemodinamia y/o signos de insuficiencia cardiaca. El electrocardiograma detecta anormalidades en más del 90% de los casos, siendo el hallazgo más frecuente la taquicardia sinusal. En este caso clínico, se sospechó alteración cardiaca por la frecuencia cardiaca elevada y signos de mala perfusión. El rápido manejo de la taquicardia ventricular evitó un desenlace fatal. El manejo de la TV inestable consiste en cardioversión eléctrica a 0.5-1 j/kg. Es fundamental que el médico de urgencias conozca el manejo inicial de este tipo de cuadros para evitar evolución a paro cardiorespiratorio.

CARACTERIZACIÓN DE PACIENTES TRATADOS POR TUBERCULOSIS (TBC) EN CESFAM OHIGGINS DE CONCEPCIÓN, DESDE ABRIL DEL AÑO 2017 A ENERO DEL AÑO 2021.

Pamela Del Campo Mera (1), Nicolás Aguayo Riquelme (1), Matías Cisterna Nass (1), Rodolfo Venegas Medina (2)
(1) Médico Cirujano EDF, CESFAM O´Higgins (2) Interno Medicina, Universidad Católica de la Santísima Concepción.

INTRODUCCIÓN: La TBC corresponde a una enfermedad infectocontagiosa que ha experimentado un alza en la tasa de incidencia y morbilidad en Chile desde el año 2014. Durante el año 2019 en la ciudad de Concepción la tasa de morbilidad alcanzó un 19,7% la cual se encontró sobre el promedio nacional que fue de 15,2%. **OBJETIVOS:** Analizar a los pacientes en tratamiento e identificar los factores de riesgo principales, para poder enfocar la pesquisa y llegar a un diagnóstico y tratamiento oportuno. **MATERIAL Y METODO:** Estudio descriptivo, retrospectivo. Se analizaron los datos registrados en la planilla de estadística mensual del programa TBC. **RESULTADOS:** Durante el periodo analizado hubo un total de 34 pacientes en control por TBC, de los cuales el 88,2% correspondió a TBC pulmonar y 11,8% a extrapulmonar, siendo la afección de linfonodos (5,9%) la más frecuente seguida de afección ósea (2,9%) y pleural (2,9%). El rango etario fue de 23 a 82 años, con un promedio de 49 años. El 94,1% era de nacionalidad chilena, y un 2,9 % de nacionalidad venezolana y colombiana respectivamente. El 67.6% correspondió al sexo masculino. El principal factor de riesgo fue la situación de calle (41,17%), seguida de la coinfección retroviral, adultos mayores de 60 años y sobreconsumo de alcohol y drogas, con un 20.6% cada uno. **CONCLUSION:** Al analizar los RESULTADOS obtenidos, se concluye que es fundamental que cada centro conozca el perfil de los pacientes en control por TBC para poder enfocar la búsqueda activa. De acuerdo al estudio epidemiológico presentado el año 2020 por el Programa de Control y Eliminación de la Tuberculosis (PROCET) a nivel nacional, la población de riesgo principal fueron los extranjeros con un 23.7% del total de casos, lo cual dista mucho de la realidad de nuestro CESFAM, en donde el foco son las hospederías y albergues que se encuentran bajo jurisdicción territorial.

CARACTERIZACIÓN NUTRICIONAL DE POBLACIÓN PREESCOLAR Y ESCOLAR DE CESFAM O'HIGGINS, CONCEPCIÓN.

Pamela Del Campo Mera (1) Nicolás Aguayo Riquelme (1) Matías Cisterna Nass (1) Rodolfo Venegas Medina (2)
(1) Médico Cirujano EDF CESFAM O´Higgins (2) Interno Medicina, Universidad Católica de la Santísima Concepción

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS: Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) la obesidad infantil se ha convertido en uno de los problemas de salud más graves del siglo XXI. En Chile la malnutrición por exceso presenta una muy alta prevalencia la que se ha visto aumentada en este periodo de pandemia, lo que se ve graficado en el Mapa Nutricional JUNAEB 2020 donde la mitad de los estudiantes evaluados presentan sobrepeso u obesidad, habiendo en este último ítem un aumento desde un 23,5% el año 2019 a un 25,4% durante el año 2020. El OBJETIVO es caracterizar a la población pediátrica del CESFAM O'Higgins para conocer el alcance de esta patología en el centro y en base a esto elaborar un plan de acción y prevención. **MATERIAL Y METODO:** Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo en base a datos recolectados por el personal sanitario en las distintas atenciones realizadas, los que se almacenaron en la plataforma AVIS. Se tomó un total de 1.280 datos que corresponden al total de niños dentro del grupo estudiado. A estos se les clasificó en 2 grupos por edad, el grupo 1 o preescolar, de 2 a 5 años 29 días y el grupo 2 o escolar, de 5 años y 1 mes hasta los 10 años, luego se calculó para el grupo 1 el índice Peso/Talla (P/T) y para el grupo 2 el índice de masa corporal (IMC) que fueron los indicadores utilizados para determinar el estado nutricional de cada paciente, basándonos en las curvas de crecimiento de la OMS. **RESULTADOS:** De un total de 1.280 niños evaluados, 641 pertenecían al grupo 1, de los cuales 380 tenían un estado nutricional normal, 152 presentaron sobrepeso, 70 obesidad, 31 riesgo de desnutrición y 8 desnutrición. Al grupo 2 pertenecían 639 niños de los cuales 346 estuvieron dentro del rango de la normalidad, 156 presentaron sobrepeso, 99 obesidad, de los que 24 fueron obesos severos y 38 en riesgo de desnutrición. Lo que en porcentajes fue un 56,7% en rango normal, un 24% con sobrepeso, un 13,2% con obesidad, de los que un 1,9% fueron obesos severos, un 5,4% en riesgo de desnutrición y un 0,63% desnutridos **DISCUSIÓN**: Se ha observado una correlación entre los datos obtenidos en el CESFAM O'Higgins y los entregadas por JUNAEB en su mapa nutricional 2020 y los publicadas por la OMS. Existe un alto porcentaje de niños con sobrepeso y obesidad, principalmente por malos hábitos alimenticios y un estilo de vida sedentario, lo que se ha visto perpetuado en el tiempo por factores como la vulnerabilidad social, económica y educacional, a esto se le suma el impacto que ha causado la pandemia del COVID-19 durante el último año. Es imperante realizar a futuro un nuevo estudio para identificar con exactitud los distintos factores que influyen sobre el estado nutricional de la población pediátrica del CESFAM O'Higgins y en base a estos elaborar un plan de acción personalizado que incluya educación nutricional y actividad física.

ENCEFALITIS POR ANTICUERPOS CONTRA EL RECEPTOR DE N-METIL-D-ASPARTATO (NMDAR): REPORTE DE CASO

Camila Delgado Ávila, Edgard Ibáñez González, Sebastián Oyanedel Pérez, Diego Montesinos Toro
Médicos EDF SAR Miraflores.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS: La encefalitis es una inflamación del parénquima cerebral, que clínicamente se manifiesta por alteración neurológica. La encefalitis por anticuerpos anti-NMDAR se describió por primera vez el año 2007, siendo el primer caso en Chile el 2012. Se considera como una patología grave y mortal pero potencialmente reversible que daña el receptor NMDAR implicado en la transmisión sináptica y plasticidad neuronal. El OBJETIVO de este trabajo es presentar una patología de baja frecuencia y de la cual se debe tener una alta sospecha ya que, al tener un cuadro clínico variado, el diagnóstico supone un desafío médico. **MATERIAL Y METODO:** Se revisó bibliografía indexada en Pubmed bajo los conceptos MeSH “Encephalitis” AND “Antibodies” AND "Autoimmune Diseases of the Nervous System". Bajo los filtros “Review” y “last 5 years”. La información del caso clínico fue obtenida de la ficha clínica del paciente. **RESULTADOS Y CONCLUSIONES:** Mujer de 17 años sin antecedentes mórbidos consultó por cuadro de crisis convulsivas tónico-clónicas asociadas a desorientación, alteración del lenguaje, corea y compromiso de conciencia con progresión a estado catatónico que requirió soporte con drogas vasoactivas y ventilación mecánica. Cómo estudio, se realizó TAC, RNM y AngioTac de cerebro que resultaron sin alteraciones, punción lumbar normal y panel viral negativo. Además, se descartó encefalitis herpética, encefalopatía por Hashimoto y Creutzfeldt-Jakob. Se sospechó encefalitis autoinmune mediada por anticuerpos y se solicitó anticuerpo anti-NMDA que resultó positivo, realizándose el diagnóstico. **DISCUSIÓN:** La incidencia de la encefalitis anti-NMDAR no se conoce y se considera la segunda causa de encefalitis inmuno mediada. El 80% son mujeres caucásicas y el 40% menores de 18 años. El 75% de los pacientes, se recupera o queda con secuelas leves, mientras que un 25% queda con discapacidad severa o muere. Las opciones de tratamiento incluyen, inmunosupresión con un 75% de recuperación completa y como segunda línea inmunomoduladores. En nuestro caso se utilizó metilprednisolona, inmunoglobulina y plasmaféresis con mala respuesta por lo que se inicia terapia con rituximab y ciclofosfamida con mejores RESULTADOS. Es de importancia presentar esta patología descubierta recientemente, de difícil diagnóstico, ya que en nuestro país no se dispone de recursos para estudio inmunológico local y en el que el deterioro neurológico progresivo y la muerte pueden ocurrir sin un tratamiento adecuado y oportuno.

AMENORREA SECUNDARIA A HIPERPROLACTINEMIA POR MICROPROLACTINOMA: REPORTE DE CASO

Barbara Dewulf Roman (1), Francisca Rojas Espinoza (2), Antonio Ramírez Hidalgo (1)
(1) Médico EDF, Hospital Comunitario de Til Til, (2) Médico General, Hospital Comunitario de Til Til.

INTRODUCCIÓN: La hiperprolactinemia corresponde al 9% de los casos de amenorrea secundaria. Una de sus causas es el prolactinoma, que representa el 40% de los tumores hipofisarios, presentándose habitualmente en mujeres entre 16 y 48 años. Entre su sintomatología destaca galactorrea, alteraciones menstruales o infertilidad.
PRESENTACIÓN DEL CASO: Mujer de 31 años, sin antecedentes mórbidos, en busca de embarazo hace 1 año, consulta en atención primaria por cuadro de 2 años de galactorrea bilateral y amenorrea. Usuaria de implante de etonogestrel caducado hace 1 año, niega uso de nuevos fármacos y antecedentes hereditarios de neoplasia. En los exámenes de laboratorio destaca hiperprolactinemia de 76 ng/ml, TSH 6,56 uUI/ml, T4 libre de 1.15 ng/dl y β-hCG negativa. Se solicita resonancia magnética (RM) de silla turca que muestra lesión hipofisaria de 5,5x5x6,5 mm compatible con microprolactinoma. Es evaluada en nivel secundario, iniciándose tratamiento con cabergolina 0,25 mg a la semana. Tras dos meses de tratamiento la paciente presenta ciclos menstruales regulares, con cese de galactorrea, cursando posteriormente un embarazo. Actualmente se encuentra en seguimiento por ginecología y endocrinología. **CONCLUSIONES:** Este caso clínico nos muestra la importancia de investigar siempre la amenorrea secundaria y galactorrea, que tienen dentro de sus diagnósticos diferenciales los tumores hipofisarios. Para ello es necesario el seguimiento interdisciplinario, y las derivaciones oportunas desde atención primaria a sus centros de referencia. **DISCUSIÓN:** La hiperprolactinemia es una importante causa de amenorrea secundaria. Entre sus factores debe considerarse embarazo, fármacos, y patologías como prolactinoma, hipotiroidismo y síndrome de ovario poliquístico. La presencia de prolactinoma se confirma con una RM de silla turca, y el manejo de primera línea son los agonistas de receptores de dopamina. En este caso presentamos una paciente en busca de embarazo, quien consulta por síntomas de hiperprolactinemia, y que dentro de su estudio se concluye como causa un prolactinoma. En pacientes con este diagnóstico el embarazo puede inducir su crecimiento o empeoramiento de los síntomas; dado esto debe mantener seguimiento por especialista para un eventual reinicio del tratamiento farmacológico o intervención quirúrgica.

PREVALENCIA DE MALOCLUSIONES Y MALOS HÁBITOS ORALES EN NIÑAS Y NIÑOS DE 3 A 6 AÑOS ATENDIDOS DE 2019 A 2021 EN EL HOSPITAL DE CUREPTO.

Angélica Isabel Díaz Valdivia (1), Basthian Parra Ossandón (1), Lidia Contreras Jara (2)
(1) Cirujano Dentista EDF Hospital de Curepto, (2) Alumna Interna Odontología U. de Talca, Hospital de Curepto

INTRODUCCIÓN: Las anomalías dentomaxilares constituyen el tercer problema más prevalente de salud bucal a nivel nacional. En su etiología tenemos factores hereditarios y adquiridos, considerando entre estos últimos los malos hábitos orales (MINSAL, 2010).
Son considerados malos hábitos orales la succión (mamadera, chupete y/o dedo), la interposición (del labio, objetos y/o la onicofagia), la deglución atípica y la respiración bucal. La alteración sobre las estructuras del sistema estomatognático dependerá de la frecuencia, duración e intensidad. **OBJETIVO:** Describir la prevalencia de maloclusiones y malos hábitos orales en niños de 3 a 6 años atendidos en el Programa de Control con Enfoque de Riesgo Odontológico (CERO) en el Hospital de Curepto entre los años 2019 y 2021. **MATERIAL Y METODO**: Se realizó un análisis retrospectivo en base a los registros realizados en las atenciones de niños entre 3 y 6 años en el programa CERO del Hospital de Curepto de 2019 a 2021. Se revisó la base de datos de atenciones realizadas y las pautas de riesgo del programa CERO. Se incluyeron la totalidad de atenciones registradas en el periodo y excluyeron aquellas pautas incompletas en el ítem de información respecto a presencia de maloclusión o mal hábito. **RESULTADOS Y CONCLUSIONES:** Al revisar la totalidad de registros de atenciones realizadas, se encontró un total de 142 niños/as que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión De este total, 22 niños/as (16%) presentaron algún tipo de maloclusión y 37 (26%) presentaron al menos un mal hábito oral.
El tipo de maloclusión más prevalente fue la mordida abierta, representando un 30% del total, seguido de mordida invertida y mordida cruzada, ambas con un 17%. La sobremordida, mordida cruzada y Overjet aumentado se presentaron cada una en un 8% del total de niños con maloclusiones. Respecto al tipo de malos hábitos encontrados, un 70% de los niños presentó uso de mamadera, 21% chupete, 5% eran respiradores orales y 5% presentó hábitos de interposición (labio y onicofagia).
DISCUSIÓN O COMENTARIOS. El programa CERO se implementó el 2017, sin embargo, no se consideraba la evaluación de maloclusiones y malos hábitos orales. De la muestra y RESULTADOS obtenidos se observa una menor prevalencia (16%), respecto a estudios nacionales e internacionales. Se aprecia un importante porcentaje de mordida abierta en la muestra, junto a la presencia del uso de mamadera, chupete e interposición. Sería importante el seguimiento de los pacientes y la correspondiente intervención a fin de evitar maloclusiones de complejo tratamiento como los son las mordidas abiertas anteriores, dada la baja cobertura a nivel nacional de tratamiento de ortodoncia en el servicio público frente a una alta demanda.
Bibliografia: *ANÁLISIS DE SITUACIÓN DE SALUD BUCAL EN CHILE, Departamento de Salud Bucal División de Prevención y Control de Enfermedades Ministerio de Salud, Diciembre 2010* https://www.minsal.cl/sites/default/files/files/An%C3%A1lisis%20de%20Situaci%C3%B3n%20Salud%20Bucal%20final%20pdf.pdf

SINDROME DE LEMIERRE CON COMPROMISO PULMONAR Y VERTEBRAL, REPORTE DE UN CASO Y REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA:

Daniela Díaz Moreno (1), Hernán Miranda Cremaschi (2), Diego González Schumacher (3)
(1) Médico Cirujano, Hospital Clínico Regional Guillermo Grant Benavente
(2) Médico Cirujano EDF Hospital Mario Sánchez Vergara, La Calera
(3) Interno de Medicina 6° año, Universidad San Sebastián, Concepción

INTRODUCCIÓN y OBJETIVO: El Síndrome de Lemierre (SL), también llamado “Enfermedad del olvido” por su poca frecuencia en la actualidad. Se define como una tromboflebitis séptica de la vena yugular interna (VYI) e infecciones metastásicas que afectan con mayor frecuencia el pulmón pero que pueden localizarse en articulaciones, piel, hueso, entre otros. En 80% de los casos es secundaria a una infección orofaringea, incluso cuando esta ha sido correctamente tratada. Se produce por bacterias anaerobias, habitualmente por Fusobacterium necrophorum, pero también pueden estar involucrados Streptococos del grupo B y C. Para su diagnóstico es necesario, además del cultivo, pruebas de imagen como ecografía Doppler y TAC. Su manejo consiste en antibioticoterapia precoz y prolongada, siendo necesario en algunos casos intervención quirúrgica.
MATERIAL Y METODO: Descripción de un caso clínico y revisión bibliográfica. **CASO CLÍNICO**: Hombre de 35 años, con historia de policonsumo de sustancias, sin otros antecedentes, inicia cuadro de odinofagia, fiebre alta y compromiso del estado general, manejado como amigdalitis aguda con Penicilina Benzatina. Posterior a esto persiste con molestias agregándose tos y disnea, consultando en múltiples ocasiones con manejo sintomático, consultando nuevamente al 10º día de sintomatología, con exacerbación de síntomas agregándose expectoración hemoptoica. Ingresa con parámetros inflamatorios elevados y TAC de tórax con patrón de neumonía organizante, destacando como hallazgo disminución de altura de cuerpo vertebral de T7 a T9 con signos de osteonecrosis vertebral en T9. Se inicia antibioticoterapia biasociada con Ceftriaxona y Clindamicina. Paciente evoluciona con insuficiencia respiratoria aguda, siendo conectado a ventilación mecánica. Por sospecha de SL se realiza AngioTAC de cuello que confirma trombosis aguda segmentaria de la VYI con signos categóricos de tromboflebitis, decidiendo iniciar anticoagulación. Además, se recibe hemocultivo con desarrollo de Streptococcus spp.B. Hemolítico, por lo que se mantiene tratamiento antibiótico. Nuevo TAC de tórax muestra mayor compromiso en comparación a estudio previo, asociado a múltiples imágenes nodulares, una de ellas cavitada, características radiológicas esperables en el SL. Al 9º día se logra extubar, evolucionando favorablemente. **RESULTADOS Y CONCLUSIONES:** Paciente completa 4 semanas de antibioticoterapia endovenosa biasociada, con buena respuesta, continuando con Cefadroxilo 1 gramo cada 12 horas por 6 semanas más y anticoagulación, logrando remisión del cuadro. **DISCUSIÓN O COMENTARIOS:** El SL es una patología poco frecuente pero potencialmente mortal hasta en un 18% de los casos, por lo que es de vital importancia considerarlo entre los diagnósticos diferenciales frente a un cuadro de amigdalitis o faringitis con evolución tórpida o séptica, especialmente en pacientes jóvenes, permitiendo así el inicio precoz de tratamiento para lograr un mejor pronóstico.

PIODERMA GANGRENOSO, REPORTE DE UN CASO Y REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA:
Daniela Belén Díaz Moreno (1), Hernán Miranda Cremaschi (2), Diego Toledo Riquelme (2)
(1) Médico Cirujano Hospital Clínico Regional Guillermo Grant Benavente
(2) Médicos Cirujano EDF Hospital Mario Sánchez Vergara, La Calera

INTRODUCCIÓN y OBJETIVO: El Pioderma Gangrenoso (PG) es una dermatosis inflamatoria crónica poco frecuente (1 por cada 100.000 personas al año) de etiología incierta, aparentemente relacionada con una disregulación del sistema inmune frente a algún factor (traumático, inflamatorio, neoplásico). Puede presentarse en cualquier zona del cuerpo, pero su presentación clínica más frecuente es la aparición de una o varias ulceras dolorosas en extremidades inferiores. Estas lesiones comienzan como pústulas, vesiculopústulas, pápulas o nódulos eritematosos y dolorosos que se ulceran dando salida a exudado purulento, se necrosan y se extienden centrífugamente de forma veloz. Posterior al tratamiento, o en algunos casos, de forma espontánea, las úlceras reepitelizan y forman cicatrices atróficas cribiformes. El diagnóstico es clínico y el tratamiento habitual es con corticoides y en casos graves inmunosupresosores sistémicos. **MATERIAL Y METODO**: Descripción de un caso clínico y revisión bibliográfica. **CASO CLÍNICO**: Mujer de 78 años, con antecedentes de Diabetes Mellitus NIR e hipotiroidismo en tratamiento, consulta en servicio de urgencias por dolor abdominal y compromiso del estado general. En exámenes de laboratorio destaca leucocitosis y elevación de parámetros inflamatorios. Se realiza TAC de abdomen y pelvis concordante con diverticulitis aguda en colon descendente distal y sigmoides, con dilatación de vía biliar intra y extrahepática, decidiendo hospitalizar para manejo con Ceftriaxona y Metronidazol. Al segundo día de hospitalización, cursa con aparición de múltiples nódulos eritematosos, dolorosos y pruriginosos en extremidades inferiores, que evolucionan a ulceras de bordes violáceos. Se postula PG dentro de diagnósticos, se toman cultivos de úlcera superficial que resultan negativos y ecografía de partes blandas que evidencia colección subcutánea parcialmente organizada en pierna izquierda. Se realiza biopsia de lesiones que informa dermatosis superficial y profunda, con abundantes neutrófilos y algunos histiocitos, sugerente de PG. Se decide iniciar tratamiento con Prednisona 40 mg al día y curaciones con apósito de miel. **RESULTADOS Y CONCLUSIONES**: Paciente evoluciona favorablemente, sin progresión de las lesiones, con disminución progresiva de corticoterapia y cicatrización completa de las lesiones al cabo de 2 meses. **DISCUSIÓN O COMENTARIOS**: El 50% de los pacientes con PG tiene una enfermedad sistémica asociada que puede ser conocida o no al momento del diagnóstico, aquí radica la importancia de la confirmación diagnóstica y estudio de las lesiones. La clave del diagnóstico es reconocer la lesión característica y aunque la histopatología no es patognomónica, apoya el diagnóstico y ayuda a excluir otras afecciones. No hay parámetros de laboratorio específicos para PG, pero con frecuencia se presenta con leucocitosis y elevación de reactantes de fase aguda. En el caso presentado, la aparición de las lesiones durante hospitalización y el rápido diagnóstico e inicio de tratamiento, contribuyó a evitar la progresión de las lesiones.

EDEMA ANGIONEURÓTICO SEVERO DE INICIO TARDÍO POR USO DE ENALAPRIL, EN RELACIÓN A UN CASO.
Francisco Díaz de Valdés Chamblás (1), Francisca Gallardo Molina (1), Pablo Lizama Morales (2)
(1) Médico EDF, Hospital de Salamanca (2) Médico EDF, CESFAM Villa San Rafael, Illapel.

INTRODUCCIÓN: El edema angioneurótico, es el edema subcutáneo o submucoso secundario al aumento de la permeabilidad vascular. Es de rápida instauración y generalmente autolimitado pudiendo causar desde un cuadro leve hasta la obstrucción completa de vía aérea y causar la muerte. Se presenta el siguiente caso en relación al uso crónico de enalapril.
Presentación de caso: Paciente femenina de 63 años, antecedentes de Hipertensión arterial en tratamiento crónico (Más de 5 años) con Enalapril 20 mg día; bloqueadores de canales de calcio y diuréticos. Ingresa a servicio de urgencias de Hospital de salamanca por cuadro agudo (30 minutos) de edema de partes blandas (Labios, lengua) y disfonía moderada. Al examen físico destaca hipertensa 179/109 mmHg, FR 16 RPM, saturando 97% ambiental, sin uso de musculatura accesoria. Disfonía moderada, macroglosia severa asimétrica mayor a derecha que impide evaluación de vestíbulo oral. Murmullo pulmonar presente simétrico sin ruidos agregados. Se administra en servicio de urgencias: Adrenalina 1 mg IM; Dexametasona 8 mg IV; Clorfenamina 10 mg IV. En estudios de laboratorio destaca: Leucocitosis 12880 (segmentados 77% Eosinofilos 1% Linfocitos 17%), PCR 3.7 mg/L. Rx. Tórax: Sin hallazgos patológicos. Se deriva a H. de Illapel para estudio con TC de cerebro, cuello y tórax para búsqueda de neoplasias sin hallazgos de importancia por lo que retorna a hospital base. Se mantiene en observación durante 12 hrs, presentando buena evolución clínica a tratamiento con resolución de disfonía y disminución de angioedema. Se indica alta con cambio en tratamiento antihipertensivo. **DISCUSIÓN**: El angioedema secundario a IECA es un efecto adverso poco común (0.1-0.2% de los casos) 20% de estos, requerirá de atención médica. La presentación suele ser tras un inicio reciente del fármaco, sin embargo, existen casos de presentación posterior a años de tratamiento sin un factor precursor. La usuaria refería un cambio de marca comercial entregada por su Posta rural como única variación en tratamiento crónico. Sus antecedentes asociados a un estudio de laboratorio e imagenológico negativos llevaron a la CONCLUSIÓN del efecto adverso a IECA presentando una buena respuesta a tratamiento farmacológico y posterior cambio de terapia crónica.

SÍNDROME CATATÓNICO SECUNDARIO A HEMATOMA SUBDURAL EN PACIENTE PSIQUIÁTRICA

Francisco Díaz de Valdés Chamblás (1), Francisca Gallardo Molina (1), Pablo Lizama Morales (2)
(1) Médico EDF, Hospital de Salamanca (2) Médico EDF, CESFAM Villa San Rafael, Illapel.

INTRODUCCIÓN: La catatonia corresponde a un síndrome neuropsiquiátrico caracterizado por anormalidades motoras, asociadas a alteración en la conciencia, el afecto y el pensamiento. Tradicionalmente se relaciona a enfermedades psiquiátricas clásicas (Manía, depresión, psicosis), enfermedades médicas (Infecciones, Síndromes para neoplásicos, endocrinológicas) o secundarias a fármacos, teniendo una relación estrecha con los síndromes neurolépticos y toxico serotoninérgico. Se presenta el caso de una paciente con antecedente de patología psiquiátrica, poli consultante, en la que su etiología fue un hematoma subdural, aparentemente espontáneo. **PRESENTACIÓN DE CASO**: Paciente femenina de 57 años, diagnóstico previo de trastorno afectivo bipolar tipo II tratada con Litio, Clonazepam e inicio hace 1 mes de Aripiprazol. Acude a servicio de urgencias por cuadro de 3 semanas de evolución de deterioro en marcha y motricidad fina, rigidez de extremidades, temblor en reposo, compromiso cualitativo de conciencia, afasia e hiporexia, agravadas la última semana. Al examen destaca: Hipertensa 150/92 mmHg, Febril 38,7°C. Examen neurológico con sopor moderado, afasia de expresión, rigidez de 4 extremidades con movimiento de oposicionismo, temblor de reposo, posturas antieconómicas y ROT disminuidos. En exámenes de laboratorio destaca: Creatinina 1.15, CK total 626. Perfil infeccioso y Litemia normales. Evaluada por Psiquiatría quien sospecha Catatonia v/s síndrome neuroléptico maligno. Suspendiendo antipsicóticos e indicando tratamiento de soporte. En contexto de evolución tórpida, se solicita TC de Cerebro que muestra Hematoma subdural crónico parietal izquierdo, con efecto de masa, desplazamiento de línea media, colapso parcial del ventrículo lateral izquierdo. Sin imágenes sugerentes de malformaciones arterio-venosas, ni enfermedad cerebro vascular. Se Deriva a Hospital de Coquimbo, donde se realiza drenaje quirúrgico de Hematoma subdural, con recuperación ad integrum de basal neurológico. **DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN:** El síndrome catatónico corresponde a un diagnóstico sindromático que engloba una gran cantidad de etiologías. Si bien la presentación clásica se relaciona a patologías psiquiátricas o causas farmacológicas, un estudio acabado asociado a neuroimagen es de suma importancia. En este caso particular pese a los antecedentes muy sugerentes de patología psiquiátrica, la neuroimagen en el diagnóstico de hematoma subdural fue trascendental para lograr un tratamiento optimo y mejorar el pronóstico de la paciente.

DEGENERACIÓN COMBINADA SUBAGUDA MEDULAR; COMPLICACIÓN NEUROLÓGICA DE DÉFICIT DE VITAMINA B12. REPORTE DE UN CASO

Javiera Díaz Martínez (1), Vicente San Juan Gómez (2), Yasna Carrillo Belmar (3)
(1) Médico EDF, CESFAM Garín, (2) Médico EDF, CESFAM Peñaflor, (3) Médico EDF, Pudahuel Estrella

INTRODUCCIÓN: La Cianocobalamina desarrolla un papel fundamental tanto en la síntesis de hemoglobina como en el material genético alterando la síntesis celular, su déficit produce anemia megaloblástica y en casos particulares alteraciones neurológicas, estas alteraciones neurológicas se deben a una desmielinización de los axones.
Caso Clínico: Paciente masculino de 82 años de edad, sin antecedentes mórbidos previos, consulta por compromiso del estado general, inestabilidad de la marcha y vértigo de 1 mes de evolución. Al examen físico destaca vértigo, aumento de la base de sustentación, marcha atáxica, dismetría, hiporreflexia, alteración en la realización de tareas finas y debilidad en ambas EEII. Se realizan exámenes: Hemograma evidencia anemia severa, megaloblástica, con VCM 120.La TAC Cerebro informa una atrofia cerebral leve. Se solicitan niveles de Vitb12, resultado <40 pg/ml. En contexto de las posibles causas de Anemia megaloblástica se solicita Endoscopía Digestiva Alta; la cual muestra Gastropatía erosiva antro-corporal moderada y Atrofia gástrica de predominio en cuerpo y fondo. Se diagnostica degeneración combinada subaguda medular en el caso de este paciente quien presenta atrofia gástrica, lo cual conlleva a menor producción de factor intrínseco y de tal forma una disminución en la absorción de vitamina B12. En contexto del trastorno: se inicia tratamiento con vitamina B12 intramuscular; mejorando la sintomatología de forma progresiva. **DISCUSIÓN:** La degeneración combinada subaguda medular es un trastorno que corresponde a un proceso de desmielinización seguido de muerte axonal causado por la deficiencia de vitamina B12. Lo cual afecta tanto a la médula espinal como encéfalo, nervios ópticos y nervios periféricos. Las manifestaciones clínicas presentadas en este caso se acompañadas de anemia megaloblástica, al confirmarse el déficit de vitamina B12 se busca su etiología. Las principales causas son: deficiencias nutricionales, síndromes de mala absorción, fármacos, causas autoinmunes y post-quirúrgicas. En el caso expuesto el paciente es un adulto mayor y presenta una gastropatía atrófica, ambos factores de riesgo para desarrollar este tipo de déficit vitamínico causante de la Degeneración Combinada Subaguda Medular.
CONCLUSIÓN: Tomando en cuenta el envejecimiento de la población es relevante recordar las manifestaciones clínicas que este déficit vitamínico produce, para de esta forma aumentar su pesquisa en adultos mayores y a nivel de la Atención Primaria de Salud. Es destacable el diagnóstico oportuno de la degeneración combinada subaguda medular ya que el tratamiento precoz es el pilar para revertir los trastornos neurológicos que conlleva esta enfermedad, regenerar los axones dañados y evitar secuelas que comprometan la calidad de vida del paciente.

SÍNDROME DE PHELAN-MCDERMID, REPORTE DE UN CASO EN CHILE

Javiera Díaz Martínez (1), José Arroyo Henríquez (2)
(1) Medico EDF, CESFAM Lo Franco, (2) Médico EDF, CESFAM Garín

INTRODUCCIÓN: El síndrome de Phelan-McDermid (SPMD) o deleción 22q13.3 es un trastorno del neurodesarrollo que presenta diversos rangos de hipotonía neonatal, retraso general del desarrollo, ausencia o retraso severo del lenguaje, dismorfias y espectro autista. Se cree que su incidencia se encuentra infravalorado por la dificultad que representa su diagnóstico. Se han registrado cerca de 1200 casos en el mundo desde 1985. **Caso Clínico**: D.C.S, niña de 5 años actualmente, sin antecedentes familiares relevantes. Sin antecedentes prenatales, embarazo controlado, nacida de termino, Apgar 8-9. Al nacimiento se detecta Síndrome de Horner izquierdo congénito y heterocromía. Al mes de vida presenta reflujo gastroesofágico severo, estudios subsecuentes revelan paresia de hemilaringe izquierda por lo que a los 3 meses de vida se decide alimentación por gastrostomía. Adicionalmente a esta edad se detecta soplo cardiaco cuyo estudio lleva al diagnóstico de estenosis funcional de arterias pulmonares y presencia de foramen oval. Con 4 meses de vida presenta hipotonía y retraso psicomotor, por lo que se decide estudio con cariograma, el cual revela Cariotipo 46, XX, deleción 22q13.3 y se diagnostica Síndrome de Phelan-McDermid. Al año de vida se le realiza RNM cerebral, la cual muestra disminución difusa del volumen de la sustancia blanca de predominio supratentorial bihemisférica e hipoplasia del cuerpo calloso. Durante crecimiento presenta múltiples enfermedades respiratorias bajas, de diversa gravedad. Recientemente se diagnostica Epilepsia. **DISCUSIÓN**: El SDMD es una enfermedad poco frecuente, de difícil diagnostico por su heterogeneidad clínica la cual se presenta en el caso anterior. Los pacientes requieren asistencia multidisciplinaria según su presentación con seguimiento a lo largo de la vida, ya que se han reportado casos de espectro autista, crisis convulsivas, linfedema y celulitis a lo largo de su crecimiento. Con respecto al pronóstico se desconoce la evolución de estos pacientes en edad adulta, pero aún así se requiere un cuidador permanente. **CONCLUSIÓN:** Los trastornos del desarrollo han presentado un aumento a lo largo del tiempo, en ese contexto el SPMD permanece siendo sub-diagnosticada. En este contexto se espera que mediante su difusión y la tecnología actual permitan a los pacientes y sus familiares de obtener un diagnóstico más temprano, oportuno y de un mejor manejo.

DÉFICIT DE GLUT1 POR MUTACIÓN PATOGÉNICA EN GEN SLC2A1: REPORTE DE UN CASO

Joaquín Díaz Legarreta (1), Alejandro Cerda García (2), Hugo Ojeda Saavedra (3)
(1) Médico EDF CESFAM Paredones, (2) Médico EDF Hospital de Pichilemu, (3) Médico Cirujano Hospital de Pichilemu

INTRODUCCIÓN: El déficit de GLUT1 por mutación patogénica en gen SLC2A1 es una enfermedad autosómica dominante que ocasiona un defecto en el transportador de glucosa, lo que resulta en una disminución de la concentración de glucosa en el sistema nervioso central. **CASO CLÍNICO:** Paciente de 12 meses de edad, RNT 38 semanas, AEG, Apgar 9-9, con antecedentes de alergia a la proteína de leche de vaca bien controlada, es evaluado por presentar un episodio de mirada fija con ojos desviados al cenit, rigidez generalizada, flexión de tronco y enrojecimiento facial, de aproximadamente 4 minutos de duración, con estado post ictal que se extiende por 1 hora. El paciente se encontraba en buenas condiciones generales y afebril. Dos meses previos a este episodio la madre relata haber observado dos episodios de movimientos oculares anormales breves paroxísticos un mismo día. Al examen físico se constata leve retraso psicomotor (al dejarlo sentado y pasarle objetos tiende a desequilibrarse; además no logra posición de 4 apoyos). Un EEG con privación parcial de sueño posterior a crisis no mostró alteraciones. La familia decide consultar en extrasistema con especialista, donde se solicita estudio genético panel epilepsia INVITAE que arroja una mutación patogénica en SLC2A1. **DISCUSIÓN:** El déficit de GLUT1 por mutación patogénica en gen SLC2A1 es una enfermedad infrecuente, pero con un creciente número de casos diagnosticados en los últimos años. Las manifestaciones neurológicas se dan en tres dominios principales: crisis epilépticas, movimientos anormales y alteraciones cognitivas. El diagnóstico se presume ante el hallazgo de hipoglucorraquia y se confirma mediante el análisis molecular del gen. Su sospecha y pesquisa precoz previene trastornos del desarrollo psicomotor y su tratamiento consiste en la dieta cetogénica.

HEMOTÓRAX DE PRESENTACIÓN TARDÍA SECUNDARIO A FRACTURA COSTAL POR MECANISMO DE BAJA ENERGÍA EN EL ADULTO MAYOR

Rodrigo Díaz Saavedra, Macarena Abarca Cruz, Javier Sánchez Cornejo,
Médicos EDF, Hospital de Llay Llay

INTRODUCCIÓN: En adultos mayores, las fracturas costales son la lesión más frecuente en traumas torácicos cerrados. El 16% de adultos mayores con fractura costal presentan complicaciones asociadas incluida neumonía, derrame pleural, muerte; razón de la importancia en el diagnóstico precoz de éstas. El OBJETIVO de este trabajo es presentar el caso de paciente con dificultad respiratoria de evolución subaguda y antecedente de contusión en parrilla costal con estudio radiográfico no concluyente para derrame pleural en distintas proyecciones. **Caso Clínico**: Mujer de 70 años, acude a urgencias tras sufrir caída a nivel con golpe en parrilla costal derecha, ingresa hemodinámicamente estable, destaca dolor en parrilla costal, sin otros hallazgos al examen físico, radiografía de tórax y parrilla costal sin hallazgos relevantes, se indica manejo analgésico ambulatorio. Evoluciona con dolor persistente, tos y disnea de lenta progresión por lo que consulta nuevamente 18 días posterior a caída. Se pesquisa desaturación, al examen destaca disminución marcada del murmullo pulmonar a derecha, se toma nueva radiografía que evidencia opacidad de ⅔ basales de hemitórax derecho en proyección posteroanterior, pero sin signos claros de derrame pleural en proyección lateral. Se hospitaliza para observación. Radiografía a las 48 horas y se solicita proyección anteroposterior en decúbito lateral, donde se evidencia desplazamiento de opacidad además de fracturas de múltiples costillas. Se confirma derrame pleural en tomografía computada de tórax, finalmente se instala tubo pleural dando salida a 1600cc de líquido hemático, evolucionando favorablemente. **DISCUSIÓN y CONCLUSIONES:** La contusión de parrilla costal con fractura de costillas puede presentar dificultades diagnósticas cuando su evolución es subaguda y existen complicaciones concomitantes. El uso óptimo de las herramientas radiológicas a través de diferentes proyecciones y su correlación con los hallazgos clínicos es fundamental para un diagnóstico oportuno y tratamiento dirigido a la causa.

SÍNDROME GUILLAIN-BARRÉ POST COVID-19: REPORTE DE UN CASO.
Sebastián Díaz Ojeda (1), Daniel Perdomo Gainza (1), Carolina Vargas Orellana (2)
(1) Médico EDF CESFAM La Esperanza, (2) Médico EDF Hospital San Vicente.

INTRODUCCIÓN: El Síndrome Guillain-Barré (SGB) es una polirradiculoneuropatía aguda inmunomediada que, generalmente, es precedida por una infección respiratoria o gastrointestinal. Es una patología infrecuente, cuya incidencia es de un 1-2 por cada 100.000 personas al año. Se caracteriza clínicamente por debilidad muscular progresiva, simétrica, ascendente, acompañada por reflejos osteotendíneos ausentes o deprimidos, y puede comprometer la musculatura de extremidades, facial y respiratoria. Se han descritos raros casos de SGB después de COVID-19 y la asociación causal sigue siendo incierta.
MATERIAL Y METODO: Recopilación de datos de ficha clínica física y electrónica, y revisión bibliográfica de esta enfermedad. **PRESENTACIÓN DEL CASO:** Paciente masculino de 27 años, sin antecedentes mórbidos, diagnosticado como caso confirmado de COVID-19 mediante PCR positiva, con término de cuarentena en buenas condiciones generales y asintomático. Consulta en CESFAM La Esperanza, por cuadro de 1 semana de disnea de esfuerzos, debilidad muscular generalizada progresiva y un episodio de deposición líquida. Al examen físico se evidenciaba tetraparesia flácida, diparesia facial, cefaloparesia y disautonomía. Se deriva a Hospital de Rengo, es evaluado por Neurólogo y dado sospecha de SGB es referido al Hospital Regional de Rancagua, donde es hospitalizado en UPC. Recibe tratamiento con 2 ciclos de Inmunoglobulina endovenosa, con evolución favorable. Electromiografía confirma Polirradiculoneuropatía axonal motora. Al alta con leves secuelas motoras, iniciando rehabilitación en CESFAM. **DISCUSIÓN:** El SGB es una patología infrecuente y de pronóstico grave, que requiere de una alta sospecha y manejo oportuno con medidas de soporte. La finalidad de este trabajo es presentar un caso clínico por un posible nuevo agente etiológico, cuya asociación causal no está clara, pero requiere tener en cuenta en el seguimiento de pacientes que post COVID-19 presentan manifestaciones neurológicas.

CARACTERIZACIÓN DE PACIENTES QUE CONSULTAN EN SERVICIO DE URGENCIA DE ALTA RESOLUCION ALEMANIA DE CALAMA POR INTENTO SUICIDA DESDE MARZO DE 2018 A JULIO DE 2019.
Vanessa Díaz Zepeda (1), Kathy Núñez Núñez (2)
(1) Médica EDF, CESFAM Central Calama, (2) Médica EDF, CECOSF Sur Calama

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVO: En Chile, el comportamiento suicida es una de las primeras causas de muerte entre los 20 y 44 años; 2/3 de los suicidas han tenido intentos previos y el 90% presenta algún trastorno mental. El Servicio de urgencia de alta resolución (SAR) Alemania está inmerso en la población más vulnerable de Calama y desde su apertura el 2018, ha atendido numerosos intentos suicidas. El OBJETIVO es caracterizar los intentos suicidas atendidos en SAR Alemania desde marzo 2018 a julio 2019. **MATERIAL Y METODO**: Estudio descriptivo mediante revisión de Ficha Información Intento suicida (Guía ministerial Prevención de suicidio) aplicada en SAR y búsqueda de antecedentes en fichas clínicas. **RESULTADOS Y CONCLUSIONES**: El estudio incluyó 23 pacientes. El 69,56% de los intentos fue cometido por mujeres. El 17,39% de los casos eran menor de 14 años y el 52,16% entre 15 y 40 años. El 47,82% aún eran estudiante y el 30,43% trabajaba. En el 47,82% el motivo del intento fue por problemas familiares. El 73,91% de los intentos fue por intoxicación farmacológica, seguido por ahorcamiento en 17,39% de los casos. El 82,60% tenía algún diagnóstico de salud mental (Depresión en 47,36%, Trastorno de personalidad en 21,05% y Consumo de drogas en 10,52%) y 57,89% estaba en tratamiento. Como factores de riesgos 43,47% refiere antecedentes de maltrato infantil, 21,73% ser migrante, 17,39% violencia intrafamiliar, 52,17% intentos previos y 13,04% suicidio de un familiar. Se puede concluir que se observa una concordancia con la literatura, la mayoría de los intentos suicidas fueron cometidos por mujeres, siendo el MÉTODO más común la intoxicación farmacológica.
DISCUSIÓN: Destaca que el 47,82% de los pacientes se encuentra inmerso en el sistema escolar, y el 82,60% contaba con diagnóstico de salud mental por lo que es una población cautiva susceptible para intervenir con medidas preventivas.

CARACTERIZACION DEL ABANDONO A TRATAMIENTO DE PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE EPISODIO DEPRESIVO EN CENTRO DE SALUD FAMILIAR ALEMANIA CALAMA DESDE ABRIL DEL 2017 A DICIEMBRE DEL 2018.
Vanessa Díaz Zepeda (1), Kathy Núñez Núñez (2)
(1) Médica EDF, CESFAM Central Calama, (2) Médica EDF, CECOSF Sur Calama

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVO: La depresión se asocia a una baja adherencia al tratamiento. Esto podría estar influenciado por características de la enfermedad (desesperanza, anhedonia, alteración de la memoria, etc.), y diversos factores sociodemográficos. El OBJETIVO es caracterizar los casos de abandono al tratamiento por Depresión, en base a factores sociodemográficos, ingresados a Programa de Salud Mental desde abril 2017 a diciembre 2018 en Centro salud familiar (CESFAM) Alemania. **MATERIAL Y METODO**: Estudio descriptivo univariable a través de revisión de fichas clínicas electrónicas de los pacientes con notificación Garantía explicita de salud (GES) por Depresión desde abril 2017 a diciembre 2018.
RESULTADOS Y CONCLUSIONES: En el periodo señalado, se realizaron 57 ingresos por depresión, de los cuales, 91.2% corresponde a mujeres. Del total de ingresos, 75.5% hizo abandono de tratamiento, 17.5% sigue en tratamiento, y solo 7% recibió alta médica. De los pacientes que abandonaron, 62.8% tenía una ocupación laboral, 14% era dueñas de casa y 11.4% eran estudiantes. El grupo etario con mayor nivel de abandono, fue entre los 25 y 44 años, con 37.2%. Del universo que abandonó, 23.3% tenía escolaridad incompleta, mientras que 58.1% no tenía registro de escolaridad en su ficha clínica, 7% presentó reacción adversa a medicamento, 30.2% presentaba comorbilidades y 51.2% poseía antecedentes psiquiátricos previos. Con respecto al control médico, destaca que 27.9% que abandono tratamiento, tuvo más de un médico tratante. En 44.2% de los que abandonaron, no hay registro si existe consumo de alcohol y/o drogas. Se puede concluir que la mayor tasa de abandono está en el rango etario laboralmente activo, existiendo una alta prevalencia de comorbilidades y antecedentes psiquiátricos previos. **DISCUSIÓN:** Destaca la alta rotación de médicos como antecedente importante y la falta de registro de antecedentes sociodemográficos durante la evolución del caso, los que pudieran incidir como predictores de abandono.

HIPOXEMIA SILENCIOSA O "FELIZ" EN COVID-19: REPORTE DE UN CASO

Yaocin Ding Zhou, Maximiliano Almazán Puyol, Valeria Pizarro Tobar, Nicole Lama Muñoz
Médicos EDF, Hospital Florencio Vargas Díaz, Diego de Almagro

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS: El COVID-19 presenta diversos signos y síntomas clásicos. En algunos casos se ha reportado la hipoxemia silenciosa, en donde se describe una desproporción entre la hipoxemia medida objetivamente y la dificultad para respirar subjetiva y objetiva. El OBJETIVO de este trabajo es presentar la hipoxemia silenciosa la cual se debe buscar ya que indica gravedad en el COVID-19. **CASO CLÍNICO**: Paciente masculino de 65 años, sin antecedentes mórbidos consulta por disnea de 2 días, sin otros síntomas de COVID-19. Al examen físico destaca saturación de oxígeno 55% ambiental, frecuencia respiratoria de 45, crépitos finos difusos. Radiografía de tórax con infiltrados difusos bilaterales en vidrio esmerilado. Se inicia tratamiento con oxígeno con mascarilla de alto flujo. Paciente con mejoría subjetiva de sus síntomas, frecuencia respiratoria de 50 y saturación de oxígeno 45% con mascarilla de alto flujo a 15 litros por minuto. Se traslada a centro de referencia, donde se confirma COVID-19 y se hospitaliza en UCI para soporte ventilatorio. **DISCUSIÓN**: La hipótesis sobre el origen de esta entidad es que produciría daño directo del virus SARS-CoV-2 o por tormenta de citoquinas sobre fibras nerviosas de las regiones que constituyen la regulación autonómica. La hipoxia activa los quimiorreceptores del cuerpo carotídeo y las señales se transmiten en el núcleo del tracto solitario ubicado en el tronco del encéfalo. Dada la inflamación es posible que los estímulos de hipoxia aferente de los cuerpos carotideos no se transmitan eficazmente al núcleo del tracto solitario, generando una respuesta respiratoria eferente alterada. **CONCLUSIÓN:** La hipoxemia silente es una entidad que puede ocultar la gravedad del cuadro y que se debe tener en consideración ya que en primera instancia produce un retraso en la atención médica lo cual puede derivar a un síndrome de distrés respiratorio agudo, con paro cardiorrespiratorio y muerte.

"NIEBLA MENTAL" POR COVID-19: A PROPÓSITO DE UN CASO

Yaocin Cindy Ding Zhou, Maximiliano Almazán Puyol, Nicole Lama Muñoz, Valeria Pizarro Tobar
Médicos EDF Hospital Florencio Vargas Díaz, Diego de Almagro

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS: El COVID-19 puede presentarse con síntomas neuropsiquiátricos como anosmia, déficits cognitivos y de atención, depresión, psicosis, convulsiones, entre otros. Estos pueden presentarse antes, durante o después de los síntomas respiratorios o incluso sin la presencia de éstos, sugiriendo daño cerebral independiente. Aproximadamente 20-70% de los pacientes presenta estos síntomas. El OBJETIVO de la presentación de este caso es conocer los mecanismos implicados en las diversas manifestaciones neurológicas por el virus SARS-CoV-2. **CASO CLÍNICO**: Embarazada de 38 semanas, consulta por disnea y cefalea. PCR SARS-CoV-2 +. Debió ser sometida a cesárea de urgencia por complicaciones respiratorias donde fue asistida con ventilación mecánica invasiva por 3 días. Sin secuelas respiratorias. En controles posteriores se evidencia alteraciones en memoria a corto y largo plazo, especialmente en eventos ocurridos antes de la infección. Examen neurológico normal, Actualmente a la espera de resonancia nuclear magnética cerebral. **DISCUSIÓN**: El virus SARS-CoV-2 daña las células endoteliales a nivel del cerebro, llevando a inflamación, daño vascular cerebral por hipoxia, eventos trombóticos, disfunción de neurotransmisores. El conjunto de estos eventos genera síntomas neurológicos, dependiendo de la región cerebral afectada. La mayoría de los estudios imagenológicos es normal. **CONCLUSIÓN:** Las manifestaciones neuropsiquiátricas del COVID-19 se explican por diversos mecanismos fisiopatológicos. Estos pueden presentarse en cualquier momento de la infección. Se necesitan mayores estudios para establecer otros mecanismos implicados y así encontrar tratamiento para estos pacientes.

ESTENOSIS NASOFARÍNGEA; RARA COMPLICACIÓN DE UNA ADENOAMIGDALECTOMÍA.

Jorge Donoso Pérez, Helenne Klett Moya, Daniel Martínez Núñez
Médicos EDF CESFAM Canela

INTRODUCCIÓN: La hiperplasia adenoidea/amigdalina es causa frecuente de derivación a otorrinolaringología (ORL) desde atención primaria; siendo la cirugía adenoamigdalina una de las más frecuentes en población pediátrica. Sin embargo, no está exenta de riesgos, siendo la hemorragia postoperatoria la complicación más frecuente. Menos frecuentes son las complicaciones tardías; entre ellas destaca la estenosis nasofaríngea, rara condición caracterizada por obstrucción parcial o total de la nasofaringe por tejido fibrótico submucoso. **PRESENTACIÓN DEL CASO:** Masculino, de 13 años actualmente. Antecedente de hiperplasia adenoamigdalina operada a los 6 años de edad, sin incidentes de acuerdo a protocolo operatorio. En los meses siguientes a la intervención, evoluciona con obstrucción nasal y roncopatía. Radiografía de cavum informó importante ocupación en la región posterior de rinofaringe, con disminución del calibre de la columna aérea en un 90%. TC de cabeza y cuello mostró ocupación subtotal de la porción posterior de la rinofaringe, por mucosidades y liquido semiorganizado. Nasofibroscopía confirmó diagnóstico de estenosis nasofaríngea. Se decidió corrección quirúrgica, mediante faringoplastia e instalación de bulbo faríngeo; sin embargo, paciente pierde seguimiento en nivel secundario. Retoma control en CESFAM Canela el año 2019. Clínicamente, con obstrucción nasal bilateral permanente; respirador bucal, con hipoplasia mandibular y malposición dentaria. **CONCLUSIONES:** La estenosis nasofaríngea postquirúrgica es una complicación de muy baja frecuencia. Se describen como factores de riesgo intraoperatorios la remoción descontrolada de mucosa y la cauterización excesiva. Puede presentarse con obstrucción nasal, apnea, disfunción tubárica, alteraciones fonoaudiológicas y odontológicas. Las alternativas terapéuticas varían, desde procedimientos conservadores como el uso de corticoides o triamcinolona intralesional o dilatación con obturador faríngeo; a procedimientos extensos como el uso de colgajos locales, regionales o libres. A pesar de la variedad de técnicas, se describen altas tasas de recidiva; por ello, el enfrentamiento de cada caso debe ser individualizado.

NEUMONIA CRIPTOGÉNICA ORGANIZADA, COMO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE INFECCIÓN POR HANTAVIRUS.
Camila Durán Hermosilla (1), Felipe Alcayaga De La Ribera (2), Valeria Contreras Maragaño (3),
Sebastián Sepúlveda Marín (1)
(1) Médico EDF, Hospital de Fresia, (2) Médico EDF, Hospital de Frutillar, (3) Médico EDF, CESFAM Los Muermos

INTRODUCCIÓN: La neumonía criptogénica organizada, es una enfermedad pulmonar inflamatoria infrecuente. Es un tipo de enfermedad intersticial difusa de etiología desconocida, siendo el área de lesión la pared alveolar. Su diagnóstico está determinado por características clínicas, radiológicas y patológicas. Su presentación clínica puede asemejar otras patologías respiratorias, por lo que generalmente es subdiagnosticada. Su incidencia y prevalencia son desconocidas. El tratamiento con corticoides presenta respuesta favorable en la mayoría de los pacientes. **CASO CLÍNICO**: Paciente masculino, 28 años de edad, sano previamente, consulta en Urgencias Hospital Fresia por cuadro de 4 días de fiebre, mialgias, síntomas gastrointestinales y disnea gradual hasta hacerse de reposo. Paciente refiere contacto con roedores 1 semana antes del comienzo de síntomas. Examen físico destaca afebril, taquicárdico, taquipneico, saturando 94% ambiental, examen pulmonar con murmullo pulmonar disminuido globalmente, estertores difusos y uso de musculatura accesoria. Se maneja con apoyo ventilatorio y se deriva a Hospital Puerto Montt por sospecha de insuficiencia respiratoria aguda, observación de Hantavirus. Los exámenes destacan leucocitosis, trombocitopenia, alza importante de Proteína C Reactiva, radiografía de tórax con infiltrados pulmonares bilaterales y test rápido de hanta indeterminado. Evoluciona desfavorablemente, se intuba, se inician antibióticos empíricos y se traslada a Hospital de Temuco donde se transfunde plasma hiperinmune para Hantavirus. Luego se repite test rápido de hanta que resulta negativo y se evalúa con Tomografía Computarizada de tórax con impresión de neumonía criptogénica organizada. Se agrega corticoterapia, con buena respuesta. Se desescala tratamiento invasivo, buena respuesta hasta el alta. **CONCLUSIÓN:** La neumonía criptogénica organizada es una patología poco frecuente, que asimila otras enfermedades respiratorias en su clínica. En el caso expuesto se sospecha insuficiencia respiratoria aguda por Hantavirus, la clínica y antecedentes epidemiológicos son determinantes diagnósticos. Es importante conocer la neumonía criptogénica organizada para plantarla como diagnóstico diferencial en casos similares.

PORFIRIA AGUDA INTERMITENTE: REPORTE DE UN CASO
Julio Echavarría Merino (1) Diego Godoy Fernandez (2), Abelino Jara Navarrete (3)
(1) Médico Cirujano CESFAM Dr. Monckeberg, (2) Médico EDF CESFAM San Pedro, San Pedro
(3) Médico EDF CESFAM Hernán Urzúa Merino, Renca

INTRODUCCIÓN: La porfiria aguda intermitente (PAI) es un trastorno autosómico dominante de penetrancia incompleta, producido por deficiencia genética de porfobilinogeno desaminasa (PBG-D), enzima que participa en la biosíntesis del grupo hemo, es una patología con elevada mortalidad, y poco observada en nuestro medio. Se manifiesta con dolor abdominal agudo, neuropatía periférica motora o sensitiva, hiponatremia, disautonomía, orina de color rojo o marrón y alteraciones neuropsiquiátricas. **CASO CLÍNICO:** Describimos el caso de una mujer de 18 años con antecedentes de porfiria aguda intermitente hace 2 años, debutando con dolor abdominal agudo asociado a neuropatía motora en EEII. Se planteó como diagnósticos diferenciales apendicitis aguda, síndrome de Guillain Barré y accidente cerebro vascular (ACV). Dentro del estudio presentó marcadores elevados de porfobilinógeno (PBG) en orina, con pruebas genéticas que confirman la existencia de la mutación 11q23.3 del gen PBG-D. Acude a atención primaria por presentar nueva crisis de dolor abdominal y paresia en EEII asociado a confusión y ansiedad, sin otras alteraciones al examen físico. Se deriva a servicio de urgencias donde se inicia tratamiento analgésico, suero glucosado al 30% para después ser trasladada a atención secundaria para tratamiento con hemina, manteniéndose en seguimiento con adecuada respuesta, actualmente en rehabilitación motora en atención primaria. **DISCUSIÓN**: A pesar de que la porfiria aguda intermitente sea una entidad poco frecuente en nuestro medio, debe ser tenida en cuenta como posible diagnóstico diferencial frente a pacientes que consulten por patología gastrointestinal, hiponatremia o neuropatía para un reconocimiento rápido, derivación oportuna e inicio del tratamiento específico con hemina de forma precoz para evitar complicaciones irreversibles.

DIABETES MELLITUS TIPO 2 Y ENDOCARDITIS INFECCIOSA EN PACIENTE CON NEUMONIA GRAVE POR SARS-COV-2

Constanza Echeverría Reyes (), Camilo Huerta Mejías (2), Bárbara Dewulf Román (2),
(2) Médico EDF, Hospital Comunitario de Til Til

INTRODUCCIÓN: Uno de los principales debut de diabetes tipo dos en pacientes jóvenes, es la cetoacidosis diabética, la cual suele desencadenarse ante alguna infección aguda. Se han reportado casos en la literatura de debut de diabetes en pacientes que cursan neumonía por SARS-CoV-2, sin embargo, no está descrita la asociación de SARS-Cov-2 con la endocarditis infecciosa **CASO CLÍNICO:** Paciente de 38 años, con antecedentes de NAC por COVID19 grave el cual requiere intubación orotraqueal en agosto de 2020. Con hallazgos imagenológicos compatibles con NAC grave por COVID 19. Durante hospitalización debuta con cetoacidosis diabética, por lo que, es dado de alta con diagnóstico crónico de DM2, hipoglicemiantes orales y esquema de insulina. Un mes después, consulta nuevamente en Servicio de Urgencia por síndrome febril sin foco de 2 semanas de evolución, que, en las últimas 12 horas, se asocia a disnea de inicio súbito, dolor torácico tipo puntada de costado. Se toma ECG, normal, sin embargo, al examen físico se pesquisa soplo holosistólico en todo el precordio grado IV/VI. Se deriva a hospital de mayor complejidad, donde se evidencian múltiples focos tromboembolismo pulmonar sub segmentarios; además, se realiza diagnóstico de endocarditis infecciosa, con hemocultivos positivos para Enterococus faecalis sensible a ampicilina. Paciente evoluciona con insuficiencia de válvula mitral severa con perforación velo e infarto esplénico. Hemocultivo de control a los 5 días negativos. Se realiza a los 10 días recambio valvular mecánico, con cultivo de válvula nativa negativo. Paciente evoluciona de manera favorable, se deja esquema de antibióticos por 6 semanas, sin incidentes. Se inicia anticoagulación con HBPM y luego con traslape a AVK. Paciente de alta a los 2 meses de haber sido hospitalizado
CONCLUSIÓN: Este caso busca notificar el alto índice de pacientes con debut de diabetes en contexto de enfermedad por covid 19 grave, además de destacar la población de pacientes, ya diabéticos, con difícil control metabólico durante la infección y posterior a esta. Por otra parte, evaluar la relación entre enfermedad por grave por covid 19 y endocarditis infecciosa.
DISCUSIÓN: La relación entre DM2 y COVID-19 no está del todo clara y poco se sabe de la respuesta metabólica inducida por el virus. La unión del virus a la enzima convertidora de angiotensina 2 (ACE2) induciría daño multiorgánico dada la ubicuidad de esta proteína. Se ha descrito la presencia de ACE2 en tejidos como islotes pancreáticos y endotelio, reportándose hiperglucemia en pacientes infectados por SARS-CoV-1, además podría asociarse un mayor aumento con el uso de esteroides como pilar fundamental en el manejo de infección grave por Sars-CoV-2 . Respecto a endocarditis y COVID-19, no hay descrita asociación clara. En este caso la puerta de entrada probablemente haya sido la instrumentación del paciente, en ausencia de otros focos aparentes.

CARACTERIZACIÓN DE DIAGNÓSTICOS MÁS FRECUENTES EN PERSONAS MAYORES EN SERVICIO DE URGENCIA DE UN HOSPITAL COMUNITARIO.

Andrea Elgueta Ocampo (1), Camila Chandia Zuñiga (1), Javiera Rivas Pacheco (2)
(1) Medicos EDF Hospital Comunitario de Salud Familiar de Bulnes.
(2) Medico EDF Hospital de Vilcun.

INTRODUCCIÓN y OBJETIVOs: La cantidad de personas que acuden a los servicios de urgencia ha ido progresivamente en aumento, siendo un porcentaje importante de estas, personas mayores de 65 años. Es fundamental que todo el personal que trabaja en urgencias conozca los principales motivos de consulta de su población adulta mayor local, para enfocar de mejor manera el estudio, diagnóstico y tratamiento de este grupo de pacientes. El OBJETIVO de este estudio es caracterizar a la población adulto mayor que consulta en el servicio de urgencia, identificando sus diagnósticos principales. **MATERIAL Y METODO**: Se realizó un estudio observacional, retrospectivo de pacientes mayores de 65 años que consultaron en el servicio de urgencia del Hospital Comunitario de Salud Familiar de Bulnes entre 1 de enero y el 31 de diciembre del año 2019. **RESULTADOS Y CONCLUSIONES:** De un total de 7658 consultas, la patología más frecuente fue bronquitis aguda (465), seguida por dolor abdominal (395), infección urinaria (349), neumonía (337), heridas (309), contusiones (216), consulta no especifica (212) y dolor agudo no especifico (206). Si las agrupamos por sistemas, las con mayor cantidad de consulta son respiratorias (1364), seguida por traumáticas (1096), cardiovasculares (958), gastroenterológicas (861) e infecciosas (743). Destaca por otro lado consultas cuyo diagnostico final son sólo síntomas (879), síndromes geriátricos (360) y las definidas como “consultas no especificadas” u “otros procedimientos” (262). **DISCUSIÓNES O COMENTARIOS**: De los RESULTADOS obtenidos, podemos desprender que los tipos de consultas en las personas mayores, no difiere mucho en relación a las consultas en el servicio de urgencia en otros grupos etarios. Lo que, si podemos rescatar, es la cantidad de consultas que no llegan a un diagnóstico específico en la urgencia, sino que terminan identificados o subdiagnosticados solamente por un síntoma. Esto último, podría explicarse por la presentación oligosintomática frecuente en los adultos mayores, como también por la falta de herramientas diagnosticas actuales en los servicios de urgencia de hospitales de baja complejidad y/o la baja preparación para enfrentar las consultas de urgencia de adultos mayores. Otro punto a destacar, es la baja prolijidad de algunas consultas que terminan en diagnóstico de “consulta no especificada” u “otros procedimientos”, lo que pudiera darse tanto por la premura de la atención o por la falta de un código CIE-10, que se aproxime al diagnóstico presumido en cada caso.

LOXOSCELISMO CUTÁNEO VISCERAL: UNA REVISIÓN A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO

Diego Encalada Cárdenas (1), Katyna Nahuelcura Henríquez (2), Isa Canessa Muñoz (2), Patricio Lara Leal (3)
(1) Médico Cirujano, EDF Hospital San Agustín de La Ligua.
(2) Médica Cirujana, EDF Hospital Dr. Mario Sánchez Vergara de La Calera,
(3) Interno de Medicina, Universidad de Valparaíso, Viña del Mar, Chile.

INTRODUCCIÓN: El loxoscelismo es un cuadro producido por el veneno que inyectan las arañas del género *Loxosceles* en el momento de la mordedura. En Chile es provocado principalmente por *Loxosceles laeta*, que se ubica desde la primera a la octava región, pero se han reportado casos en todas las regiones. Hay dos formas de presentación, la más frecuente es el loxoscelismo cutáneo (84% de casos) y loxoscelismo cutáneo visceral (14% de casos). No existen exámenes específicos que certifiquen su diagnóstico por lo que éste se basa en el antecedente de mordedura, la presentación clínica sugerente y el análisis de los ejemplares, sin embargo, el 100% de los casos de loxoscelismo cutáneo visceral se presentan con hematuria o hemoglobinuria. Actualmente no hay consenso internacional sobre el mejor esquema de tratamiento, mas generalmente se utiliza corticoides en dosis altas, antihistamínicos, hidratación o terapias de apoyo como la plasmaférisis. El pronóstico está dado por la gravedad del compromiso sistémico, la edad, la localización y la precocidad del manejo. **CASO CLÍNICO**: hombre de 68 años con antecedentes de cardiopatía coronaria y gota, consulta en posta rural durante la madrugada tras sufrir mordedura en antebrazo derecho por araña compatible con *Loxosceles*. En primera instancia se indica manejo sintomático, pero re consulta en posta tras un aumento de dolor y calor local, por lo que se decide trasladar a hospital de baja complejidad para evaluación. Ingresa afebril, normocárdico, con presión arterial de 189/99 mmHg. Al examen físico se describe piel y conjuntivas anictéricas y lesión cutánea ampollar en cara posterior de antebrazo derecho de aproximadamente 1 cm de diámetro con halo eritematoso de 5 cm, sin placa livedoide. Sin otros hallazgos al examen. Se toman exámenes de sangre en los que destaca elevación de bilirrubina indirecta (3.8), creatinina (1.3), hemoglobina (12.4), CK total (147), LDH (246). Se sospecha loxoscelismo cutáneo visceral y se deriva a centro de mayor complejidad. Al ingreso en este hospital se toman exámenes, donde destaca K+ (5.0), LDH (1980), bilirrubina indirecta (4.3), hemoglobina (12.3), CK total (246), creatinina (1.59), orina completa con hematuria +++. Se inició manejo con frío local y elevación de la extremidad afectada, corticoides EV en dosis altas, antihistamínicos EV y volemización abundante con cristaloides. Progresa rápidamente con dolor lumbar intenso, náuseas y hematuria franca por sonda Foley. Al control de exámenes destaca hemoglobina (9.6), Plaquetas (105000), leucocitos (18000), LDH (4756), K^+ (6.33), creatinina (1.8), CK total (237). Se inician medidas hipokalemiantes y se presenta caso a UPC por necesidad de manejo invasivo. Por no disponibilidad de cama se externaliza. Paciente fallece a las 36 horas después de la mordedura. **DISCUSIÓN y CONCLUSIÓN:** El loxoscelismo es un cuadro poco frecuente, pero tiene una gran importancia conocer el diagnóstico, manejo oportuno y reconocer precozmente cuadros de loxoscelismo cutáneo visceral por su eventual letalidad.

Bibliografía: *Rev Chil Infect 2009; 26(5): 420-432 // Rev. Chilena Infectol 2015; 32 (2): 230-233 // Guía para el manejo de mordedura de araña de los rincones - Loxosceles laeta, Ministerio de Salud, Gobierno de Chile*.

CARACTERIZACIÓN CLÍNICA Y EPIDEMIOLÓGICA DE INFECCIÓN POR SARS COV-2 EN LA COMUNA DE TALTAL AÑO 2020

Francisco Erazo Astudillo (1), Javier Villalón Friedrich (1), Sebastián Baeza Vargas (1), Fernando Villalón Friedrich (2)
(1) Médicos EDF Hospital Comunitario 21 de mayo de Taltal
(2) Estudiante de Medicina, Universidad de Antofagasta

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS: El SARS COV-2(COVID-19) ha tenido un impacto tanto a nivel sanitario como sociocultural mundial, con una importante tasa de morbimortalidad.
El OBJETIVO: es caracterizar clínica y epidemiológicamente los pacientes con resultado COVID-19(+) *"positivo"* o "caso probable" en la comuna de Taltal en el año 2020. **MATERIAL Y METODO:** Estudio descriptivo retrospectivo. Se analizó la base de datos de *"EPIVIGILA" y "DAU"*, para rescatar la caracterización clínica y epidemiológica de los pacientes con resultado COVID-19(+) *"positivo" o* "caso probable" en la comuna de Taltal año 2020. La muestra total fue de 307 pacientes. Se procedió a revisión de registro clínico en atenciones de urgencias (DAU) y EPIVIGILA. Se analizaron las siguientes variables: sexo, edad, comorbilidad, síntomas, fallecidos. Los datos fueron analizados y tabulados en planilla Excel. **RESULTADOS Y CONCLUSIONES:** Un 61,44% correspondió a sexo masculino. La edad promedio de infección fue 35 años con un rango entre 2 meses y 92 años de edad. La comorbilidad más frecuente fue hipertensión arterial crónica (10,75%). Las manifestaciones clínicas más frecuentes fueron tos (31,27%), cefalea (29,64%), mialgias (24,43%), odinofagia (20,52%), fiebre (16,94%). Pacientes asintomáticos (41,37%). Pacientes fallecidos (1,95%) los cuales 50% correspondió a sexo masculino, edad promedio de 71,5 años, síntoma más frecuente tos (50%) y la comorbilidad más frecuente Hipertensión Arterial Crónica (50%).
Los RESULTADOS clínicos como epidemiológicos concuerdan con los datos presentados en la literatura nacional e internacional a la fecha. Se requiere enfocar los esfuerzos de prevención en la población con mayor incidencia y en los grupos de riesgo que presentan peor evolución por la infección. **COMENTARIOS:** En Taltal la mayor cantidad de casos fueron sintomáticos (58,63%), con la tos como principal síntoma. Los pacientes con peor evolución que fallecieron corresponden principalmente a población adulto mayor con hipertensión arterial crónica, por lo cual hay que enfocar los esfuerzos en este grupo.

INCIDENCIA DE INFECCIONES DE TRANSMISION SEXUAL EN POBLACIÓN GESTANTE DE CESFAM PADRE VICENTE IRARRAZAVAL

Diego Escalante Tapia (1), Fernando Espinoza Cabrera (2), Nicole Lama Muñoz (3)
(1) Médico Cirujano EDF SSMC Cesfam Padre Vicente Irarrázaval
(2) Medico EDF, Cesfam Huertos Familiares, (3) Medico EDF Hospital Diego De Almagro

INTRODUCCIÓN: El CESFAM PVI, dentro del SSMC, se caracteriza por su alta prevalencia de inscritos migrantes. De 21.500 inscritos validados por Fonasa, 5400 de ellos son migrantes y 3.500 de ellos corresponden a pacientes haitianos. El control prenatal es una prestación clínica a cargo de las matronas y una herramienta de salud pública que permite la pesquisa de enfermedades crónicas transmisibles tales como la sífilis, VIH y Chagas.

OBJETIVOS:

1. Determinar la incidencia de Chagas, sífilis y VIH en la población gestante que ingresó a control prenatal el año 2020.
2. Establecer cómo se distribuyen dichas patologías comparando población migrante contra no migrante.

MATERIAL Y METODO: Carpetas de matrona encargada de ITS con RESULTADOS de todas las muestras de gestantes y no gestantes año 2020.

RESULTADOS: De un total de 729 ingresos prenatales, 502 fueron de población migrante, correspondiente al 68.86% del total.

1. 8 RESULTADOS VIH+ fueron pesquisadas en control de embarazo, siendo 7 migrantes haitianas y 1 chilena.
2. 2 RESULTADOS positivos para Chagas, ambos en migrantes bolivianas.
3. 10 RESULTADOS VDRL reactivos en embarazadas, 4 peruanas, 4 haitianas y 2 chilenas.

CONCLUSIONES: La incidencia local de VIH+ en población gestante corresponde al 1.09% del servicio, similar a la incidencia de sífilis. El 87,5% de VIH+ en población gestante corresponde a migrantes haitianos. El 80% de sífilis positivo corresponde a migrantes haitianos y peruanos. El Chagas no fue estadísticamente significativo. Los datos demuestran que VIH y sífilis son más prevalentes en nuestro CESFAM, necesitando un trabajo enérgico para su detección y prevención, con énfasis en población migrante.

LEUCOENCEFALOPATÍA MULTIFOCAL PROGRESIVA EN PACIENTE CON INMUNODEFICIENCIA SECUNDARIA

Ana Escobar Montoya, Nathia Niklitschek Toro, Israel Giacaman Fonseca
Médicos EDF CESFAM Río Bueno

INTRODUCCIÓN: La LEMP es una enfermedad desmielinizante del sistema nervioso central causada por la reactivación del Virus JC -cuya primoinfección asintomática ocurre en la niñez- en el contexto de una inmunidad celular profundamente deprimida (Linfocitos CD4 bajo 200/mm3). El cuadro clínico consiste en déficit neurológico subagudo de cualquier tipo ("multifocal"), dependiendo de la ubicación de la lesión. En pacientes con cuadro clínico y neuroimágenes compatible, el diagnóstico se confirma demostrando la presencia de Virus JC en el LCR, si bien el Gold Standard es la Biopsia cerebral. La LEMP tiene alta mortalidad y carece de tratamiento específico, el manejo se basa en el restablecimiento de la inmunidad del paciente según etiología. **CASO CLÍNICO:** Varón de 44 años, alcohólico, con cuadro de 10 días de hemiparesia izquierda. La Tomografía cerebral demostró lesión hipodensa subcortical frontal derecha; los exámenes mostraron pancitopenia y Reacción positiva al test de Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) con recuento de linfocitos CD4 bajos. Posteriormente la RNM informó sospecha de proceso linfoproliferativo versus Leucoencefalopatia Multifocal Progresiva (LEMP), siendo positivo en Liquido Cefalorraquideo (LCR) para Virus JC. Conforme la lesión aumentaba de tamaño, el paciente evolucionó con bradipsiquia y sopor profundo, hemiplejia espástica y trastorno deglutorio, complicándose después con infección por Citomegalovirus, reacciones adversas a la Terapia Antirretroviral, distonía y finalmente falleciendo producto de complicaciones propias de su postración. **DISCUSIÓN:** La LEMP es una enfermedad devastadora e invalidante del paciente inmunodeprimido que, aunque infrecuente, presenta una alta morbimortalidad y cuyo proceso diagnóstico consiste en el descarte de otras enfermedades oportunistas mediante estudios de alto costo económico. El diagnóstico precoz de los estados de inmunosupresión, específicamente la infección por VIH, debe ser nuestra principal herramienta a nivel de la Atención Primaria, reconociendo los grupos de riesgo y ofreciendo más activamente la pesquisa.

SÍNDROME CONFUSIONAL AGUDO EN ADULTO COMO PRESENTACIÓN DE ENDOCARDITIS INFECCIOSA. A PROPÓSITO DE UN CASO.

Ana Escobar Montoya (1), Alberto Vejar Mansilla (2), Katherine Illanes Suánez (1)
(1) Médicas EDF, CESFAM de Río Bueno, (2) Médico EDF, Hospital de Río Bueno

INTRODUCCIÓN: Las presentaciones clínicas típicas de Endocarditis Infecciosa (EI) se diferencian según sea Aguda o Subaguda, pero ambos incluyen fiebre como síntoma más frecuente (>90%). Los pacientes con EI suelen tener bacteriemia continua, independientemente de la presencia de fiebre. Otros síntomas comunes son malestar, cefalea, mialgias, artralgias, sudoración nocturna, dolor abdominal y disnea. **CASO CLÍNICO**: Varón de 57 años con antecedentes de cáncer testicular operado y coxartrosis severa. Consultó en urgencia por cuadro de una semana de dolor torácico asociado a palpitaciones y compromiso cualitativo de conciencia, sin referir fiebre. Ingresó afebril, con agitación psicomotora, estable hemodinámicamente, electrocardiograma con Fibrilación auricular con respuesta ventricular rápida. En los exámenes destacó PCR 13.4 mg/dL. Se realizó manejo de frecuencia cardíaca y se hospitalizó para estudio por sospecha de etiología infecciosa. Durante hospitalización evolucionó febril, se descartó meningitis e infección por SARS-COV-2. TC de encéfalo sin hallazgos. Hemocultivo resultó positivo para S. Gallolyticus, se realizó Ecocardiograma transtorácico que confirmó endocarditis infecciosa, con hallazgo de vegetaciones sobre velo anterior mitral y sobre velo coronario izquierdo de válvula aórtica, insuficiencia mitral severa y aórtica moderada. Se realizó TC sin contraste en búsqueda de embolización que describió esplenomegalia y se realizó colonoscopía para descartar cáncer de colon. Se manejó con tratamiento antibiótico y cirugía de recambio valvular evolucionando favorablemente. **DISCUSIÓN**: Vemos una presentación atípica de EI por falta de factores de riesgo conocidos y sintomatología inicial no sugerente, principalmente por ausencia de fiebre y predominio de síntomas neurológicos. La clave para realizar el diagnóstico fue la Bacteriemia, cuya presencia nos debe hacer sospechar una EI principalmente ante un microorganismo típico, en este caso *S. gallolyticus*. Ante este agente, es importante descartar Cáncer de colon por su frecuente asociación.

INFECCIÓN POR CLOSTRIDIUM DIFFICILE ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD EN PACIENTE CON HIPERPLASIA SUPRARRENAL CONGÉNITA: REPORTE DE UN CASO

Aivonlec Espinoza Contreras (1), Andrés Caballero Soto (2), Félix Martín Hartwig (3)
(1) Médico EDF, Consultorio Miraflores Temuco, (2) Médico Cirujano CESFAM Pueblo Nuevo Temuco;
(3) Médico EDF Posta de salud rural San Ramón, Padre las Casas

INTRODUCCIÓN: La infección por Clostridium Difficile (C.D) es la principal causa de diarrea infecciosa nosocomial, sin embargo, cada vez se describen con mayor frecuencia infecciones adquiridas en la comunidad sin exposición previa a entornos de atención sanitaria y/o agentes antibióticos. **OBJETIVO:** Presentación de **Caso clínico** de paciente con antecedentes de Hiperplasia suprarrenal congénita, sin factores de riesgo de exposición, que adquiere infección por Clostridium Difficile. **MATERIAL Y METODO:** Descripción de un CASO CLÍNICO ocurrido en SAR Miraflores de Temuco con acceso a historial del paciente y exámenes diagnósticos complementarios. **CASO CLÍNICO:** Paciente de 26 años con antecedentes de hiperplasia suprarrenal congénita en tratamiento con fludrocortisona (0,05mg/día) e hidrocortisona (40mg/día) con buena adherencia a terapia, sin antecedentes de hospitalización previa ni uso de antibióticos durante al menos un año, inicia cuadro de 2 días de dolor abdominal cólico, deposiciones líquidas frecuentes, náuseas, fiebre y compromiso del estado general. Se evalúa en SAR Miraflores donde se maneja con fluidoterapia y analgesia. Por buena evolución clínica se egresa a domicilio con sales de rehidratación y antiespasmódicos. Al día siguiente evoluciona con disentería por lo que vuelve a consultar, se toman exámenes generales con hemograma normal, glicemia normal, leve alteración de parámetros inflamatorios, electrolitos plasmáticos y función renal normal. Además de coprocultivo se decide toma de toxina de C. difficile en heces, el cual resulta positivo para toxina A y B de C.D, Por estado hemodinámico estable se decide terapia ambulatoria con metronidazol 500mg c/8h por 10 días y aislamiento con resolución del cuadro clínico. **DISCUSIÓN y CONCLUSIONES:** Los pacientes con hiperplasia suprarrenal congénita clásica que presentan cuadro de diarrea, vómitos, o deshidratación se debe descartar inicialmente una crisis suprarrenal, sin embargo, al presentarse el CASO CLÍNICO de un paciente con buena adherencia a terapia sin impresión de shock inicial y con niveles electrolíticos normales, parecía lo menos probable. Al agregarse disentería se realizó estudio de deposiciones donde se evidenció infección por C.D a pesar de que no tener exposiciones de riesgo. Se ha descrito casos en la literatura de pacientes tratados al menos por 6 meses con esteroides o inmunosupresores pueden ser portadores de Clostridium difficile y causar infección posterior.

ANÁLISIS EPIDEMIOLÓGICO DE PACIENTES TUBERCULOSOS TRATADOS ENTRE LOS AÑOS 2010 A 2020 EN CONSULTORIO MIRAFLORES DE TEMUCO.

Aivonlec Espinoza Contreras (1), María Belén López Escalona (2), Romina Olate Mercado (3)
(1) Médico EDF Consultorio Miraflores, Temuco, (2) Médico EDF CESFAM Pueblo Nuevo Temuco;
(3) Médico EDF CESFAM Pedro de Valdivia Temuco

INTRODUCCIÓN: La tuberculosis sigue siendo una de las principales causas de mortalidad por enfermedad infecciosa a nivel mundial. En Chile, a pesar de que la incidencia es menor que en la mayoría de los países de Latinoamérica, la TBC continúa siendo una enfermedad presente. El Consultorio Miraflores es el centro de salud primaria que diagnostica y trata a la mayor cantidad de pacientes tuberculosos del área urbana de Temuco, por ello analizar la población tratante puede ayudar a mejorar las estrategias dirigidas a detectar y tratar oportunamente los casos de tuberculosis. **OBJETIVO:** Evaluar las características epidemiológicas de los pacientes tratados por TBC en Consultorio Miraflores **MATERIAL Y METODO:** Se realizó un estudio observacional, descriptivo retrospectivo de pacientes tuberculosos tratados en Consultorio Miraflores entre los años 2010 al 2020 usando datos del libro de registro y seguimiento de pacientes con TBC y el historial clínico electrónico del registro de pacientes del Servicio de Salud Araucanía Sur. **RESULTADOS:** Durante los años 2010 a 2020 en Consultorio Miraflores se diagnosticaron y trataron un total de 70 pacientes de los cuales 19 fueron mujeres (27%) y 51 hombres (73%), el promedio de edad fue de 49,5 años; cabe destacar que 26 de ellos presentaban edad inferior a 40 años (37%) y un total de 10 pacientes tenían más de 70 años de edad (14%). El MÉTODO de confirmación principal fue por baciloscopía (74%), luego el cultivo (14%) y 8 fueron realizados por biología molecular (11% por GeneXpert MTB/RIF). Aquellos que presentaron diagnóstico de tuberculosis pulmonar alcanzó un total de 61 pacientes (87%) y 9 presentaron patología extrapulmonar (13%) de los cuales se incluyeron de origen pleural, ganglionar, peritoneal y pericarditis tuberculosa. Un 95,7% de los pacientes fueron tratados con esquema primario, el resto fue con esquema especial, ninguno de ellos multidrogoresistente. Con respecto a nacionalidad: 5 pacientes eran extranjeros que correspondían a los países de Perú (1), Ecuador (1), Haití (2) y Venezuela (1). Cinco pacientes tenían situación de calle (7%), 20 tuberculosos eran alcohólicos al momento del diagnóstico representando un total del 28,5%. Cuatro pacientes presentaron adicción a drogas (5,7%). La coinfección retroviral por VIH fue de un 11,4%. Al evaluar la condición de egreso 5 pacientes presentaron abandono de tratamiento (7%),1 fracaso de tratamiento (1,4%) y 4 fallecidos a causa de tuberculosis pulmonar (5,7%). **DISCUSIÓN y CONCLUSIONES:** Los datos evaluados muestran que la mayor cantidad de pacientes tuberculosos tratados en nuestro centro corresponden a hombres con un promedio de edad general 49 años, hay un porcentaje considerable de pacientes menores de 40 años con TBC. Se sigue ocupando como MÉTODO de confirmación inicial la baciloscopía. Tratamos principalmente a pacientes con TBC pulmonar. El grupo de riesgo principal pesquisado es el alcoholismo, coinfección retroviral, situación de calle, extranjeros y drogadicción. Es importante señalar que en los últimos años hubo un aumento de pacientes de otras nacionalidades diagnosticados, lo que hace necesario aumentar los esfuerzos para mejorar la pesquisa en dichos grupos. Se debe poner especial énfasis a detectar y tratar oportunamente los casos de tuberculosis en personas con mayor riesgo de desarrollar la enfermedad ya que un 5,7% de nuestros pacientes evaluados en este estudio fallecieron por esta causa.

CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN EN CONTROL DEL PROGRAMA DE SALUD CARDIOVASCULAR DEL CESFAM PULMAHUE DE PADRE LAS CASAS.

Alejandro Espinoza Iturra (1), Félix Martín Hartwig (2), Edgar Ibañez González (3), Diego Montecinos Toro (4)
(1) Médico EDF CESFAM Pulmahue, Padre Las Casas, (2) Médico EDF Centro de Salud Rural San Ramón, Padre Las Casas.
(3) Médico EDF Consutorio Miraflores, Temuco. (4) Médico EDF CESFAM Villa Alegre, Temuco.

INTRODUCCIÓN: La hipertensión (HTA), Diabetes Mellitus 2 (DM2) y dislipidemia (DLP) son problemas de salud que constituyen los principales factores de riesgo para la enfermedad coronaria y cerebrovascular. El Programa de Salud Cardiovascular (PSCV) es una de las principales estrategias del Ministerio para contribuir a reducir la morbimortalidad asociada a enfermedades cardiovasculares. **OBJETIVO:** Conocer y caracterizar la población hipertensa, diabética y dislipidémica inscrita en el PSCV del CESFAM Pulmahue de Padre Las Casas que atiende población urbana y rural. **MATERIAL Y METODO:** Estudio descriptivo transversal de pacientes bajo control en el PSCV del CESFAM Pulmahue a febrero 2021. Se extrajo información de tarjeteros y fichas clínicas, información tabulada en formato Excel. Con una población de 1741, en control del PSCV, se analizaron las variables: edad, sexo, diagnóstico (HTA, DM2 y DLP), y metas de compensación según patología incluyendo presión arterial y hemoglobina glicosilada (HbA1c), registradas al último control. **RESULTADOS Y CONCLUSIÓN:** De la población analizada, 606 son hombres y 1135 mujeres, con promedio de edad de 62 años. Solo 4,2 % son menores de 40 años, 50,5% entre 40-64 años y 45,3% mayor de 65 años. Con diagnóstico de DM2 hay 586 usuarios, 1.155 con hipertensión y 845 con dislipidemia. De los pacientes Diabéticos solo 36.6% tiene HbA1c menor de 7%. De los Hipertensos 58.2% tiene presión arterial menor a 140/90. En ambas patológicas, tanto en la población diabética como hipertensa, las mujeres son quienes presentan mejor control de la enfermedad. **DISCUSIÓN O COMENTARIO:** Las patologías bajo control en PSCV aumentan su prevalencia a partir de los 40 años, abarcando a partir de esta edad hacia adelante el 95,8 % de los casos. Las bajas tasas de compensación de pacientes en el PSCV, en particular a la población diabética y con mayor tendencia en la población masculina, nos obliga a mejorar las estrategias que promuevan un acceso y control más estricto de estas patologías para así disminuir las consecuencias de enfermedades cardiovasculares.

SINDROME DE STEVENS JOHNSON SECUNDARIO A USO DE LAMOTRIGINA: A PROPÓSITO DE UN CASO

Fernando Espinoza Cabrera (1), Diego Escalante Tapia, (2) Carlos Giugliano Rostion (3)
(1) Médico EDF Cesfam Huertos Familiares (2) Médico EDF, Cesfam Padre Vicente Irarrazabal,
(3) Médico EDF Hospital Diego de Almagro

INTRODUCCIÓN: El síndrome de Stevens Johnson es una patología caracterizada por una reacción mucocutanea severa de diversa etiología, pero comúnmente producida por fármacos. La Lamotrigina es dentro de las etiologías un fármaco a considerar. Dentro de las complicaciones frecuentes y necesarias a tener en cuenta son las infecciones, compromiso pulmonar y gastrointestinal por lo que muchos pacientes deben ser manejados en unidades de mayor complejidad. **CASO CLÍNICO:** Paciente sexo femenino, 30 años con diagnostico reciente de trastorno bipolar en control con psiquiatría el cual inicia Lamotrigina 100 mg al día. Posterior a 1 semana de inicio de fármaco paciente evoluciona con exantema puntiforme en brazos (3 lesiones algo pruriginosas sin signos complicación) por lo que psiquiatra indica reducir dosis a 50 mg. Posteriormente paciente evoluciona con exantema generalizado en extremidad superior, inferior, genitales, en cavidad bucal y en labios lo cual dificulta el habla, sin disnea, pero con inflamación de mucosas. Es derivada a Clínica Dávila donde es evaluada por dermatólogo diagnosticando Síndrome de Steven Johnson secundario a Lamotrigina. **CONCLUSIONES:** El síndrome de Stevens Johnson secundario a Lamotrigina es una condición de salud muy rara la cual afecta al 0.08 – 0.3 % de pacientes que inician Lamotrigina. Esta patología requiere muchas veces del manejo en ITU/UCI debido a sus complicaciones sobre todo pulmonares e infecciones, por lo que es de vital importancia sospecharla a tiempo y derivar a establecimiento de mayor complejidad para su manejo.

ACCIDENTE CEREBROVASCULAR CEREBELOSO EN PACIENTE JOVEN: A PROPOSITO DE UN CASO

Fernando Espinoza Cabrera (1), Diego Escalante Tapia (2)
(1) Médico EDF Cesfam Huertos Familiares, (2) Médico EDF Cesfam Padre Vicente Irarrazabal

INTRODUCCIÓN: La patología cerebrovascular es un cuadro de alta prevalencia e incidencia en nuestro país, la cual afecta principalmente a paciente adultos mayores o con comorbilidades. Sin embargo, es poco común encontrar esta patología en pacientes jóvenes sin comorbilidades por lo que se expondrá un CASO CLÍNICO interesante a revisar. **CASO CLÍNICO:** Paciente masculino 30 años sin antecedentes mórbidos, consulta a posta rural Santa Matilde por cuadro súbito de cefalea intensa asociado a inestabilidad de la marcha. Al ingreso destaca hipertenso, Glasgow 14. Durante el examen físico se evidencia signos cerebelosos alterados (marcha atáxica, dismetría, , disdiadococinesia) y cefalea intensa. Se deriva por observación ACV isquémico cerebeloso. Al ingreso a hospital de referencia destaco TAC cerebro con hipodensidad cerebelo siendo manejado por sospecha diagnostica inicial. Dentro de hospitalización paciente evoluciono satisfactoriamente, pero manteniendo marcha ataxica. Los estudios de ecocardiograma, ecotomografia carotidea, inmunológico, exámenes de laboratorio dentro de limites normales, por lo que fue dado de alta indicando manejo neuroproteccion y controles con neurología para esclarecer etiología de su cuadro. **CONCLUSIONES:** El accidente cerebrovascular es una patología de alta prevalencia en nuestro país, mas común en adultos mayores, dentro de este cuadro esta el ACV isquémico cerebeloso el cual tiene una menor prevalencia en personas jóvenes como el paciente expuesto en este caso. Es fundamental poder encontrar su etiología para poder prevenir así un nuevo evento cardiovascular y poder manejarlo oportunamente evitando así sus secuelas.

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DEL POLICLÍNICO DE ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL DEL CENTRO DE REFERENCIA DE APS DEL VALLE DE ACONCAGUA – CESFAM SAN FELIPE EL REAL - DURANTE EL AÑO 2020

Gustavo Espinoza Olguín (1), Sebastián Rojas Saffie (1), Fabiola Fuenzalida Órdenes (2)
(1) Médico EDF CESFAM San Felipe El Real, (2) Médica EDF Hospital Santo Tomás, Limache

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS: Las enfermedades de transmisión sexual (ETS) son patologías causadas por distintos agentes y se transmiten por contacto sexual. Son un problema de salud a nivel mundial, estimándose anualmente 357 millones nuevos casos. Dado su importancia, el OBJETIVO es indagar sobre la epidemiología local y compararla con cifras nacionales. **MATERIAL Y METODO:** revisión ficha clínica de los pacientes atendidos en el policlínico de ETS en 2020. Se extrajeron los siguientes datos: sexo, edad, diagnóstico, fecha de ingreso, fecha de alta, si perdió sus controles, uso de MÉTODOs anticonceptivos (MAC's) edad inicio actividad sexual y número de parejas sexuales. Los datos fueron tabulados en programa Excel. **RESULTADOS:** de 138 pacientes, 91 eran mujeres, 46 hombres y 1 trans masculino. Los diagnósticos más frecuentes fueron condilomas (58%) y sífilis (13%). El grupo etario más afectado fue de 21 a 30 años, seguido de 31 a 40 años. En los controles destaca que 48 pacientes perdieron sus controles y 23 no fueron a su ingreso. Sobre los MAC's, lo más frecuente es que no se utilice ningún MÉTODO. **DISCUSIÓN**: Localmente, la sífilis es la 2° ETS más frecuente. Dado que los condilomas no son de notificación obligatoria, concuerda con la realidad nacional donde la sífilis es la ETS más notificada. El grupo etario más afectado a nivel país (15-39 años) es equivalente a la epidemiología local. Destaca el pobre uso de MAC's y la gran cantidad de pacientes que perdieron sus controles. Siendo las ETS un problema de salud pública, es una buena estrategia fomentar el uso sobre todo de preservativo y el seguimiento exhaustivo, para así lograr el control de estas enfermedades.

UN HALLAZGO INFRECUENTE PERO LLAMATIVO, SÍNDROME DE ORINA COLOR PÚRPURA: REPORTE DE CASO
Gustavo Espinoza Olguín, Jimena Matallana Pastén, Catalina. Ibarra Ortiz
Médicos CESFAM San Felipe El Real, San Felipe

INTRODUCCIÓN: el síndrome de orina color púrpura (purple urine bag syndrome -PUBS-) es una condición benigna en la que la orina se torna color púrpura. Infrecuente, se da en pacientes con cateterismo urinario a permanencia, donde el triptófano de la dieta genera pigmentos en la orina que, al interactuar con el material de la sonda y bolsa, en una orina habitualmente alcalina, genera ese tinte púrpura. **DESCRIPCIÓN DEL CASO:** mujer de 81 años con antecedente de hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo 2 insulinorrequiriente, rinitis alérgica, obesidad, enfermedad renal crónica etapa V, usuaria de sonda Foley a permanencia por incontinencia urinaria. Consulta enfermera de programa postrados por orina color púrpura en bolsa recolectora de orina de usuaria. Paciente asintomática. Estudio de laboratorio muestra orina alcalina, nitritos positivos, leucocitos y hematíes positivos; urocultivo positivo a proteus mirabilis. Manejo expectante, con recambio de bolsa, con buena evolución, resolución espontánea. **DISCUSIÓN:** nuestra paciente tenía 2 condiciones que favorecían el desarrollo de PUBS: edad avanzada y cateterismo a permanencia. El manejo del evento incluye adecuado manejo de sonda y bolsa, y reemplazo si procede. El manejo con antibióticos es controversial y depende de la bibliografía. En nuestro caso, se trató de una bacteriuria asintomática, por lo que se decidió manejo expectante y recambio de bolsa, con evolución favorable, por lo que parece razonable concluir que el manejo antibiótico no es necesario en la totalidad de los casos y debiese indicarse solo si hay signos de infección.

MANEJO DE LA HIPERTRIGLICERIDEMIA SEVERA Y SU ASOCIACIÓN CON RIESGO DE PANCREATITIS AGUDA, A PROPÓSITO DE UN CASO.
Paula Espinoza Villaseñor, Karla Grudsky Ibarra
Médicos EDF, Hospital de Collipulli

INTRODUCCIÓN: La hipertrigliceridemia severa se define por niveles plasmáticos de triglicéridos (TG) superiores a 1.000 mg/dl y representa un problema terapéutico por la posibilidad de desarrollar pancreatitis aguda (PA). La PA tiene una prevalencia del 15% con TG sobre 1700 mg/dl y 3% con TG menores a 1700 mg/dl. El manejo inicial consiste en cambios en el estilo de vida (CEV), uso de fibratos, omega 3, ácido nicotínico. En casos en que se requiera descender de forma urgente los niveles de TG por riesgo de PA puede usarse Insulina regular endovenosa a razón de 0.1-0.3 UI/Kg/hora manteniendo glicemia entre 150 a 200 mg/dL.**MATERIAL Y METODO:** Se realiza revisión de **Caso clínico:** en CESFAM Valle Mar y búsqueda bibliográfica. **PRESENTACIÓN DEL CASO**: Hombre de 59 años, con antecedentes mórbidos de tabaquismo, diabetes mellitus tipo 2 compensada en tratamiento con metformina y glibenclamida. Estando asintomático, acude a su control crónico en posta rural con resultado de exámenes de laboratorio donde destaca Colesterol total 1.325 mg/dl, Colesterol HDL 56 mg/dl, Colesterol LDL 729,8 mg/dl y TG 2.696 mg/dl por lo que se decide traslado a Hospital de baja complejidad para manejo. Durante hospitalización paciente es manejado con fibratos e hidratación endovenosa, siendo dado de alta seis días después con TG 493 mg/dl, con indicación de gemfibrozilo 600 mg cada 12 horas. En control crónico 3 meses después, destaca Colesterol LDL 115,2 mg/dl TG 269 mg/dl por lo que se suspende gemfibrozilo y se inicia tratamiento con atorvastatina para lograr OBJETIVO primario de LDL.**DISCUSIÓN:** Se ha visto que los pacientes hacen PA con valores de TG sobre 1700 mg/dl y que existiría un mayor riesgo de muertes y eventos cardiovasculares en pacientes con hipertrigliceridemia. En cuanto al manejo inicial siempre se debe considerar los CEV como primera aproximación y los pasos a seguir dependerá del nivel de TG; ya que, si tiene TG menor a 500 mg/dl, lo que definirá el tratamiento será la concentración de LDL, pero si presentan niveles de TG mayor a 500 mg/dl el tratamiento de elección son los fibratos.

PARO CARDIACO SÚBITO EN CONTEXTO DE UN SÍNDROME DE WOLFF-PARKINSON-WHITE, A PROPÓSITO DE UN CASO.

Paula Espinoza Villaseñor (1), Karla Valdivia Cortés (1), Jorge Urrutia Rosales (2), Karla Grudsky Ibarra (3)
(1) Médico EDF CESFAM Navidad, (2) Odontólogo EDF CESFAM Navidad, (3) Médico EDF Hospital de Collipulli

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS: El síndrome de Wolff-Parkinson-Withe (WPW) se define por la presencia de una taquicardia por reentrada auriculoventricular sintomática con evidencia de preexcitación en el ECG en reposo (onda delta). Esta anomalía afecta al 0,1-3% de la población general y es más frecuente en hombres (2:1). Los síntomas pueden ir desde palpitaciones leves hasta síncope y, en raras ocasiones, muerte súbita cardíaca. La ablación con catéter es el tratamiento de primera línea y tiene una alta tasa de éxito. El propósito de este trabajo es dar a conocer un CASO CLÍNICO de paro cardíaco súbito en contexto de un síndrome de Wolff-Parkinson-White. **MATERIAL Y METODO**: Se realiza revisión de CASO CLÍNICO en CESFAM Valle Mar y búsqueda bibliográfica. **PRESENTACIÓN DEL CASO**: Hombre de 18 años, sin antecedentes mórbidos ni sintomatología previa, acude al servicio de urgencia por cuadro de palpitaciones y dolor precordial intenso previo a partido de fútbol. A los minutos de su ingreso presenta síncope asociado a convulsión tónico-clónica que es manejada con Diazepam endovenoso. A la monitorización cardiaca se pesquisa asistolia por lo que se inician reanimación cardiopulmonar avanzado logrando ritmo sinusal tras 35 minutos de maniobras. Paciente es trasladado al Hospital base donde ingresa en malas condiciones generales, con Glasgow 3, hemodinámicamente inestable, desaturando, siendo trasladado a unidad de paciente crítico para manejo avanzado requiriendo ventilación mecánica invasiva e instalación de catéter venoso central (CVC). Durante la instalación de este paciente presenta taquicardia ventricular polimorfa por lo que se realiza desfibrilación volviendo a ritmo sinusal. Paciente es trasladado a centro de mayor complejidad donde se realiza estudio electrofisiológico destacando un Síndrome de Wolff-Parkinson-White, vía accesoria posterolateral izquierda de alto riesgo (periodo refractario < 200 ms), logrando ablación exitosa al segundo intento. **DISCUSIÓN**: La mayoría de los pacientes con patrón de WPW en su electrocardiograma de base permanecen asintomáticos. Un pequeño porcentaje de estos pacientes desarrollan arritmias que se manifiestan con palpitaciones, síncopes o muerte súbita cardiaca (MSC), esta última con una incidencia que oscila entre 0-0,39% anual. Entre los pacientes con síndrome de WPW que sobreviven a un episodio de MSC, la ablación de la vía accesoria es el tratamiento de elección.

INFECCIÓN PERIPROTÉSICA DE RODILLA POR CORYNEBACTERIUM STRIATUM: A PROPÓSITO DE UN CASO.

Gianmarco Fasciani Olivos (1), Jaime Bravo Marambio (2)
(1) Médico, Hospital Ernesto Torres Galdames, (2) Médico EDF, CESFAM Pozo Almonte

INTRODUCCIÓN: Las infecciones periprotésicas son poco comunes en la práctica clínica (aprox. 3%), sin embargo, son devastadoras para el paciente y el equipo médico; requieren hospitalizaciones, uso de antibióticos prolongados y aseos quirúrgicos recurrentes. Recientemente, se ha identificado como agente causal a Corynebacterium striatum, un germen emergente, de difícil pesquisa y terapéutica. El OBJETIVO del presente trabajo consiste en dar conocer y tener en cuenta la presencia de este tipo patógenos en cuadros de infecciones periprotésicas resistentes a tratamiento empírico. **CASO CLÍNICO:** Paciente femenina, 73 años, con antecedente de Artroplastía total de ambas caderas por Coxartrosis bilateral secundaria a displasia, y Gonartrosis derecha severa. Sometida a Prótesis total de rodilla derecha el año 2014. Presentó dos cuadros de infección periprotésica en los años 2014 y 2017. Primer episodio con buena respuesta a aseo quirúrgico y tratamiento antibiótico empírico, sin embargo, segundo cuadro; tras manejo inicial cursó con evolución tórpida y estudios negativos para agente etiológico, se sometió a nuevo aseo quirúrgico, fistulectomía y cultivos, que resultaron positivos para Corynebacterium striatum, con antibiograma multirresistente, sensible a Vancomicina. Tras iniciado tratamiento presentó buena evolución clínica con descenso significativo de parámetros inflamatorios, y posterior alta del Servicio de Traumatología. **DISCUSIÓN:** Corynebacterium striatum es un bacilo gram positivo, microbiota de piel y mucosas. Se considera un patógeno emergente en infecciones osteoarticulares, de crecimiento lento, difícil de identificar, “fastidioso”, debido a su resistencia y a las limitadas opciones terapéuticas. Es fundamental su sospecha en pacientes con Infecciones Periprotésicas Osteoarticulares, cuya evolución no sea favorable y no se logre identificar el agente causal en forma precoz.

MELANOMA INVASOR DESDE UN CENTRO DE SALUD FAMILIAR: A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO

Paulina Faúndez Martínez (1), Matías Magaña Guerra (2)
(1) Médico APS, CESFAM Dr. Marco Maldonado Viña del Mar, (2) Medico EDF, CESFAM-SAR Concón

INTRODUCCIÓN: El melanoma es un tumor derivado de la proliferación de melanocitos atípicos, con o sin la capacidad de producir pigmento, caracterizado por su gran capacidad de metástasis. Produce una neoformación, plana o exofítica, curable durante la etapa inicial pero que sin tratamiento es de rápido avance, pudiendo provocar metástasis linfáticas y hematógenas que provocan alta mortalidad. La Organización Mundial de la Salud estima que las cifras de incidencia y mortalidad anual son 2,8 y 0,6 por 100.000 habitantes, respectivamente. Las úlceras de pie diabético (UPD) son heridas crónicas y complejas tienen un origen multifactorial debido a las consecuencias propias de la enfermedad tales como la neuropatía, vasculopatía, alteración de la función de los neutrófilos, menor perfusión tisular y una síntesis proteica deficiente lo que conlleva una alteración en la cicatrización y reparación celular. **PRESENTACIÓN DEL CASO CLÍNICO:** Paciente de 71 años con diagnóstico diabetes mellitus tipo II insulino requirente, con úlcera de pie diabético, que, a pesar de las curaciones avanzadas, tratamiento antibiótico, compensación de enfermedades metabólicas y uso de medidas ortopédicas para su resolución, no evoluciona hacia la curación. Se sospecha malignidad y se deriva a dermatología en el Hospital Gustavo Fricke donde se maneja de manera ambulatoria y se solicita tomografía computada de pie derecho que muestra lesión exofítica dependiente de plano cutáneo superficial. Se realiza estudio histológico que informa melanoma maligno invasor. Tomografía computada de tórax, abdomen y pelvis muestra compromiso de linfonodos inguinocrurales, iliacos y retroperitoneales además de lesiones focales hepáticas, y pulmonares. La tomografía por emisión de positrones (PET-CT) finalmente informa adenopatías hipermetabólicas inguinocrurales e ilíacas derechas de aspecto secundario. Linfonodos retroperitoneales bajos con aumento de la captación. Múltiples opacidades pulmonares bilaterales, múltiples lesiones focales hepáticas bilobares hipodensas e hipermetabólicas de aspecto metastásico. A nivel secundario se decidió manejo conservador con cuidados paliativos ambulatorios. Finalmente, la paciente fallece a los 4 meses de realizado el diagnóstico. **CONCLUSIÓN:** Es importante para el médico de atención primaria sospechar patología maligna a partir de una úlcera de pie diabético que no evoluciona de forma favorable, para su diagnóstico precoz y el tratamiento oportuno. La conocida tardanza en la cicatrización de úlceras de pie diabético puede generar un sesgo que impide el diagnóstico precoz provocando un gran impacto en la morbilidad, mortalidad y calidad de vida de los pacientes.

EVALUACIÓN DE APLICACIÓN DE GUÍA GES DE HIPOTIROIDISMO EN CENTRO DE SALUD FAMILIAR CONCÓN ENTRE LOS AÑOS 2014 Y 2015

Paulina Faúndez Martínez (1), Camila Villarroel Godoy (2), Matías Magaña Guerra (3)
(1) Médico APS CESFAM Dr. Marco Maldonado, Viña del mar, (2) Médico Becada Medicina Familiar, Universidad de Valparaiso, (3) Médico EDF CESFAM-SAR Concón

INTRODUCCIÓN: El hipotiroidismo corresponde al síndrome clínico derivado de la deficiencia en la acción de hormona tiroidea, con el consecuente efecto a nivel metabólico. El año 2013 se agregó el hipotiroidismo a las patologías cubiertas por el programa GES, entregándose además una guía clínica a seguir por establecimientos de atención primaria, secundaria y terciaria, en donde se especifican criterios de tamizaje, de diagnóstico, de derivación y de tratamiento
OBJETIVOS: Evaluación de la aplicación de Guía GES de hipotiroidismo publicada el 2013 por el MINSAL, en el CESFAM Concón. **METODOLOGÍA:** Se estudiaron todos los casos de nuevos diagnósticos ingresados al CESFAM SAR Concón desde enero 2014 hasta septiembre del 2015. Se obtuvieron los datos específicos de los exámenes al momento del diagnóstico y se compararon con los rangos específicos descritos según la guía y a partir de esto el tratamiento a seguir. Para la obtención de estos datos se utilizó el sistema de ficha electrónica RAYEN y se tabularon los datos en una tabla de Excel para su posterior análisis estadístico. **RESULTADOS:** De un total de 159 pacientes, 19 son hombres (12%) y 140 mujeres. (88%). 49 embarazadas (31%). Durante el 2014, 23 pacientes fueron diagnosticados por sospecha (41,1%), 27 pacientes por tamizaje (48,2%) y en 6 pacientes no se logró encontrar la razón de la solicitud de pruebas tiroideas (10,7%). Durante el año 2015 se diagnosticaron 18 pacientes por sospecha (17,5%), 75 pacientes por tamizaje (72,8%) y en 10 pacientes no se logró encontrar la razón de la solicitud de pruebas tiroideas (9,7%). En la Evaluación de la forma adecuada de diagnóstico, Durante el año 2014 fueron 15 los pacientes (26,8%) que no deberían haber iniciado tratamiento, el 2015 también fueron 15 los pacientes (14,6%) que no deberían haber iniciado tratamiento, sumando un total de 30 pacientes. (18,9% del total de pacientes). Al evaluar las dosis de tratamiento con levotiroxina Durante el 2014 fueron 6 los pacientes con un tratamiento inadecuado (10,7 %) y el año 2015 fueron 17 los pacientes con un tratamiento inadecuado (16,5%), sumando un total de 23 pacientes. (14,5% del total de pacientes). Con respecto a la asistencia a controles De los pacientes diagnosticados el 2014 asistieron a control 42 pacientes (77,8%), De los pacientes diagnosticados el 2015, asistieron a control 20 pacientes (35,7%). **CONCLUSIÓN:** Destaca mayor prevalencia de hipotiroidismo en mujeres y la mayoría de los diagnósticos fueron por tamizaje. Existe principalmente un correcto diagnóstico de hipotiroidismo según guía GES con un adecuado inicio de tratamiento, recibiendo la mayoría de los pacientes las dosis adecuadas de Levotiroxina. La gran mayoría de los pacientes diagnosticados asiste por lo menos a un control en el periodo evaluado, sin embargo, la mayoría asiste al control después de las 8 semanas del diagnóstico.

MANEJO DE ULCERA POR PRESION CON SISTEMA TPN EN HOSPITAL COMUNIATARIO: REPORTE DE UN CASO

Francisca Faure Little (1), Nicolás Gallardo Rebolledo (1), Felipe Villalobos Hermosilla (1), Rodrigo Díaz Troncoso (2)
(1) Médico EDF Hospital Intercultural Kallvu Llanka, (2) Médico EDF Hospital Rafael Avaria Valenzuela.

INTRODUCCIÓN: La terapia de presión negativa (TPN) es de utilidad para promover la regeneración tisular de heridas complejas como lo son las ulceras por presión, quemaduras, heridas crónicas, heridas postquirúrgicas, entre otras. La presión negativa contribuye con efectos directos e indirectos, logrando acelerar el proceso de granulación y cicatrización de las heridas. **CASO CLÍNICO:** Mujer de 47 años, antecedente de ASMA y obesidad, cursó con neumonía grave por COVID requiriendo hospitalización en unidad de paciente crítico por 12 días, desarrollando úlcera por presión sacra grado 4.
Ingresa a hospital de Cañete, para completar tratamiento, rehabilitación y curaciones, con parámetros inflamatorios elevados y signos de sobreinfección en UPP, es derivada a centro de referencia donde se realiza un aseo quirúrgico, en el cual se toma cultivo y regresa. Cultivo resulta positivo para Enterobacter cloacae. Se inicia tratamiento antibiótico según sensibilidad, mejoran parámetros inflamatorios, sin embargo, a pesar de 2 semanas de curaciones avanzadas, lesión con lenta evolución, con 50% de esfacelo, de gran tamaño y profundidad. Dado situación de crisis sanitaria por COVID 19, sin posibilidad de manejo por especialista, se inicia manejo con curaciones con TPN en hospital local, se mantienen presiones de -80 a -100 mmHg según tolerancia y cambios a los 7 días, o antes si pérdida de sello hermético.

Gracias a la TPN presenta evolución favorable, con un proceso acelerado de granulación y cicatrización.

Ingreso	Día 1 TPN	Día 10 TPN	Día 26 TPN	Día 45 TPN

DISCUSIÓN: La TPN es una herramienta útil y prometedora para el manejo de heridas complejas. Conocer la técnica y fisiología para implementarlo resulta interesante, ya que permite mejorar el manejo de heridas en lugares donde la accesibilidad a especialistas cirujanos es escasa. El presente caso, ejemplifica cómo ofrecer una técnica simple y efectiva en un lugar donde no se cuenta con médicos especialistas.

MIOSITIS POR SARS-CoV-2, A PROPOSITO DE UN CASO

Josefa Feres García (1), Kevin Allar Nogales (2), Gustavo Llanos Avendaño (1), Constanza Aracena Balach (3)
(1) Médico EDF Hospital Coinco, (2) Médico EDF Hospital Pichidegua, (3) Interna de Medicina, Universidad Andrés Bello,Stgo

INTRODUCCIÓN: El síndrome respiratorio agudo severo coronavirus 2 (SARS-CoV-2) surgió en diciembre de 2019, causando la enfermedad por coronavirus humano 2019 (COVID-19) que se propagó hasta convertirse en una pandemia mundial. Los síntomas típicos incluyen fiebre, tos, disnea, fatiga y mialgia. Sin embargo, hay pocos estudios que se refieran a las manifestaciones neuromusculares de esta enfermedad. **PRESENTACION DEL CASO:** Hombre de 52 años con antecedentes de asma consulta por cuadro de 3 días de mialgias, compromiso del estado general, tos seca, cefalea, fiebre y debilidad muscular que le provoca caída. A su ingreso sin paresia evidente, con temblor a la movilización de extremidades que cede con reposo, auscultación pulmonar normal. En laboratorio CK total 1483, linfopenia de 425, PCR 10,6, creatinina plasmática 0,8, PCR SARSCOV2 positiva. TAC de cerebro con atrofia cerebral, sin lesiones agudas. No tenía evidencia de otras infecciones virales, ejercicio extenuante, convulsiones u otras etiologías de esfuerzo no traumáticas por lo que se diagnostica miositis por SARS-CoV-2. Se hospitaliza con indicación de curva de CK, fluidoterapia y kinesioterapia motora. Se mantiene sin requerimientos de oxígeno, afebril, sin falla renal, con disminución progresiva de mialgias, de temblor y CK, por lo que es dado de alta. **DISCUSIÓN:** La mayoría de los casos reportados de daño de músculo esquelético en COVID 19, se dan en manifestaciones severas, asociadas a daño multiorgánico, especialmente hepático y renal. Los pacientes con injuria muscular tienen mayor recuento de neutrófilos, PCR y dímero D y menor recuento de linfocitos en comparación a otros pacientes. Todos los casos presentan aumento de CK independiente de la severidad del daño muscular. La patogénesis de esta injuria muscular aún no está clara. Se ha identificado al receptor de enzima convertidora de angiotensina 2 (ECA 2) como el receptor funcional del SARS-CoV-2. Este está presente en el músculo esquelético por lo que podría estar involucrado en la patogenia. Sin embargo, el virus SARS-CoV, que usa el mismo receptor, no ha sido detectado en el músculo esquelético postmortem. Otra hipótesis propuesta es que la elevación significativa de citoquinas proinflamatorias en el plasma puede ser la causante de esta injuria. **CONCLUSION:** Las manifestaciones del covid-19, aunque frecuentemente limitadas a las vías respiratorias, pueden manifestarse como miositis aguda.

SÍNDROME INFLAMATORIO MULTISISTÉMICO PEDIÁTRICO POR SARS COV 2: REPORTE DE CASO

Catalina Fernández León (1), Sergio Ahumada Farías (1), Maximiliano Marín Del Valle (2)
(1) Médico, Hospital de Carahue, (2) Médico Cesfam Putre

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS: La infección por SARS-COV 2 en pacientes pediátricos tiene una incidencia global baja respecto del total de enfermos. La mayoría de los casos son asintomáticos o presentan síntomas leves, con baja hospitalización y mortalidad. Sin embargo, en raros casos, se ha reportado la necesidad de hospitalización y manejo en unidades de paciente crítico, aquejados de un cuadro inflamatorio multisistémico. Esta nueva entidad ha sido llamada síndrome inflamatorio multisistémico pediátrico asociado a covid 19 (PIMS). **MATERIAL Y METODO:** Se realiza revisión de CASO CLÍNICO en Hospital de Carahue y búsqueda bibliográfica. **CASO CLÍNICO:** Paciente de 6 años de edad sin antecedentes mórbidos conocidos. Consulta por cuadro de 2 días de evolución de fiebre, dolor abdominal, diarrea y vómitos. Se rescata antecedente de infección por SARS COV 2 asintomática, dado de alta hace 13 días. Al examen físico destaca hidratado, bien perfundido, febril, taquicárdico sin requerimientos de oxígeno. Faringe congestiva sin placas, cardiopulmonar normal, abdomen doloroso en región periumbilical y fosa iliaca derecha, signo blumberg positivo. Sin lesiones en piel. En exámenes destaca: crea 0.51, PCR 204.3, leucocitos 6.870, neutrófilos 86.7%, linfocitos 9.2%, examen de orina sin alteraciones. Se deriva a evaluación por especialidad por sospecha de apendicitis aguda. Se realiza ecografía abdominal: linfonodos reactivos de hasta 15 mm de diámetro en fosa iliaca derecha y escaso líquido libre. No se logra visualizar el apéndice. Se contrarderiva para observación con diagnóstico de adenitis mesentérica. Paciente persiste febril, al examen físico se agrega conjuntivitis bilateral no supurativa, exantema urticarial en región dorsal, edema de manos y pies. Con aumento progresivo de PCR, hemograma con desviación izquierda sin leucocitosis y linfopenia. ADV y RTV en deposiciones negativas, coprocultivo y EPSD negativo. Se deriva nuevamente a evaluación por especialidad por mala evolución clínica, se toman exámenes complementarios: troponina 64, ferritina 942, proBNP 22.526, procalcitonina 1.120, dímero D 6.24, fibrinógeno 411, GSA compatible con acidosis metabólica, anticuerpos SARS COV 2 positivos, perfil hepático sin alteraciones, Ig A, Ig G Ig M en rango normal, HC I y II (-) UC (-). Se hospitaliza en UTI con diagnóstico de PIMS, se maneja con corticoides e inmunoglobulina endovenosa con buena respuesta. Paciente presenta ECG normal, ecocardiograma con arterias coronarias normales, sin disfunción miocárdica. Al quinto día de hospitalización es dado de alta por evolución clínica favorable y control ambulatorio por especialista.
COMENTARIOS: El reconocimiento temprano de esta enfermedad es de vital importancia, dado su baja prevalencia y riesgo de falla multiorgánica y muerte. Comparte manifestaciones clínicas comunes con enfermedad de Kawasaki, Shock tóxico, y síndrome de activación macrofágica Por lo cual el médico debe tener una alta sospecha conjugando historia clínica, examen físico y antecedentes epidemiológicos.

ESCALA EPSA COMO HERRAMIENTA DE TAMIZAJE Y PREVENCIÓN DE PATOLOGÍAS DE SALUD MENTAL DURANTE EL EMBARAZO EN ATENCIÓN PRIMARIA.

Macarena Janet Fernández Barrientos (1), Ana Belén Cortés Jiliberto (2), Camila Belén Venegas Vergara (1)
(1) Médica EDF, Centro de Salud Familiar Padre Esteban Gumucio, La Granja.
(2) Médica Cirujana, Centro de Salud Familiar La Granja, La Granja.

INTRODUCCIÓN: El desarrollo de patologías de salud mental durante el embarazo, no solo puede tener consecuencias devastadoras para la madre, sino que también para el feto en desarrollo. Existen numerosos factores que podrían gatillar una patología de estas características, sin embargo, han adquirido relevancia aquellos de carácter psicosocial, evidenciándose su fuerte impacto en el desarrollo trastornos del ánimo y/o ansiedad. El programa Chile Crece Contigo (CHCC) en su política de protección integral a la infancia, contempla la aplicación de la escala de evaluación psicosocial abreviada (EPSA), desarrollada para el monitoreo e intervención de factores psicosociales y, como parte de sus prestaciones, adquiere relevancia para prevención de enfermedades de salud mental dentro del embarazo. **OBJETIVOS: C**aracterizar el número de EPSA alterados, poniendo énfasis en 4 dominios evaluados por esta escala, viendo la proporción de ingreso al programa de salud mental. **MATERIAL Y METODO:** Estudio observacional descriptivo, evaluando los EPSA alterados (Desde 1 punto) registrados en ficha electrónica y SDMR (sistema de monitoreo y registro CHCC), en el periodo de tiempo de enero 2020-2021. Los datos fueron analizados en planilla Excel 2019.**RESULTADOS:** Ingresan 207 gestantes a control prenatal, aplicándose 199 escalas EPSA, las cuales 64 salieron alteradas. El 42.1% ingresa al programa de salud mental y se encuentra activa respecto de atenciones psicológicas. El 25% utiliza psicofármacos. El ítem “síntomas depresivos” muestra 60% de ingreso al programa de salud mental. **DISCUSIÓN O COMENTARIOS:** Si bien es cierto, la mayoría de las EPSA alterados no ingresa al programa de salud mental, existe un 42.1% que sí lo hace y 25 % con psicofármacos en el embarazo. Los RESULTADOS son una invitación a ampliar el estudió en relación a tiempo de análisis y cantidad de dóminos analizados, validándola como herramienta de tamizaje y prevención de enfermedades de salud mental

SINDROME DE GUILLAIN-BARRÉ CON PRESENTACION ATIPICA, REPORTE DE UN CASO

Martín Ferreccio Palacios, Rodrigo Araya Rubio, Yanggang Gong
Médico EDF, Hospital Licantén

INTRODUCCIÓN: El síndrome de Guillain-Barré corresponde a una polineuropatía desmielinizante inflamatoria aguda de origen desconocido. Tiene una incidencia de 0,6-2,4 casos por cada 100.000 habitantes, siendo la principal causa de parálisis flácida aguda. Su fisiopatología no está completamente definida, describiéndose como hipótesis la presencia de autoanticuerpos contra células de mielina, posterior a una infección vírica o bacteriana. Su clínica característica es la paresia simétrica y ascendente, y el tratamiento consiste en gammaglobulina o plasmaféresis junto a terapia de apoyo y rehabilitación. **PRESENTACIÓN DE CASOS:** Paciente de sexo masculino de 18 años de edad, con antecedente de trastorno generalizado del desarrollo en seguimiento por neurología y psiquiatría. Refiere historia de aproximadamente 2 semanas de dolor intermitente en extremidades inferiores asociado a sensación de debilidad de estas. Se hospitaliza para observación destacando al examen físico leve paresia de EEII no consistente, fluctuando significativamente durante el día sin otros hallazgos, sospechándose en ese momento trastorno conversivo. Evoluciona durante hospitalización con disfagia y mayor compromiso motor, realizándose punción lumbar que muestra disociación albumina-citológica. Se inicia tratamiento con inmunoglobulinas EV con mala respuesta requiriendo ventilación mecánica invasiva. Tras 14 días paciente es dado de alta con tetraparesia leve para continuar rehabilitación y kinesioterapia. **DISCUSIÓN:** Destaca en el CASO CLÍNICO, que debido a los antecedentes personales y la clínica fluctuante del cuadro, inicialmente se considera poco probable la presencia de SGB. Sin embargo, frente a los hallazgos clínicos mencionados, es indispensable la sospecha de este síndrome y el estudio con punción lumbar, por un lado, ya que el deterioro puede ser rápido, siendo lo más grave el compromiso ventilatorio y autonómico, pero también debido a que la respuesta al tratamiento específico es mayor mientras se inicie más temprano, acortando la duración del cuadro y disminuyendo las complicaciones graves.

SINDROME UÑA-PATELA, REPORTE DE UN CASO

Martín Ferreccio Palacios (1), Celia Fuenzalida Del Valle (2), Valentina Ojeda Contreras (3)
(1) Médico EDF Hospital Licantén, (2) Médico EDF Hospital Nancagua, (3) Médico EDF CESFAM Clotario Blest

INTRODUCCIÓN: El síndrome Uña-Patela, tambien llamado enfermedad de Fong, corresponde a una onico-osteodisplasia hereditaria con un patrón de herencia autosómica dominante. Se debe a mutaciones en el gen LMX1B. Es una enfermedad infrecuente, con una prevalencia de 1/50000 recién nacidos. El fenotipo es variable, siendo lo característico la siguiente tétrada clínica; displasia ungueal (98%); hipoplasia o aplasia patelar (74%); limitación funcional de los codos (70%) y presencia de cuernos iliacos (70%). Junto a esto, es frecuente alteraciones renales, oculares y auditivas, siendo estas las de mayor impacto funcional. Su tratamiento depende de las complicaciones presentes y en la mayoría de los casos es únicamente kinésico y de apoyo. **PRESENTACIÓN DE CASOS:** Paciente de sexo femenino de 7 años de edad con procedencia de alta ruralidad. Al nacimiento destaca bajo peso y anoniquia en manos y pies. A la anamnesis dirigida, la madre refiere padre y abuela paterna con misma sintomatología sin estudio previo. Es derivada a genetista confirmándose mutación en gen LMX1B, diagnosticándose síndrome uña-patela. Paciente permanece en seguimiento por múltiples especialistas, evolucionando durante su desarrollo con ptosis bilateral, cataratas, hipoacusia neurosensorial, coxa valga acentuada, fisura vertebral y escoliosis. Actualmente no hay presencia de complicaciones nefrológicas, y se encuentra en tratamiento kinesiológico y de rehabilitación. **DISCUSIÓN:** El síndrome uña-patela, como se evidencia en el CASO CLÍNICO, es un síndrome subdiagnosticado principalmente debido a la dificultad técnica para su confirmación, asociado también a la gran variabilidad en su fenotipo, presentándose en muchos casos solo manifestaciones leves. Sin embargo, frente a cualquiera de estos hallazgos es indispensable el estudio para evaluar compromiso renal, ocular, auditivo y musculoesquelético debido al gran impacto que estos pueden traer a los pacientes.

URTICARIA Y ANGIOEDEMA EN ADULTO MAYOR SECUNDARIOS A INOCULACIÓN POR CORONAVAC.

Cristian Figueroa Saravia (1), Loreto Navarro Aldea (2) Uberlis Olivares Gutiérrez (3), Jorge Ortiz Fierro (3)
(1) Médico Cirujano (2), Médico EDF CESFAM La Floresta, Hualpén, (3) Interno de medicina Universidad de Concepción

INTRODUCCIÓN: La pandemia de COVID-19 ha conllevado una alta morbimortalidad a nivel mundial. Múltiples vacunas se han propuesto para evitar enfermedad grave por COVID-19. CoronaVac es una vacuna de virus inactivado contra COVID-19 que ha mostrado buena inmunogenicidad y protección para desarrollo de neumonía severa. Los estudios fase 1/2 evidenciaron distintos efectos adversos la mayoría leves. **PRESENTACIÓN DEL CASO:** Paciente femenina de 77 años con antecedentes de demencia, hipotiroidismo, hipertensión arterial, asma y polifarmacia. Veinticuatro horas posterior a inoculación con CoronaVac presentó urticaria en sitio de inyección que se extendió a ambas extremidades superiores, asociado a extenso angioedema de brazo, antebrazo y mano ipsilateral a lugar de inoculación. Es evaluada al quinto día en donde se evidencia persistencia de cuadro, sin compromiso respiratorio. Se indica clorfenamina y prednisona. Paciente evoluciona favorablemente con disminución de lesiones al cabo de 72 horas. **DISCUSIÓN:** La urticaria y angioedema son manifestaciones de hipersensibilidad tipo 1 mediada por IgE, lo cual se ha relacionado con la inoculación de otras vacunas y sus excipientes. La urticaria ha sido descrita como reacción adversa en estudios de fase 1/2 de la vacuna en 1% de los inoculados con dosis de 1200 SU (SARS-CoV SubUnit), y ningún caso en dosis de 600 SU. La vacuna utilizada en Chile contiene 600 SU. Asimismo, edema periférico se reportó en 1% de los pacientes que recibieron placebo (conteniendo exclusivamente excipientes) y en ningún inoculado con CoronaVac. Al ser un efecto adverso poco descrito es fundamental descartar otras causas del cuadro como infecciones virales, medicamentos y picaduras de insectos. **CONCLUSIÓN:** Hasta ahora no se han descrito interacciones farmacológicas de esta vacuna con otros medicamentos. Es importante mantener alta sospecha de efectos adversos para una efectiva farmacovigilancia, así, se pueden identificar posibles reacciones adversas graves o infrecuentes que no fueron detectadas durante el proceso de estudios clínicos.

ESPONDILODISCITIS COMPLICADA COMO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE DOLOR LUMBAR CON BANDERAS ROJAS EN EL ADULTO: REPORTE DE UN CASO.

Edgardo Ignacio Figueroa Ortega, Roberto Benavente Salazar, Felipe Peralta Vera, Patricio Araya Cortés
Médicos EDF Hospital de Villarrica.

INTRODUCCIÓN: La espondilodiscitis es una enfermedad infecciosa infrecuente que afecta al paciente adulto. Su principal agente es el *S. Aureus* y su más común mecanismo de diseminación es la vía hematógena por puerta de entrada. En hasta la mitad de los casos no se logra identificar el origen de la infección. Con una clínica y alteraciones de laboratorio inespecíficas, hacen que su conocimiento y sospecha sea de gran importancia para evitar retrasos en su diagnóstico y tratamiento. **PRESENTACIÓN DEL CASO:** Paciente femenina de 33 años, con antecedente de diabetes mellitus tipo 2 (DM2) sin tratamiento, que consulta en urgencias por 5 días de dolor lumbar irradiado a glúteo izquierdo, con mala respuesta a analgesia oral. A la evaluación inicial destaca dolor EVA 10 y glicemia capilar en 415 mg/dL, con mala respuesta a analgesia con opioides intravenosos. Laboratorio destaca leucocitosis en 15800 xmcL, PCR 447 mg/L. Con sospecha de espondilodiscitis se hospitaliza para manejo del dolor, control metabólico y antibioticoterapia intravenosa, realizándose el mismo día estudio con tomografía computarizada que muestra discopatía L5-S1 y evaluada por neurocirugía indicándose complementar estudio con resonancia nuclear magnética (RNM). Al segundo día de hospitalización evoluciona con déficit motor y sensitivo en pie izquierdo, derivándose a hospital base regional para RNM. Con imagen sugerente de espondilodiscitis L5-S1 complicada con absceso epidural anterior, se realiza manejo quirúrgico por especialidad y se mantiene antibioticoterapia empírica hasta ser ajustada al antibiograma de hemocultivos positivos para *S. aureus,* completando tratamiento en hospital de mayor complejidad, logrando recuperación sin secuela neurológica **DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES:** Se presenta caso de paciente joven, con motivo de consulta de dolor lumbar, cuya intensidad y mala respuesta a analgesia hizo sospechar la etiología de espondilodiscitis aún ante la ausencia de fiebre, puerta de entrada y afectación del examen físico neurológico. La temprana toma de hemocultivos, inicio de antibioticoterapia y derivación para estudio con imagen fueron fundamentales para el precoz diagnóstico con RNM y solución quirúrgica de la complicación de absceso epidural. Destaca además el antecedente de DM2 descompensada como factor de riesgo para la infección. Es de importancia para el médico general poder sospechar esta patología como diferencial a la hora de evaluar al paciente con dolor lumbar agudo, por cuanto el retraso en su tratamiento implica el aumento en morbimortalidad en relación a complicaciones a distancia por diseminación a otros órganos y complicaciones locales con discapacidad neurológica asociada.

OFTALMOPLEJIA INTERNUCLEAR COMO MANIFESTACIÓN CLÍNICA DE INFARTO PONTINO EN PACIENTE JOVEN.

Gustavo Figueroa Galdame (1), Pamela Poblete Ruiz (1), Cristina Martínez Follert (2), Francisco Ramos Valenzuela (1)
(1) Médicos Cirujanos, EDF Hospital San Agustín de la Ligua, (2) Médica Cirujana, Hospital San Agustín de la Ligua

INTRODUCCIÓN: Las vías internucleares, como el Fascículo Longuitudinal Medial (FLM), permiten movimientos conjugados de músculos yunta. Las lesiones del FLM interrumpen la vía del VI par hasta el núcleo del recto medio, por ello una lesión del FLM derecho causa un déficit de aducción del ojo derecho asociado a nistagmo disociado del ojo contralateral, conocido como oftalmoplejia internuclear. La enfermedad vascular es la principal causa en adultos mayores y la esclerosis múltiple en jóvenes. El presente caso destaca la importancia de un correcto examen neurológico ante un síntoma vago como la diplopía.
CASO CLÍNICO: Paciente masculino de 44 años con antecedente de tabaquismo y trombofilia en tratamiento con acenocumarol. Consulta por cuadro matutino de una hora de evolución caracterizado por mareos, diplopía y disartria. Ingresa en Glasgow 15, normocárdico, hipertenso, afebril. Neurológicamente destaca: Disartria leve, pupilas isocóricas reactivas, sin aducción del ojo derecho, nistagmo a la abducción del ojo izquierdo e hipoestesia de hemicara izquierda. NIHSS: 2 puntos. En exámenes destaca INR: 1,4. Derivado por protocolo Stroke, evaluado por neurólogo con tomografía de cerebro sin contraste sin lesiones agudas, diagnosticándose Infarto Pontino Izquierdo. No se trombolizó por NIHSS bajo 4 y posible cuadro del despertar. Se hospitaliza para prevención secundaria. Evoluciona sin disartria, persistiendo con motilidad ocular alterada.
DISCUSIÓN: La oftalmoplejia internuclear se debe descartar ante un paciente con diplopía por afectación en la oculomotilidad, ya sea uni o bilateral. A pesar que en jóvenes la Esclerosis Múltiple es su principal etiología, en nuestro paciente al ser unilateral y sus antecedentes médicos, se hizo prioritario descartar el cuadro cerebrovascular isquémico, siendo importante mencionar que la resonancia magnética es superior a la tomografía computada para evaluar pacientes con infartos pontinos. El tratamiento y evolución dependerá de la etiología desencadenante.

TROMBOSIS DE SENOS VENOSOS UNA PATOLOGÍA SUBDIAGNOSTICADA EN LA EDAD PEDIÁTRICA.

Gustavo Figueroa Galdame (1), Pamela Poblete Ruiz (1), Cristina Martínez Follert (2)
(1) Médico Cirujano, EDF Hospital San Agustín de la Ligua, (2) Médica Cirujana, Hospital San Agustín de la Ligua

INTRODUCCIÓN: La trombosis de los senos venosos es una patología grave pero potencialmente tratable. Las manifestaciones clínicas más frecuentes son la cefalea y el déficit neurológico, aunque puede tener un inicio menos súbito, con anorexia y letargo. La resonancia magnética es la imagen de elección para el diagnóstico. Alcanza una mortalidad hasta del 10%. El OBJETIVO del caso es presentar una patología poco diagnosticada por la baja sospecha debido a sus síntomas poco específicos. **CASO CLÍNICO:** Escolar de 12 años, antecedente de diabetes tipo 1. Inicia cuadro de decaimiento y cefalea de intensidad progresiva, asociándose emesis. Al ingreso a urgencias vigil, hemodinámicamente estable. Al examen físico con deshidratación leve. Se solicitan exámenes de laboratorio, destacando Glicemia 379 mg/dl, cetonuria +++ y electrolitos normales. Se maneja como cetoacidosis diabética. Durante hospitalización persiste con cefalea intensa agregándose hemiparesia de hemicuerpo derecho. Se realiza tomografía axial computarizada de cerebro donde impresiona trombosis venosa extensa con compromiso de seno sagital superior y extenso infarto hemorrágico frontal izquierdo con efecto de masa. Paciente presenta convulsiones tónico-clónicas de extremidad superior derecha, que ceden farmacológicamente. Se decide realizar angioresonancia de cerebro informando extensa trombosis de seno sagital superior que se extiende hacia seno transverso alcanzando hasta yugular. Es evaluado por neurocirujano y neurólogo, sin indicación quirúrgica, se decide anticoagular, indicar antiepilépticos a mantención y completar estudio de trombofilia. Se logra alta sin secuelas neurológicas. **CONCLUSIÓN:** La trombosis de senos venosos es subdiagnosticada en niños, por no presentar síntomas patognomónicos. Los síntomas iniciales de nuestro paciente se podrían haber justificado por su diabetes mal controlada, sin embargo, gracias al inicio de focalidad neurológica fue posible diagnosticar esta patología. Es importante sospechar este diagnóstico para un tratamiento oportuno y asi lograr disminuir la morbimortalidad asociada.

TRASTORNO ORGÁNICO DE LA PERSONALIDAD LUEGO DE UN TRAUMATISMO ENCEFALOCRANEANO: UNA REVISIÓN DE LA LITERATURA

Francisco Flores Miranda (1), Jorge Morales Sepúlveda (2), Natacha Guzmán Cuadra (3)
(1) Médico Atención Primaria, ACHS de Constitución, (2) Médico EDF Hospital de Lolol,
(3) Médico EDF Hospital de Marchigue

INTRODUCCIÓN: La personalidad ha sido definida como el sistema de las disposiciones individuales dominantes según el cual se ordena y manifiesta la vida anímica de cada sujeto en lo que respecta a su espontaneidad, a su impresionabilidad y a su modo de reaccionar distintivos, con cierto grado de coherencia y con mayor o menor conciencia e intención por parte del yo. El Trastorno Orgánico de la Personalidad (TOP) se caracteriza por una alteración significativa de las formas habituales del comportamiento premórbido debido a una alteración orgánica. Esta afecta, de un modo particular, a la expresión de emociones, las necesidades y de los impulsos. Los síntomas más frecuentes comprenden: impulsividad, aislamiento social, apatía, desesperanza, hostilidad, hipersensibilidad y/o síntomas somáticos. Tanto las afecciones emocionales como las conductuales tienen su base orgánica principalmente en los lóbulos frontal, temporal y en las estructuras subyacentes. Por otra parte, el Traumatismo Encefalocraneano (TEC) es una patología médico-quirúrgica caracterizada por una disfunción cerebral secundaria a una lesión traumática en la cabeza generando un daño estructural del contenido de ésta, incluyendo el tejido cerebral y sus vasos sanguíneos. Existe una relación estrecha en la generación de un trastorno de personalidad secundario a un daño cerebral por traumatismo, con escasas referencias en la literatura, por lo tanto, el **OBJETIVO** de la presente revisión es buscar información sobre el TOP, su pesquisa, manejo y consecuencias en la vida de los pacientes luego de un TEC.
MÉTODO: Se ha revisado en la literatura mediante motores de búsqueda ProQuest que incluye numerosas plataformas de bases de dato electrónicas como PsycINFO, PubMed, Scopus y Web of Science. Se utilizó la búsqueda de términos claves.
DISCUSIÓN: Una revisión sistemática de EEUU muestra que la tasa de prevalencia de TEC es de 605 por 100.000 habitantes, con 2,9 millones de visitas al departamento de urgencias relacionadas con TEC. En Chile, un estudio en el Hospital del Trabajador de Santiago muestra que los pacientes con TOP tras un TEC presentan más problemas de adaptación psicosocial y emocional que los pacientes con TEC sin TOP. La diferencia encontrada es independiente de los deterioros cognitivos. Los cambios de personalidad observados se atribuyen a efectos directos o indirectos del daño cerebral. El 32% de los pacientes fueron diagnosticados con TOP tras un TEC. Un artículo finlandés revela que de un 29% presenta TOP luego de 1 año del accidente. El TEC es un problema de salud grave donde los cambios de personalidad y de comportamiento pueden incluir combinaciones de impulsividad y apatía. El TOP no solamente es una enfermedad con intervención en la calidad de vida del paciente mismo, sino de todo el entorno familiar y social. Es importante tener en cuenta el desarrollo y establecimiento de esta secuela neuropsiquiátrica en pacientes con una injuria cerebral. Es fundamental contar con herramientas adecuadas de diagnóstico que permitan detectar y tratar precozmente.

EVALUACION PRELIMINAR DEL POLICLINICO POR TELEMEDICINA DE DIABETES MELLITUS TIPO 2 (DM2) DESCOMPENSADA, MEDIANTE PERFIL DE HEMOGLUCOTEST (HGT) EN CESFAM SANTA CECILIA EN CONTEXTO DE PANDEMIA POR COVID-19.

Josefa Flores Gutiérrez (1), Josefina Daneri Ehlers (2), Camila Sepúlveda Galleguillos (3)
(1) Médico EDF CESFAM Santa Cecilia, Coquimbo, (2) Médico EDF, CESFAM Marcos Macuada Ogalde, Ovalle,
(3) Médico EDF, CECOSF Lo Chacón, El Monte.

INTRODUCCIÓN y OBJETIVOs: El seguimiento telefónico de pacientes con DMT2 descompensada, en el CESFAM Santa Cecilia se dio inicio en agosto de 2020, posterior a la revisión de la normativa nacional que regula las teleconsultas y en contexto de una serie de otras estrategias que fueron implementadas buscando aumentar la compensación de pacientes con patología cardiovascular durante la pandemia por COVID-19. El OBJETIVO de este trabajo es valorar de forma preliminar la puesta en marcha de este policlínico.
MATERIAL Y METODO: Los controles fueron evaluados desde el 1 de agosto de 2020 hasta el 28 de febrero de 2021, realizándose posteriormente la tabulación y análisis de datos. Se consideraron como criterios de inclusión: (1) Paciente con hemoglobina glicosilada (Hb1Ac) vigente mayor a 9.0%, con reciente inicio o usuario crónico de insulina NPH y/o insulina cristalina o paciente que presenta episodios recurrentes de hipoglicemia (sospecha clínica u objetivado mediante HGT) derivado luego de evaluación presencial. (2) Contar con teléfono fijo o móvil. Criterios de exclusión: Paciente que no cumple los 2 criterios de forma simultánea. **RESULTADOS Y CONCLUSIONES:** Durante el periodo estudiado 44 pacientes cumplen con los criterios de inclusión, de los cuales un 79.5% (n=35) logran adherir de forma adecuada a controles. De estos 35 pacientes un 85.7% (n=30) completa el ajuste de dosis, con una media de 4 controles (1 control por semana) para lograr metas deseadas, en los otros 5 pacientes (13.2%) se continuaba realizando ajustes a su tratamiento. En relación al control por nutricionista, el 54,5% (n=24) del total estudiado tuvo acceso efectivo, siendo un 62,5% (n=15) vía remota. Finalmente, un 11,3% (n=5) del total requirieron derivación a nivel secundario y un 9% (n=4) del total no logran continuidad del seguimiento debido a que no se logra mantener contacto telefónico. **DISCUSIÓN O COMENTARIOS:** Al evaluar la implementación de esta iniciativa, se puede evidenciar un importante porcentaje de adherencia a controles, considerando por otro lado que se debe promover aún más el acceso a la evaluación nutricional con el fin de potenciar el manejo multidisciplinario. En el contexto actual de pandemia, es necesario considerar la telemedicina como un instrumento relevante en el manejo de nuestros pacientes, la cual, si se realiza de forma apropiada, nos permite entre otras cosas mejorar el acceso a la atención en salud y disminuir la exposición tanto del personal de salud como de los pacientes y su entorno. Finalmente se requiere mantener un seguimiento con HbA1c, con el fin de analizar la compensación de los pacientes a mediano y largo plazo.

REPORTE DE UN CASO: AGRANDAMIENTO GINGIVAL POR AMLODIPINO

Sebastián Fournies Aracena (1), Pablo González Galarce (2) Francisco Morales Arriagada (2),
Alejandro Escobar González (3),
(1) Médico EDF Posta Tegualda, Fresia Los Lagos, (2) Médico EDF CESFAM Gabriela Mistral de San Ramón, RM.
(3) Médico EDF Desam Fresia, Los Lagos

INTRODUCCIÓN: Se han reportado a la fecha una cantidad no menor de fármacos que pudieran provocar agrandamiento gingival (anteriormente referido como hiperplasia o hipertrofia gingival), siendo alguno de ellos de habitual prescripción por médicos de la Atención Primara de Salud (APS).
Principalmente existen tres grandes grupos de fármacos involucrados en la patogénesis: Anticonvulsivantes, Bloqueadores de los Canales de Calcio e Inmunosupresores. A continuación, se presenta un CASO CLÍNICO en relación al uso del Amlodipino como tratamiento antihipertensivo. **CASO CLÍNICO**: Paciente se sexo femenino de 55 años de edad, con antecedentes de Hipertensión Arterial Crónica de años de evolución, consulta por molestias gingivales no bien caracterizadas de meses de evolución, por lo cual el médico receta enjuagues bucales y analgésicos sin mayor respuesta, motivo por el cual es derivado a Unidad Dental comunal. Es vista por odontólogas a quienes les impresiona agrandamiento gingival sin causa aparente. En ficha se reporta que paciente era usuaria crónica de Amlodipino en dosis de 10 mg al día, por un período de más de 5 años. Se indica suspender fármaco en cuestión y reemplazo por otro medicamento antihipertensivo, además de tratamiento periodontal específico. **DISCUSIÓN:** Existen variados factores tanto genéticos como ambientales que inciden en la aparición de cambios histopatológicos en las encías en relación al uso de algunos medicamentos como los Bloqueadores de los Canales de Calcio, específicamente en el grupo de las Dihidropiridinas (Ej. Amlodipino). Además, se ha asociado la presencia de biofilm subgingival como mecanismo subyacente en varios de los reportes de casos. No existe consenso sobre la duración del uso previo a la aparición de las manifestaciones clínicas, variando entre uno a tres meses desde la INTRODUCCIÓN del medicamento. La alteración morfológica de la encía produce un mal acceso a la higiene oral que finalmente lleva a la aparición de caries, infecciones, así como otras alteraciones periodontales. Los tratamientos varían desde la suspensión inmediata del medicamento por médico hasta medidas específicas de manejo periodontal. **CONCLUSIÓN**: El Amlodipino es un fármaco de frecuente uso en la APS, el cual se ha asociado a una variedad de reacciones adversas comunes hasta algunas de menor frecuencia como el agrandamiento gingival. El presente CASO CLÍNICO pretende reforzar la noción de las reacciones adversas de los medicamentos de uso común, así como la acción multidisciplinaria entre médicos y odontólogos en la resolución de casos clínicos que lo ameriten.

CARACTERIZACIÓN DE PACIENTES BAJO CONTROL CON ENFERMEDAD DE PARKINSON (EP) DE CESFAM SAN MANUEL

Cristóbal Fuentes Banda (1), Carlos Ibáñez Toledo (2)
(1) Médico EDF CESFAM San Manuel, (2) Médico EDF CESFAM Coltauco

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS: La EP se inicia generalmente entre los 50 y 60 años de edad, siendo crónica, progresiva y causando pérdida de la capacidad física y mental, hasta llegar a la discapacidad total. En Chile este grupo etario tiene cada vez más peso relativo en el total de la población. La prevalencia de la EP se estima que es el 1% en la población mayor de 60 años y que ésta es 1,5 a 2 veces mayor en hombres que en mujeres. El OBJETIVO de este trabajo es caracterizar la población de pacientes controlados en el Programa de EP del CESFAM San Manuel, en el año 2020.
MATERIAL Y METODO: Estudio descriptivo retrospectivo. Se utilizan datos obtenidos desde la plataforma IRIS, correspondiente al año 2020, cotejándolos con planilla Excel elaborada en el programa de EP del mismo año y planilla per cápita del CESFAM San Manuel, para la tabulación y análisis de variables como el número de pacientes, el sexo y la edad de estos.
RESULTADOS: Durante el año 2020 se han mantenido en control 27 pacientes con EP, de los cuales 12 corresponden a hombres (44,4%) y 15 a mujeres (55,6%). Los rangos de edad van desde los 60 hasta los 88 años, concentrándose la mayor cantidad de pacientes entre los 71-75 años con 7 pacientes (25%). Entre los 60-65 años 4 pacientes (15%), 66-70 años 4 pacientes (15%), 76-80 años 4 pacientes (15%), 81-85 años 5 pacientes (19%) y 86-90 años 3 pacientes (11%). No se encuentran pacientes bajo los 60 años con diagnóstico de EP. La población mayor de 60 años del CESFAM de San Manuel del año 2020 corresponde a 2093 pacientes. La prevalencia de la EP en la población mayor de 60 años del CESFAM de San Manuel es del 1,29%. **CONCLUSIONES:** La EP es una enfermedad que irá en aumento en nuestra población en los próximos años, esto a medida que la población va envejeciendo, presentándonos todo un reto tanto en la sospecha, como en el diagnóstico y mantención de la enfermedad. En los datos se logra evidenciar la prevalencia cercana al 1% de la EP, en la población mayor de 60 años del CESFAM San Manuel, lo que nos hace concluir que este número de paciente con EP aumentará en los próximos años. Sabiendo esto, poder detectar precozmente y adelantarnos en medidas de mayor eficiencia en el Programa de EP, tomar protocolos de acción en el tratamiento y sus controles, son fundamentales para mejorar la calidad de vida de estos pacientes. En los datos, no se logra observar que la prevalencia de la EP sea mayor en hombres que en mujeres, como indica la literatura, pero puede ser debido al bajo número de pacientes con esta enfermedad, que se controla en el CESFAM San Manuel. Se logra observar las edades en las que se presenta con mayor frecuencia la EP y por lo tanto, en donde se debe poner énfasis en su sospecha, por el grado de invalidez a la que podría llevar a los pacientes.

CARACTERIZACIÓN DE PACIENTES QUE CONSULTAN POR HIPOACUSIA EN CESFAM SAN MANUEL

Cristóbal Fuentes Banda, Médico EDF, CESFAM San Manuel
Carlos Ibáñez Toledo
Médico EDF CESFAM Coltauco

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS: Según estudios internacionales, la prevalencia de las hipoacusias es de un 33 a 49% (mayor de 25dB) de la población. Un 11 – 17% corresponden a hipoacusias moderadas a severas (mayor a 40dB). En Chile, según la encuesta nacional de salud 2009-2010, en personas mayores de 65 años, la prevalencia es de un 52%, siendo más frecuente en hombres (59%). En EEUU es la primera causa de discapacidad crónica. La hipoacusia se asocia a depresión, deterioro de la calidad de vida, alteraciones conductuales, cognitivas y del sueño, disminuye la actividad social y la comunicación. **El OBJETIVO** de este trabajo es caracterizar el perfil de los pacientes que consultan por hipoacusia unilateral o bilateral en CESFAM San Manuel, correspondiente a los años 2019 y 2020. **MATERIAL Y METODO:** Estudio descriptivo retrospectivo. Se utilizan datos obtenidos desde la plataforma IRIS durante los años 2019 y 2020, que reportan consultas médicas sobre hipoacusia. **RESULTADOS:** Durante el año 2019 y 2020 se registraron 91 consultas con diagnostico de sospecha o hipoacusia confirmada. El rango etario se distribuye entre los 3 y 101 años. Las consultas pediátricas (<15 años) que acudieron por hipoacusia fueron 5 (5,5%), entre 15 y 64 años fueron 9 (9,9%) y mayores de 65 años fueron 77 (84%).
El 67% de los pacientes que consultaron por Hipoacusia fueron hombres y el 33% mujeres. Sobre el 90% de los pacientes fueron derivados a la especialidad de Otorrinolaringología. **CONCLUSIONES:** La Hipoacusia es una enfermedad que se expresa con mayor frecuencia en población de edad avanzada (mayores de 65 años), lo cual se logra cotejar con los datos obtenidos. Sobre el 80% de las consultas por hipoacusia, fueron pacientes mayores de 65 años. Ante esta consulta se debe realizar una buena anamnesis y otoscopía para descartar causas reversibles de hipoacusia como son tapones de cerumen y otitis externa/interna (como las más frecuentes causantes de hipoacusia reversible, entre otras); si estas patologías no se observan al examen físico o fueron tratadas y la hipoacusia persiste, se debe derivar a Otorrinolaringología para una atención especializada, llegar a un diagnostico y recibir el tratamiento adecuado, ya que esto provoca no solo problemas de audición, si no una amplia variedad de patologías asociadas y disminución de la calidad de vida. Al análisis de los datos, se observa que la prevalencia es mayor en hombres que en mujeres, lo que se condice con estadísticas a nivel mundial. La hipoacusia es una patología de consulta frecuente en pacientes de edad avanzada, que debe ser evaluada para una derivación oportuna y así poder evitar problemas asociados a esta.

PREVALENCIA DE PRESCRIPCIONES POTENCIALMENTE INAPROPIADAS SEGÚN CRITERIOS STOPP/START EN USUARIOS MAYORES DE 75 AÑOS DE UN CESFAM DE OLIVAR

Rocío Fuentes Garrido, José Vildósola Santibáñez, Roxana Alcaíno González,
(1) Médico EDF CESFAM Olivar Alto, (2) Médico EDF DSM Chimbarongo, (3) Médico EDF CESFAM Codegua

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS: La población chilena ha envejecido aceleradamente durante las últimas décadas. Este cambio demográfico supone desafíos para los servicios de salud, debiendo estos adecuar sus prestaciones a las particularidades de este grupo etario. Uno de estos desafíos es evitar los efectos adversos de los tratamientos que afectan particularmente a los adultos mayores. La prescripción potencialmente inapropiada (PPI) de fármacos, los efectos adversos y la cascada de prescripción son muy frecuentes. Con el fin de disminuir estos eventos, se han desarrollado diversas herramientas para evitarlos, entre las que están los criterios STOPP/START, para respectivamente desestimar y recomendar prescripciones. El uso de estas herramientas ha demostrado ser eficaz para reducir las PPI. A pesar de ello, no son universalmente utilizados en la práctica clínica, contribuyendo a perpetuarlas. Este estudio busca conocer la prevalencia de estas PPI en los adultos mayores del centro y los fármacos involucrados. **METODOLOGÍA:** Se revisaron las fichas clínicas electrónicas de los pacientes mayores de 75 años pertenecientes al Programa del Adulto Mayor del CESFAM Olivar Alto de la comuna de El Olivar. Se recogieron sus diagnósticos relevantes a la aplicación de los criterios STOPP/START y las prescripciones que recibieron en el período enero 2019 a marzo 2021. Se aplicaron los criterios mencionados a lo registrado para cada paciente. Fueron excluidos los pacientes fallecidos y los que no contaban con atenciones en el periodo señalado.
RESULTADOS: Se incluyó en el estudio una población total de 162 personas, 95 mujeres (58,6%) y 67 hombres (41,4%). 12 (7,4%) tenían 90 años o más; 68 entre 80 y 89 años (42%) y los restantes 82 entre 75 y 79 años (50,6%). Identificamos al menos una PPI en 119 pacientes (73,5% de la población). 36 de ellos (22,2%) tenían 2 PPI; 20 (12,3%) tenían 3 PPI y 2 (1,2%) tenían 4 o más PPI. El grupo de criterios STOPP más frecuente encontrado fue el de fármacos sin indicación basada en evidencia, identificado en 73 pacientes (45,1%), siendo los fármacos más frecuentes los bloqueadores H2 en 32 pacientes y los inhibidores de bomba de protones en 25. Luego vinieron los medicamentos que aumentan de forma predecible el riesgo de caídas (48 pacientes, 29,6%); 34 de ellos tenían prescritas drogas hipnóticas Z; posteriormente se encontraron los analgésicos (24 pacientes, 14,8%); las drogas con acción sobre el sistema nervioso (17 pacientes, 10,5%;); endocrino (13 pacientes, 8%) y cardiovascular (12 pacientes, 7,41%). Identificamos criterios START en 59 pacientes. El más frecuente fue la indicación de laxantes en pacientes con uso crónico por horario de opioides (27 pacientes, 16,7%), seguido de la aspirina en enfermedad coronaria o arterial periférica (5 pacientes). **COMENTARIOS:** Encontramos una alta prevalencia de prescripciones potencialmente inapropiadas en la población estudiada, la que sugiere un escaso uso de herramientas de decisión clínica para prescribir fármacos, o bien, que muchas decisiones no son basadas en evidencia. Parece ser necesario fortalecer en los prestadores las consideraciones especiales que debieran adoptarse a la hora de tratar adultos mayores.

DESCRIPCIÓN DE LOS TRASTORNOS DE SALUD MENTAL EN LA POBLACIÓN ADULTA MAYOR DE LA COMUNA DE OLIVAR VI REGIÓN.

Rocío Fuentes Garrido, José Vildósola Santibáñez, Roxana Alcaíno González,
(1) Médico EDF CESFAM Olivar Alto, (2) Médico EDF DSM Chimbarongo, (3) Médico EDF CESFAM Codegua

INTRODUCCIÓN y OBJETIVOs: Chile está enfrentado un proceso de envejecimiento de la población, Según datos del INE los adultos mayores eran en 2017 un 16% de la población, y se proyecta que sean alrededor de 20% al 2035. Esta población presenta cuadros clínicos con consideraciones especiales en el tratamiento, por sus características fisiológicas y multimorbilidad asociada. La psicopatología tiene alta prevalencia en adultos mayores, siendo la depresión el trastorno más frecuente. A través de este trabajo pretendemos caracterizar la psicopatología en la población adulta mayor >75 años usuarios del programa de salud mental del cesfam de Olivar. **MATERIAL Y MÉTODO:** Se realiza un estudio descriptivo, observacional, con información obtenida de las fichas clínicas electrónicas y del tarjetero del programa de salud mental del CESFAM. Se incluyeron los pacientes de 75 años o más con un diagnóstico de psicopatología y que hubieran recibido atención en el programa de salud mental desde enero 2019 hasta la fecha del estudio. Fueron excluidos los usuarios fallecidos y aquellos que no tuvieran registradas atenciones en el programa de salud mental posterior a enero de 2019. **RESULTADOS**: De una población de 162 personas analizadas, se encontraron 59 que cumplían los criterios de inclusión; 41 mujeres (70%) y 18 hombres (30%). La patología más prevalente es la depresión, en 18 personas (30%), seguida por el trastorno del sueño con 15 (25%), trastorno ansioso con 12 (20%), demencia con 11 (18%) y dependencia a benzodiacepinas con 3 (5%). 9 pacientes (15%) tenían dos diagnósticos asociados. Todos los diagnósticos son más frecuentes en mujeres, representando estas más del 60% de cada diagnóstico. Con respecto a los psicofármacos, un 64% (38) de los pacientes de salud mental tiene prescrito zopiclona, un 50% de los usuarios (30) tenían prescritos ISRS, siendo el más frecuente la sertralina (28%), seguido por la fluoxetina (11%) y el citalopram (5%). Un 23% (14) tiene prescrito una benzodiacepina, siendo más frecuente clonazepam (13%), seguido del alprazolam (6%). El cuarto grupo más frecuente fue la prescripción de quetiapina con 11 usuarios (18%) **DISCUSIÓN Y COMENTARIOS:** hay una alta prevalencia de trastornos del ánimo, que no se condice con la prescripción de psicofármacos, llamando la atención el alto uso de drogas Z y benzodiacepinas, a pesar de la amplia evidencia en contra de su uso en la población adulta mayor. Se requieren estrategias en este centro para iniciar la deprescripción de estos fármacos.

DEXTROCARDIA COMO HALLAZGO: REPORTE DE UN CASO.

Rodrigo Fuentes Herrera (1), Javier Fuentes Herrera (2)
(1) Médico EDF Cesfam Municipal de Quillón, Servicio de Salud Ñuble.
(2) Interno de Medicina, Universidad Autónoma de Chile, Talca.

INTRODUCCIÓN: La dextrocardia es una afección congénita infrecuente. Se puede asociar con múltiples y complejas anomalías cardíacas congénitas. En estudios se describe la dextrocardia con situs inversus en un 39,2%, situs solitus 34,4% y situs ambiguo en un 26,4%. Presentamos el CASO CLÍNICO de un paciente con dextrocardia asociado con situs inversus.
CASO CLÍNICO: Paciente masculino 15 años, con antecedentes de Asma y Rinitis alérgica, patologías controladas en su cesfam, donde en un control rutinario se solicita radiografía de tórax, y se pesquisa como hallazgo la presencia de dextrocardia. Con antecedentes familiares de abuela materna y tío paterno con dextrocardia. Se pregunta dirigidamente al paciente por sintomatología cardiovascular pero no la presenta. Examen físico se auscultan ruidos cardíacos en precordio derecho y atenuados en el izquierdo, sin soplos audibles; resto sin alteraciones. Se complementa estudio con ecocardiograma que informa la presencia de Insuficiencia mitral leve e Insuficiencia tricuspídea leve. También se solicita ecografía abdominal donde se concluye situs inversus, con descripción de malposición de órganos intraabdominales: hígado y bazo en sitios contrarios. Se educa a paciente y madre por los hallazgos descritos, poniendo énfasis a patologías con clínica inusual que pueda presentar en el transcurso de su vida. Por hallazgos cardiológicos en el estudio ecocardiográfico se decide su derivación a cardiología infantil para evaluación y seguimiento. **DISCUSIÓN:** Se enfatiza la importancia de continuar el estudio de una dextrocardia como hallazgo radiográfico, incluso en pacientes asintomáticos, mediante una ecocardiografía, debido a la posible asociación con cardiopatías estructurales. Además, para el diagnóstico completo de situs inversus, se debe solicitar la ecografía abdominal con el fin de evidenciar la posición de otros órganos intraabdominales, y así tener presente la sintomatología con clínica inusual de patologías agudas de importancia que pueda presentar el paciente en un futuro.

ANEMIA FERROPENICA Y LA IMPORTANCIA DE SU ESTUDIO Y MANEJO ETIOLOGICO MAS ALLA DEL TRATAMIENTO SINTOMATICO: A PROPOSITO DE UN CASO.

Sebastián Fuentes Díaz (1), Manuel Antihuala Catricura (1), Juan Villalobos Flores (2).
(1) CESFAM Edgardo Enríquez Frodden (2) CESFAM Peñaflor

INTRODUCCIÓN: La anemia es un motivo de consulta frecuente en nuestra practica clínica, siendo el trastorno hematológico mas frecuente, estando la causa ferropénica como una de las más comunes. Esta entidad tiene altos costos en salud y un importante impacto en la funcionalidad, no siendo jamás un hallazgo normal, y que debe ser siempre estudiado para así un manejo adecuado de esta y un tratamiento resolutivo, y no solo indicar manejo sintomático, con los eventuales riesgos que puede acarrear esta práctica. **PRESENTACION DEL CASO:** Se trata de paciente de sexo femenino de 39 años con antecedente de Intolerancia a la glucosa, que acudió a principios de enero del 2021 a consulta en Atención Primaria de Salud (APS) para control de su patología con exámenes generales. Dentro de estos y como parte de protocolo local para paciente con patologías crónicas estaba resultado de Hemoglobina y Hematocrito, donde si bien valores destacaban anemia, se indicó al respecto control. Luego ante síntomas de síndrome anémico, re consulta donde se pide hemograma completo destacando anemia microcítica hipocrómica, ampliando estudio con cinética de hierro donde se confirma causa ferropénica, indicándose tratamiento con sulfato ferroso 1 comprimido al día por 3 meses y control. Usuaria acude a SAR comunal a los 2 meses de consulta por lipotimia y sincope, donde en exámenes destaco anemia severa de similares características previas, derivándose a urgencia hospitalaria por indicación de transfusión. Tras esto se deriva a APS para estudio y manejo de síndrome anémico ferropénico severo. En dicha evaluación se rescata de anamnesis alteración del ciclo menstrual con menstruaciones de cantidad y duración excesivas, solicitándose ecografía transvaginal con hallazgo de miomatosis uterina, derivándose a Ginecología, quien realiza manejo hormonal con normalización de ciclos menstruales de usuaria y tras 3 meses de manejo con sulfato ferroso normalización de hemograma tras su suspensión. **DISCUSIÓN:** A través de la práctica profesional se detecta la falta de manejo adecuado del síndrome anémico ferropénico, lo cual se debe evitar y realizar una adecuada evaluación y estudio etiológico de toda anemia y en general cuadro médico para así lograr su adecuado tratamiento y no solo manejo sintomático con sulfato ferroso para así lograr un adecuado abordaje de esta patología y evitar las consecuencias para los usuarios de no hacerlo.

CONTINUIDAD DE LA ATENCION DESDE EL NIVEL HOSPITALARIO A ATENCION PRIMARIA DE SALUD: PRESENTACION DE CASO DE LA EXPERIENCIA DEL CESFAM EDGARDO ENRIQUEZ FRODDEN.

Sebastián Fuentes Díaz (1), Manuel Antihuala Catricura (1), Juan Villalobos Flores (2).
(1) CESFAM Edgardo Enríquez Frodden, (2) CESFAM Peñaflor

INTRODUCCIÓN: El modelo de atención integral en salud (MAIS), en lo esencial describe las condiciones que permitan satisfacer las necesidades y expectativas del usuario respecto a mantenerse sano o saludable, mejorar su estado de salud actual (en caso de enfermedad), ello mediante el logro de los OBJETIVOs nacionales de salud y el fortalecimiento de la eficiencia, efectividad y eficacia de las intervenciones, en un contexto de políticas públicas de fomento y promoción de la salud de las personas y comunidades. Este modelo es una de las grandes reformas a los antiguos consultorios y ahora llamados Centros de Salud Familiar, y dentro de el uno de los ejes fundamentales es la continuidad de la atención. **PRESENTACION DEL CASO:** Dentro de la aplicación local de este modelo y eje en particular se han generado diferentes estrategias locales. Una de ellas es la de la creación de una plataforma de Continuidad de la Atención entre el nivel terciario y secundario de la red de Salud del Servicio Metropolitano Sur y los CESFAM de su red, en la cual los diferentes hospitales van subiendo las Epicrisis de los pacientes que han sido dado de altas de hospitalizaciones y las Contra referencias de las Interconsultas evaluadas y cerradas por los especialistas. Esta plataforma es administrada por un encargado del CESFAM, un medico EDF en este caso, el cual se encarga de revisar, analizar y articular las evaluaciones y eventuales derivaciones ya sea tanto a médicos como a los diferentes integrantes del equipo del centro de salud. Se presenta el caso de paciente sexo masculino de 62 años con antecedente de Hipertensión arterial y Diabetes Mellitus el cual fue dado de alta a principios de enero 2021 por un Accidente Cerebro Vascular (ACV) con secuelas motoras. Encargado local rescata epicrisis de paciente de plataforma, analiza la información y revisa ficha de usuario, citando a paciente. Se realiza análisis del caso, donde se detecta no adecuado control de sus patologías crónicas, derivándose a reingreso y manejo por Equipo de Programa de Salud Cardiovascular, evaluación por equipo Psicosocial para evaluar eventuales patologías, mejorar adherencia a controles, además de Derivación a Centro de Rehabilitación Comunal y por último auditoria médica, para retroalimentación al equipo del CESFAM. Paciente logra adecuado control de sus patologías de base junto con adherencia y rehabilitación integral. **DISCUSIÓN:** Se refuerza la importancia de la comunicación de los diferentes niveles de atención para un adecuado manejo de los usuarios, logrando una adecuada articulación y así un manejo integral de estos, con el fin de aplicar el MAIS y mejorar la salud de la población.

COVID-19 E IMPACTOS EN LA SALUD MENTAL DE LA POBLACION: TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO, REPORTE DE UN CASO Y SU MANEJO EN APS.

Sebastián Fuentes Díaz (1), Manuel Antihuala Catricura (1), Juan Villalobos Flores (2).
(1) CESFAM Edgardo Enríquez Frodden, (2) CESFAM Peñaflor

INTRODUCCIÓN: El SARS-COV-2 y la patología que produce COVID-19, que desde principios de 2020 se ha transformado en una pandemia hasta la actualidad, ha tenido impactos en múltiples áreas, una de ellas y de suma importancia, la Salud Mental (SM), no solo en los afectados por la enfermedad y de quienes la combaten, sino en la población en general. Una de las consecuencias en la SM ha sido el desarrollo de patologías como el Trastorno Obsesivo-Compulsivo (TOC), el cual se presenta como un reto para su identificación y manejo en APS. **PRESENTACION DEL CASO:** Se trata de paciente de sexo femenino de 49 años, con antecedente de Hipotiroidismo en tratamiento, la que es derivada por encargada de programa de SM ante el contacto de la usuaria a FONO SALUD RESPONDE. Se realiza evaluación médica del caso donde a partir de evolución tórpida de familiar por COVID 19, usuaria evoluciona con cuadro de 1 mes de conductas compulsivas de aseo constante hasta ser disruptivas, con pensamientos intrusos al respecto sobre miedo al contagio, lo cual le causa malestar clínico significativo y disfunción laboral, social y familiar. Se completa evaluación, diagnosticándose TOC, se realiza psicoeducación a paciente sobre cuadro y tratamiento multidisciplinario y se inicia manejo farmacológico con Sertralina de inicio gradual hasta lograr dosis terapéutica de 200 mg al día, junto con psicoterapia cognitivo conductual e intervenciones psicosociales. Cabe destacar que ante situación mencionada paciente presenta incapacidad de asistir a atenciones en Centro de Salud, por lo que todas las intervenciones fueron realizadas vía remota. Paciente presenta buena evolución clínica, con mejoría de cuadro tanto en recuperar funcionalidad como en mejoría sintomática, logrando continuar sus atenciones de forma presencial. **DISCUSIÓN:** El TOC como origen en miedo a contagio en el contexto de pandemia que nos presentamos, fue un reto para su manejo dado las limitaciones propias del cuadro y la falta de recursos humanos y la distribución de tareas de este, pero se logró adaptarse al contexto y limitaciones de la patología, logrando tratar satisfactoriamente a la paciente lo cual es necesario tener presente, potenciar y crear estrategias para un trabajo multidisciplinario de estas y el resto de patologías de SM que irán en aumento.

SECUELAS POST COVID-19 Y SU MANEJO INTEGRAL: PRESENTACION DE UN CASO DE REHABILITACION EN APS.

Sebastián Fuentes Díaz (1), Manuel Antihuala Catricura (1), Juan Villalobos Flores (2).
(1) CESFAM Edgardo Enríquez Frodden, (2) CESFAM Peñaflor

INTRODUCCIÓN: El COVID-19 puede llegar a provocar alteraciones respiratorias y físicas tanto a corto como a largo plazo, las cuales en la mayoría de los casos terminan requiriendo la aplicación de diversas técnicas de rehabilitación adaptadas a las necesidades de cada paciente. Como consecuencia se pueden llegar a generar problemas específicos a causa de la dismovilidad, entre los más frecuentes se encuentran: debilidad muscular, rigidez articular y problemas respiratorios. Desde este punto de vista, el OBJETIVO de la kinesioterapia es mejorar la sensación de disnea, preservar la función pulmonar, mejorar la disfunción, la discapacidad y la calidad de vida. La Atención Primaria de Salud (APS) lejos de ajena a este y otros retos, ha debido crear estrategias locales para afrontar la rehabilitación de estos pacientes y su manejo integral post cuadro infeccioso, para la continuidad de la atención entre los niveles de atención, siendo este un ejemplo de un pilar del modelo de Salud Familiar, aplicado a la pandemia en la cual nos encontramos **PRESENTACION DEL CASO:** Se trata de paciente de sexo femenino de 53 años, con antecedente de Hipertensión arterial (HTA) y Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2), que se diagnostica de COVID 19 con PCR (+) a principios de marzo de 2021 en CESFAM, realizándose seguimiento de caso por Equipo de Trazabilidad del mismo centro, los cuales ante evolución tórpida, se evalúa y se deriva a Nivel Terciario para manejo. Paciente es diagnosticada con Neumonía bilateral por COVID-19 e insuficiencia respiratoria aguda hipoxémica parcial, siendo hospitalizada con requerimiento de O2 por naricera, teniendo buena evolución en plazo de 6 días, logrando concluir manejo y destete de aporte suplementario en Hospitalización Domiciliaria, manteniendo siempre seguimiento por CESFAM. Se realiza contacto por equipo de Kinesiólogos para evaluación pre participativa de usuaria para Rehabilitación en CESFAM, derivándose a ingreso médico. Se evalúa de forma integral paciente detectándose que sus patologías crónicas estaban sin control adecuado, además de pesquisar duelo en curso por fallecimiento de padres por COVID-19 y de disnea secundario a patología pulmonar. Se realiza derivación para manejo multi disciplinario en Programas de Salud Cardiovascular, Salud Mental y Rehabilitación Pulmonar en sala ERA, ante los cuales paciente evoluciona de forma satisfactoria, logrando rehabilitarse de forma integral ante las secuelas que dejo la infección causante de esta pandemia en ella. **DISCUSIÓN:** Se refuerza el trabajo en equipo del nivel hospitalario y de la APS en el manejo integral de estos pacientes desde el diagnostico hasta la eventual y necesaria rehabilitación, resaltando el modelo de salud familiar aplicado a esta patología.

SÍNDROME DEL SENO CAVERNOSO: REPORTE DE UN CASO

Celia Fuenzalida Del Valle, Miguel Zamora Jiménez, Rodrigo Muñoz Ramírez, Nicolás Garrido Soto,
Médicos EDF Hospital Nancagua

INTRODUCCIÓN: El sindrome cavernoso se manifiesta por compromiso de los pares craneales III, IV y VI, sindrome de Horner y alteraciones sensitivas de primera y segunda rama del V par craneal. Además, se asocia a cefalea, dolor retroorbitario, convulsiones y alteraciones pupilares, siendo responsable de hasta el 5% de las oftalmoplejias dolorosas. Dentro de sus causas se encuentran las de origen vascular, siendo fístula carótido-cavernosa (FCC) poco común, sin incidencia documentada. Ésta se refiere a cualquier comunicación anómala que se establece entre la arteria carótida y el seno cavernoso generando un shunt arteriovenoso patológico, pudiéndose distinguir en fistulas de alto y bajo flujo. **MATERIAL Y METODO: CASO CLÍNICO**: Mujer 78 años. Antecedente de AR, HTA, DM 2, glaucoma OD, nódulo pulmonar en estudio. Consulta por cuadro de 10 horas de evolución caracterizado por cefalea intensa hemicranea derecha, ptosis completa ipsilateral y 1 episodio de vómitos. Dirigidamente, refiere cefalea de similares características de 3 meses de evolución leve, recurrente, asociada a parestesias en la misma región. Al examen de ingreso destaca: ojo derecho con amaurosis, ptosis palpebral completa, pupila midriática arreflectica, mirada fija en posicion primaria, reflejo corneal disminuido. Ojo izquierdo destaca sin reflejo consensual. Sin otras alteraciones. RM angiográfica de encefalo (sin contraste) con secuencia TOF evidencia presión grasa intraconal derecha aumentada, edema y congestion venosa del seno cavernoso y del drenaje ocular ipsilateral, lo que podría corresponder a signos indirectos de una fístula del seno cavernoso derecho. Sin evidencias de tumores, trombos en seno cavernoso, aneurismas ni signos de isquemia. Es hospitalizada 2 días después de la primera consulta, donde se mantuvo con antibiótocos a dosis meningeas y corticoteparia. Sin embargo, pocos días luego del ingreso evoluciona con FA RVR, inestabilidad hemodinámica y deterioro neurológico, falleciendo por esta causa. **DISCUSIÓN**: Por la baja incidencia de esta patología se debe tener un alto grado de sospecha clínica, ya que puede ser de elevada mortalidad dependiendo de su etiología. Las fístulas de bajo flujo suelen presentarse clínicamente de forma insidiosa, con manifestaciones clínicas, en ocasiones, poco evidentes. Su diagnóstico se debe realizar de forma precoz y así poder establecer un tratamiento adecuado. El CASO CLÍNICO anterior describe la presentación de un síndrome cavernoso manifestado como una oftalmoplejia dolorosa severa y cefalea retrocular, con imágenes que orientan mediante signos indirectos a la fistula carótido-cavernosa. Sin embargo, el estudio diagnóstico fue limitado por los recursos y condición de la paciente.

SÍNDROME POLIGLANDULAR AUTOINMUNE TIPO 2. REPORTE DE UN CASO EN EL CENTRO DE SALUD FAMILIAR DE LA COMUNA DE PURRANQUE.

Daniela Galaz Springer, Camila Osorio Irribarra, Xiomara Herrera Espinoza
Médicos Cirujana, EDF CESFAM Purranque)

INTRODUCCIÓN: Los Síndromes autoinmunes poliglandulares (SPGA) son un grupo de entidades clínicas caracterizadas por disfunción de múltiples glándulas endocrinas debido a pérdida de la tolerancia inmunitaria. Presentan autoanticuerpos circulantes e infiltración linfocítica en las glándulas afectadas. El SPGA tipo 2 es el más común; se caracteriza por la presencia de 2 de 3 de las siguientes endocrinopatías: Enfermedad de Addison, Enfermedad tiroidea autoinmune y Diabetes Mellitus tipo 1. **CASO CLÍNICO:** Mujer de 36 años. Sin antecedentes mórbidos. Consultó por 1 año de hiperpigmentación de manos, labios y lengua. Dirigidamente, manifestó astenia, adinamia, náuseas matinales, intolerancia al frío y baja de peso de 8 kilos. Al examen físico destacó: Signos vitales normales; Piel xerótica y fría; maculas hiperpigmentadas en conjuntivas bulbares; melanoplaquias en lengua y labios; hiperpigmentación lineal en uñas de las manos, cara dorsal de articulaciones interfalángicas proximales/distales, codos, muñecas y región cervical. En los exámenes de laboratorio, destacó: Hemograma con eosinófilos 10%, fósforo 5.4 mg/dl, glicemia 99 mg/dl, TSH 15 mUI/L, T4L 0.91 ng/dl, Cortisol AM 0.6 ug/dl (valor normal (VN) 6-18 ug/dl). Por sospecha de SPGA tipo 2 (Enfermedad de Addison e hipotiroidismo) se derivó a endocrinología, quien amplió estudio: ACTH 187 pg/ml (VN 9 – 69 pg/ml), Anticuerpos anti-tiroglobulinas 254.1 UI/mL (VN menor de 40), TAC abdomen y pelvis con contraste sin lesión focal suprarrenal. Se confirmó diagnóstico, iniciándose sustitución hormonal con Levotiroxina e Hidrocortisona. **DISCUSIÓN:** El SPGA tipo 2 es una enfermedad rara y severa. Más frecuente en mujeres; suele presentarse en la tercera y cuarta década de la vida. No existe una prueba específica para su diagnóstico, basándose en la clínica, medición de niveles hormonales y autoanticuerpos. No es rara su asociación con otros cuadros autoinmunes como la Enfermedad celiaca, Vitíligo, Insuficiencia ovárica primaria y Anemia perniciosa, por lo que deben buscarse dirigidamente.
Es potencialmente mortal de no iniciarse un tratamiento oportuno, el cual se basa en la sustitución hormonal. **CONCLUSIONES:** Resulta esencial un alto índice de sospecha en los médicos de atención primaria, que se basará, principalmente, en la anamnesis, examen físico y laboratorio general, para una derivación e inicio de tratamiento de forma oportuna.

DIAGNÓSTICO DE NOVO DE ARTERITIS DE LA TEMPORAL EN CONTEXTO DE INMUNIZACIÓN COVID-19.

Julio Leonel Galaz Lobos (1), Steffan Andrés Hoffmeister Vivanco (2), María Andrea Mazú Marín (1)
(1) Médico EDF CESFAM Mariela Salgado, (2) Médico EDF CESFAM Dr. Carlos Avendaño

INTRODUCCIÓN: La arteritis de arteria temporal (AAT) es una vasculitis de grandes vasos, sistémica, de etiología desconocida, más prevalente en adultos mayores. Al diagnóstico destaca clásicamente la velocidad de eritrosedimentación (VHS) elevada y alteraciones de imágenes; siendo la biopsia el gold estándar, por lo que la sospecha diagnóstica temprana es fundamental para disminuir las complicaciones. **CASO CLÍNICO**: Paciente masculino de 77 años autovalente, consulta por 1 mes de cefalea hemicránea derecha iniciada posterior a 48 hrs de inmunización con Coronavac de característica pulsátil, progresiva, sin náuseas ni vómitos, que no cede a analgesia y asociándose a disminución de agudeza visual derecha que luego progresa a cefalea holocránea bifrontal, con disminución de agudeza visual (AV) bilateral. Consulta en atención primaria donde destaca aumento de volumen doloroso e indurado en arterias temporales bilaterales, con asimetría en reflejo pupilar. Es derivado a servicio de urgencias y evaluado por neurólogo de turno, quien constata: AV ojo derecho luces y sombras, AV ojo izquierdo: cuenta dedos. Sin otros signos de focalidad. Escáner de cerebro sin contraste: Ausencia de lesiones agudas o hemorrágicas. Se hospitaliza por sospecha de AAT, se mide VHS (33mm/h) y se inicia tratamiento con Metilprednisolona con alivio de cefalea holocránea y disminución de sensibilidad a la palpación temporal, leve mejoría de AV bilateral. Se realiza punción lumbar sin hallazgos patológicos. Angio-Resonancia de cerebro informa moderados signos involutivos encefálicos y de microangiopatías de predominio supratentorial; secuelas isquémicas talámicas derechas y cerebelosas bilaterales. Se continúa con tratamiento vía oral con prednisona 60 mg/día durante 10 días. Se controla con VHS valor 5 mm/h. Dada buena evolución clínica, sin signos de focalidad neurológica actuales y con RESULTADOS de biopsia informando arteria con reacción inflamatoria granulomatosa asociada a células gigantes multinucleadas y necrosis fibrinoide, se decide manejo ambulatorio con controles en reumatología, neurología y continuidad de tratamiento en APS. **DISCUSIÓN:** Consultando primero en atención primaria podemos ver un caso de AAT con VHS escasamente elevada, siendo la biopsia el MÉTODO de confirmación diagnóstica retrospectiva, con importancia en la sospecha diagnóstica inicial. En consideración a las complicaciones decidieron iniciar tratamiento empírico con RESULTADOS favorables. En cuanto a lo mencionado por el paciente, no se puede demostrar relación causal de inmunización con Coronavac y la patología descrita, sin encontrar reportes de complicaciones como lo ocurrido en este caso. La literatura actual sólo plantea la AAT como diagnóstico diferencial de manifestaciones comunes en COVID-19 [(1)].

Bibliografia *1. Mehta, P., Sattui, S., van der Geest, K., Brouwer, E., Conway, R., & Putman, M. et al. (2020). Giant Cell Arteritis and COVID-19: Similarities and Discriminators. A Systematic Literature Review. The Journal Of Rheumatology, jrheum.200766. doi: 10.3899/jrheum.200766*

MANEJO CONSERVADOR DE PIE DIABÉTICO WAGNER III EN ATENCIÓN PRIMARIA. REPORTE DE UN CASO.

Julio Leonel Galaz Lobos (1), Steffan Andrés Hoffmeister Vivanco (2), María Andrea Mazú Marín (3)
(1) Médico EDF CESFAM Mariela Salgado, (2) Médico EDF CESFAM Dr. Carlos Avendaño,
(3) Médica EDF CESFAM Mariela Salgado

INTRODUCCIÓN: La diabetes mellitus 2 (DM2) es una patología de alta prevalencia en Chile y es la primera causa de amputación no traumática del país, siendo 67,9% de las amputaciones de miembros inferiores en hospitales públicos en 2017[(1)]. La osteomielitis es parte de la historia natural de la úlcera de pie diabético que deriva en amputación, con manejo quirúrgico o médico dependiendo de las condiciones de cada paciente. **CASO CLÍNICO**: Paciente femenina de 64 años con antecedentes de DM2 con mal control y amputación transmetatarsiana derecha hace 1 año. Consulta por lesión en 2do ortejo de pie izquierdo, ulcerada, de 8x8mm y profundidad de 3 mm. Fondo con tejido 90% esfacelado y escaso componente granulatorio asociado a cambios inflamatorios en bordes. Es derivada a curaciones cada 2-3 días, con disminución progresiva de lesión, aumentado tejido granulatorio y escaso exudado. 15 días después con aumento de cambios inflamatorios circundantes, crecimiento del diámetro de la lesión a 1x1cm, mayor profundidad, exudado purulento y estilete (+). En pie: pulsos disminuidos, llene capilar <1" y lecho de lesión no isquémico. Se diagnostica pie diabético Wagner III. Paciente rechaza derivación a urgencias, se decide respetar autonomía dada buenas condiciones clínicas generales, hemodinamia estable, afebril sin signos de compromiso sistémico. Se indica hemograma, VHS, radiografía (Rx) de pie, cultivo y Amoxicilina/ácido clavulánico (875mg/125mg) cada 12 hrs. Se educa y definen curaciones cada 48hrs y control médico diario. Destaca hemograma sin leucocitosis, VHS 72mm/hr y Rx con solución de continuidad en cortical de falange intermedia de 2do ortejo izquierdo. Paciente evoluciona favorablemente, a 1 semana de inicio de tratamiento: Leucocitos en 8500 células/mm^3, y VHS 8 mm/hr, cultivo no concluyente. Dada mejoría clínica y baja de parámetros inflamatorios se mantiene tratamiento durante 12 semanas con evolución favorable; cicatrización de lesión inicial, sin cambios inflamatorios. A los 4 meses Rx muestra consolidación ósea dando de alta a paciente con controles de pie mensuales. **DISCUSIÓN**: La osteomielitis en la úlcera de pie diabético es un cuadro que frecuentemente termina en amputación, deteriorando la calidad de vida y aumentando el riesgo de re-amputación dado los cambios en la arquitectura del pie. Hay opciones terapéuticas tanto quirúrgicas y conservadoras, ambas con ventajas y desventajas que deben ser informadas al paciente para hacer uso de su autonomía[(2)]. En este caso el manejo conservador y ambulatorio requirió reevaluaciones frecuentes, educación exhaustiva en una paciente seleccionada, dando RESULTADOS satisfactorios para el paciente y el equipo de salud.

Bibliografia: *(1) ORIENTACIÓN TÉCNICA MANEJO INTEGRAL DEL PIE DIABÉTICO (2018) MINSAL, CHILE.*
(2) Jordano-Montañez et al. (2014). Osteomielitis de pie diabético: ¿es posible un manejo conservador? Enfermedades Infecciosas Y Microbiología Clínica, 32(9)

CARACTERIZACION Y CAUSAS DE FALLECIMIENTO EN PACIENTES POSTRADOS SEVEROS, HOSPITAL DE COELEMU DE ENERO 2020 A MARZO 2021.

Jorge Galgani Muñoz (1), Camila Chandia Zuñiga (2), Camila Fernanda Gutierrez Canales (2)
(1) Medico EDF Hospital Familiar y Comunitario de Coelemu, (2) Medico EDF Hospital Familiar y Comunitario de Bulnes.

INTRODUCCIÓN y OBJETIVOS: Dentro del programa postrado, nos encontramos con pacientes no solo con dependencia severa, sino también con multipatologia, incluida la esfera psiquiátrica, lo que genera movilización especializada no solo en personal de la salud si no también, abordaje educativo y contenedor en la familia, sobre todo en el cuidador, el cual muchas veces se ve desbordado en las tareas cotidianas. El siguiente trabajo de carácter descriptivo estadístico, tiene como OBJETIVO caracterizar las patologías predominantes como causa de postración y también analizar las causas de fallecimiento de los pacientes del programa postrados del Hospital de Coelemu dentro de la cronología estipulada. **MATERIAL Y METODO**: Se utilizó la información del Servicio de Atención Domiciliaria (unidad postrados severos) durante enero del 2020 a marzo 2021. Se registraron 67 pacientes en control, con un total de 17 fallecidos en esa temporalidad. RESULTADOS: Del total de pacientes en control, la causa más frecuente de postración fue la cardiovascular con un 37.3%, neurológicas 29.8%, musculo esquelética 17.9%, pulmonares 4.47%, DHC 5.97%, cáncer 4.47%. Dentro de las causas de fallecimiento, la sepsis alcanzo 47% siendo la neumonía la principal causa, infección urinaria y upp infectada posterior, PCR (no evaluables) o muerte natural en hogar, un 11.7%, cardiovasculares (iam, nuevo acv) 11.7 %, caquexia 11.7 %, cáncer 11.7%. De los 17 pacientes, la media de edad fue de 91 años, el 52% fueron mujeres y el 48% fueron hombres. El 88.3% tuvo atención médica de su última patología y un 11,7% no, falleciendo de muerte natural, por decisión de familia. **DISCUSIÓN y CONCLUSIONES**: llama la atención y nos parece adecuado mencionar la causa musculoesquelética como la segunda gran causa de postración, teniendo entre sus etiologías patologías como artritis reumatoide, artrosis severa, enfermedades miodistroficas, fractura de cadera, amputaciones y otros. Si consideramos a la sepsis de cualquier índole como el principal factor de muerte en estos pacientes, se debe destacar que el manejo integral kinésico y fonoaudiológico es esencial, ya que evita el deterioro musculoesquelético, la movilidad basal y el desarrollo de patologías cardiovasculares y pulmonares. Se podría conjeturar así, que con mayores recursos en hora paciente, tanto en diagnóstico precoz, como en tratamiento, se podría mejorar de sobremanera la calidad de vida de nuestros pacientes y disminuir la morbimortalidad de ellos.

SOSPECHA DE TROMBOEMBOLISMO PULMONAR EN CONTEXTO DE NEUMONIA EN CURSO POR SAR COV-

Jorge Galgani Muñoz (1), Camila Chandia Zuñiga (2), Camila Fernanda Gutierrez Canales (2)
(1) Medico EDF Hospital Familiar y Comunitario de Coelemu, (2) Medico EDF Hospital Familiar y Comunitario de Bulnes

INTRODUCCIÓN: A fines del 2019 se dio a conocer la infección por SAR- COV 2 y actualmente responsable de la pandemia que nos afecta en Chile y el mundo. Los pacientes afectados, desarrollan neumonías bilaterales intersticiales que, en algunos casos, evolucionan a formas graves de síndrome de distrés respiratorio, soporte avanzado e ingreso a UCI, lo que conlleva una mortalidad de entre el 20 al 60%. En Se describe en ciertos casos, una liberación masiva de factores proinflamatorios, llamada “tormenta de citoquinas” (causas de mal pronóstico) y además gravita en el desarrollo de fracaso multiorgánico. Otro de los marcadores de mal pronóstico, es el dímero D. La infección grave se acompaña de alteraciones en los factores de coagulación, asociándose a procesos de coagulación diseminada. Presentamos el caso de un paciente de 76 años, hipertenso y cursando neumonía por sar cov 2 cama básica del Hospital de Coelemu, en su septimo día de soporte sin mayor mejoría, a pesar del tratamiento con antibioticoterapia bi asociada (ceftriaxona- azitromicina) y uso de dexametasona. Se presenta Clínicamente sat 93% con 4 lts de oxígeno fr 24 fc 110 pa: 130/68 y al laboratorio, hemograma con blancos de 4000 pcr 10 creatinina 1.1 sin otro hallazgo. El paciente presenta un sincope al levantarse para ir al baño, por lo que se sospecha como dg diferencial TEP y es derivado al Hospital de San Carlos para estudio, destacando dinero d 6200 y Angiotac compatible con trombosis bilateral extensa de arteria principal izquierda y lobar inferior derecha sub segmentaria. Por estabilidad hemodinámica se clasifica como submasivo y se trata con heparina + aco y es dado de alta por clínica a su día 20 de evolución desde Coelemu para manejo ambulatorio. **DISCUSIÓN:** se debe sospechar de tep, a todo paciente que curse con neumonía por sar cov 2, el cual llegara a presentar clínica solapada y aguda de falla respiratoria e inestabilidad hemodinámica no explicada por otra etiología y que no responda al tto sugerido. Como hospital básico no contamos con dimero D, siendo este un marcador de mal pronóstico. Como mensaje si se llegara presentar situación similar en hospital básico, se debe derivar para descarte a prontitud de TEP si se sospechara dentro del contexto clínico de neumonía grave por sar cov 2.

PREVALENCIA DE ULCERAS POR PRESION DE PACIENTE DEL PROGRAMA POSTRADOS EN EL HOSPITAL DE COELEMU AÑO 2020-2021.

Jorge Galgani Muñoz (1), Camila Chandia Zuñiga (2), Camila Fernanda Gutierrez Canales (2)
(1) Medico EDF Hospital Familiar y Comunitario de Coelemu, (2) Medico EDF Hospital Familiar y Comunitario de Bulnes

INTRODUCCIÓN: Los pacientes dependientes severa por escala de Barthel, intrínsicamente por estado basal poseen alto riesgo de desarrollar úlceras por presión (UPP), siendo su abordaje realizado por cuidador y equipo multiprofesional del programa postrados. Su mayor complicación radica en la presencia de infecciones, las cuales muchas veces poseen resistencia antibiótica empírica lo que dificulta su erradicación y aumenta su morbimortalidad. **OBJETIVO**: Determinar la prevalencia de UPP en la población de pacientes del programa de atención domiciliaria del hospital de Coelemu, durante año 2020. **MATERIAL Y METODO:** Estudio descriptivo, retrospectivo. Se analizó base de datos de pacientes pertenecientes al programa. Las variables para analizar fueron: edad, género, existencia de UPP, grados de severidad y la ubicación de éstas. La información fue analizada en planilla de cálculo, utilizando estudio de estadística descriptiva. **RESULTADOS**: Se estudiaron 75 pacientes. De ellos, un 12,8 % poseen UPP, 65% en mujeres 35% hombres. Del total de pacientes con UPP, el 70,5% son mayores de 80 años, el promedio de edad es de 84 años. El 67,3% de los pacientes presentaban 1 lesión, 24,01% 2 lesiones, 8.7% 3 o más. El 100% estaba en curaciones. Según grado de ulceración: 33,3 % fue grado 1; 22% grado 2; 44,6% grado 3; sin lesiones grado 4. Como ubicación más frecuente se encontró la zona sacra. **CONCLUSIÓN**: El gran desafío del manejo de las UPP se encuentra en la educación de técnicas de enfermería y kinésicas al cuidador y la observación oportuna de complicación infecciosa la que a veces necesita hospitalización. DISCUSIÓN: en nuestra experiencia, el apoyo a la familia con manejo kinésico y curaciones por enfermería evita horas cama y uso de antibiótico con su secundaria resistencia a largo plazo.

ENFRENTAMIENTO INICIAL DE PATOLOGIA MUSCULOESQUELETICA EN UN CENTRO DE ATENCION PRIMARIA, A RAIZ DE UN CASO.

José Galimany Acosta (1), Javier Richard Cajas (2), Andrés Fuentealba Díaz (3), Rafael Richard Cajas (4)
(1) Médico EDF CESFAM Pozo Almonte, (2) Medico Cirujano ACHS, Iquique, (3) Medico EDF Hospital de Pichilemu
(4) Médico General Hospital de Curacaví

INTRODUCCIÓN: los tumores musculotesqueleticos corresponden a un grupo infrecuente de enfermedades y se pueden presentar a lo largo de todo el ciclo vital. Dada su baja incidencia, el diagnostico puede constituir un desafio para el clínico, significando un atraso en su tratamiento oportuno. Una vez diagnosticado, el tratamiento y manejo debe estar guiado por un equipo especializado y multidisciplinario. A continuacion, se presenta la evaluacion inicial de un caso visto en atencion primaria. **CASO CLÍNICO:** paciente adolescente de 17 años sin comorbilidades ni antecedentes familiares de interés acude acompañado de madre por cuadro de 2 meses de evolucion caracterizado por aumento de volumen blando y fluctuante de rodilla derecha asociado a dolor local de predominio nocturno sin relacion con actividad fisica ni respuesta frente a uso de analgesicos, como además aumento de volumen duro y doloroso en extremo proximal de la tibia ipsilateral, sin otros sintomas referidos. Niega traumatismos o relacion a actividad deportiva. Al examen fisico destacaba aumento de volumen oseo ovalado y doloroso a la palpacion en relacion al borde medial de tibia proximal derecha, sin signos de derrame ni otros hallazgos al examen articular de rodilla al momento de la consulta. El estudio radiografico inicial no presentaba alteraciones. Se complementa con ecografia de rodilla en la cual se describen signos de derrame articular. Finalmente, se toma RNM en la cual destaca osteocondroma de 21 mm en el margen posterior medial de la tibia sin signos de complicacion ni malignizacion por lo que se hizo la derivación del caso para ser evaluado a nivel secundario. **DISCUSIÓN:** clínicamente las neoplasias óseas benignas suelen manifestarse como masa palpable o aumento de volumen, por lo que resulta llamativo, en este caso, elementos descritos por el paciente en cuanto a la semiología del dolor que hacían pensar sobre una posible patología ósea maligna, síntoma cardinal de presentación de este grupo de enfermedades. Por otro lado, destacaba el hecho de un derrame de rodilla atraumático en una articulación previamente sana, lo que obliga a estudiar esta condición bajo la sospecha de enfermedad neoplásica. La radiología constituye el estudio inicial de elección frente a la sospecha, la que resultó sorprendentemente, sin alteraciones. Otros exámenes que se suelen utilizar son la TC y RNM, no estando indicada la ecografía, por lo que resulta discutible la utilidad de dicho MÉTODO para este caso. Finalmente, se puede decir que el paciente realizó una consulta relativamente precoz y el estudio mencionado se hizo con celeridad, lo que significó una derivación oportuna al especialista, respondiendo a la labor del medico general frente a este tipo de patologías.

SÍNDROME DE STEVEN JOHNSON, REVISIÓN DE BIBLIOGRAFÍA A PROPÓSITO DE UN CASO

Francisca Gallardo Molina (1), Francisco Díaz de Valdés Chamblás (1), Pablo Lizama Morales (2)
(1) Médico EDF Hospital de Salamanca, (2) Médico EDF CESFAM Villa San Rafael de Illapel

INTRODUCCIÓN: El síndrome de Stevens Johnson (SSJ) y la necrosis epidérmica tóxica (NET) corresponden a reacciones adversas cutáneas con elevada morbimortalidad, caracterizadas por presentar compromiso simultáneo de piel y de dos o más mucosas, diferenciándose en el porcentaje de superficie corporal comprometida, siendo mayor a 30% en la NET y menor a 10% en el SSJ. Se han identificado más de 200 medicamentos como agentes implicados, los más frecuentes son los antibióticos (sulfonamidas, aminopenicilinas, cefalosporinas, quinolonas), anticonvulsivantes (fenobarbital, difenilhidantoína, carbamacepina, lamotrigina y ácido valproico), antiinflamatorios no esteroideos de tipo oxicam, alopurinol y antifúngicos de tipo imidazol. El riesgo de padecer este síndrome es mayor durante la primera semana de tratamiento para la mayoría de los fármacos y durante los dos primeros meses para los anticonvulsivantes. **Descripción del caso:** Se presenta el caso de un paciente masculino de 58 años, con antecedente de epilepsia en tratamiento con Lamotrigina y ácido valproico, éste último iniciado hace un mes. Es derivado desde su posta rural por cuadro de 5 días de evolución de lesiones maculares dorsales derechas, manejadas con antihistamínicos. Reconsulta por extensión de lesiones a cara, cuello, tronco y genitales, adicionalmente presenta ulceras orales, odinofagia, conjuntivitis bilateral, compromiso del estado general y fiebre. Al examen físico frecuencia cardiaca de 91 lpm, normotensión 126/79 mmHg, febril de 39.0 °C, eupneico, normosaturando a FIO2 ambiental. Destacan conjuntivas hiperémicas, con exudado purulento, y vesículas en parpado inferior. Lesiones costrosas extensas en labios. Múltiples úlceras orales, hiperemia faríngea. Lesiones eritematosas, maculopapulares de forma generalizada, mayor en tronco, con coloración púrpura en su centro, que ceden a la digitopresión. Sin formación de flictenas.
DISCUSIÓN y CONCLUSIÓN: El pilar del tratamiento del SSJ, consiste en suspender la noxa y brindar manejo de soporte. En la actualidad, tanto el tratamiento con gammaglobulina endovenosa, como el uso de corticoides es controvertido. No están indicados los antibióticos profilácticos. El SSJ corresponde a una reacción adversa grave en relación con el uso de medicamentos con una morbimortalidad cercana al 20%, por lo que resulta imprescindible sensibilizar a los profesionales de la salud en relación a la importancia de esta patología, en sopesar riesgos y beneficios al iniciar un medicamento y a promover su capacitación en el diagnóstico y tratamiento temprano.

SEPSIS ABDOMINAL POR QUISTE URACAL SOBREINFECTADO EN LA EDAD ADULTA

Francisca Gallardo Molina (1), Francisco Díaz de Valdés Chamblás (1), Pablo Lizama Morales (2)
(1) Médico EDF Hospital de Salamanca, (2) Médico EDF CESFAM Villa San Rafael de Illapel

INTRODUCCIÓN: El uraco corresponde a un remanente embrionario que puede generar múltiples problemas no sólo en niños, sino que también en la edad adulta. Las enfermedades que lo afectan son poco comunes y sus manifestaciones son inespecíficas, por lo que su diagnóstico requiere de una alta sospecha clínica. A continuación, se presenta el caso de una paciente femenina con debut de un quiste uracal en contexto de una sepsis de foco abdominal. **Descripción del caso:** Mujer de 21 años, acude al servicio de urgencia del Hospital de Salamanca por cuadro de 3 días de evolución de dolor abdominal intenso, asociado a disuria, tenesmo, fiebre de hasta 39°C y decamiento. Al examen físico destaca taquicárdica (FC 106 lpm) y febril de 38,7°C. Normotensa (PA 128/78), eupneica, normosaturando a FIO2 ambiental. Se evidencia en zona umbilical apósito con abundante contenido purulento y con salida de éste a la compresión. Abdomen RHA disminuidos, muy doloroso en hipogastrio, sin signos de irritación peritoneal. Orina completa inflamaotira, leucocitosis de 11.100 y PCR 139.8 Ecografía de partes blandas y abdominal que evidencia absceso en región del hipogastrio, con extensión a región umbilical.TAC de abdomen con contraste informa: lesión masiforme quística en línea media, de paredes engrosas, hiperémicas con el uso de medio de contraste, no hay buen plano de clivaje a vejiga, con un diámetro aproximado de 9,7x4,5x2,6 cms. Vejiga parcialmente distendida de paredes finas, sin imágenes patológica en su interior. Impresión diagnostica: signos de quiste uracal infectado. **DISCUSIÓN y CONCLUSIÓN:** Se presenta el siguiente caso por lo infrecuente que son las anomalías congénitas del uraco, dentro de ellas los quistes, sobre todo su presentación en edad adulta y en el sexo femenino. Con el fin de no olvidar su existencia como probable causa de sepsis de foco abdominal.

MENINGITIS E INFARTO CEREBRAL COMO COMPLICACION DE UNA OTITIS MEDIA CRONICA AGUDIZADA: REPORTE DE UN CASO

Nicolás Gallardo Rebolledo, Valeria Godoy Rodríguez, Rodrigo Santamaría González
Médicos EDF Hospital Intercultural Kalvu Llanka

INTRODUCCIÓN: La otitis media crónica (OMC) es motivo de consulta frecuente, estando presente en todo el ciclo vital. La OMC se define como una patología inflamatoria crónica del oído medio y mastoides de más de 3 meses de evolución. El tratamiento es vital para evitar complicaciones. **CASO CLÍNICO**: Femenina 50 años, antecedentes de hipertensión arterial y OMC bilateral. Consulta por 15 días de otorrea purulenta en oído derecho asociado a cefalea holocraneana, vértigo, decaimiento, desorientación, disartria y paresia en ambas extremidades inferiores. Al examen sin compromiso de conciencia, Glasgow 15, prueba de mínima paresia alterado en hemicuerpo izquierdo, sin signos meníngeos ni otra focalidad neurológica, otoscopia con otorrea en CAE derecho, contralateral normal. En laboratorio leucocitosis de 13.400, polimorfonucleares 80% y PCR 34. Es derivada para TAC de cerebro sin contraste que informa lesiones isquémicas agudas frontoparietales derecha y frontales izquierdas, compromiso destructivo de peñasco. TAC temporal concluye extenso colesteatoma otomastoideo derecho, con dehiscencia del canal semicircular lateral, parte del tegmen timpani y techo mastoideo. RNM cerebral informa extensa meningitis. Cambios de aspecto inflamatorios pansinusales. Se concluye otitis media crónica colesteatomatosa con complicaciones intracerebrales. Se realiza aseo quirúrgico con buena respuesta. Cultivo de tejido, positivo para Enterococcus avium. Se completa 30 días de tratamiento con Meropenem, 6 días con Ampicilina y finalmente 10 días con amoxicilina/ácido clavulánico. Evoluciona con parcial mejoría desde el punto de vista neurológico, con disartria y paresia leve de hemicuerpo izquierdo, se mantiene en neurorehabilitación. **DISCUSIÓN:** La OMC es una enfermedad frecuente que hemos de conocer. Debemos estar familiarizados con los signos clínicos para poder realizar una sospecha clínica temprana, tratamiento adecuado y derivación oportunas con el fin de evitar secuelas auditivas, neurológicas e incluso la muerte de pacientes.

MINOCA COMO CAUSA DE DOLOR TORÁCICO, REPORTE DE UN CASO.

Isabel García Navarrete (1), Camila Cifuentes Urzúa (1), Francisco Hoyos Bachiloglu (2), Ricardo González Bessone (3)
(1) Médico EDF Hospital de Los Lagos (2) Médico EDF CESFAM Las Compañias, La Serena.
(3) Médico Hospital de Los Lagos.

INTRODUCCIÓN: El infarto agudo al miocardio sin obstrucción de arterias coronarias reconocibles a la coronariografía (MINOCA por su sigla en inglés) representa entre el 1 y 14 % de los infartos y tiene una mortalidad global en el primer año de hasta un 5%. Sus etiologías son múltiples y suele presentarse en población joven, principalmente mujeres y con menos factores de enfermedad cardiovascular. **CASO CLÍNICO:** Paciente femenina de 63 años con antecedentes de hipertensión arterial, diabetes e hipotiroidismo que consulta en urgencias por cuadro de palpitaciones, se realiza electrocardiograma (ECG) que muestra taquicardia paroxística supraventricular que cede de forma espontánea, se educa sobre maniobras de valsalva y se da de alta a domicilio. Reconsulta 8 hrs después por cuadro de dolor precordial opresivo de 30 minutos de evolución EVA 9/10 y sudoración. Se solicita ECG sin signos de isquemia tanto a su ingreso como al control de los 40 minutos, con mala respuesta analgésica y troponinas positivas 0.75 ng/ml. Se completa estudio en hospital regional con troponinas ultra sensibles 446 pg/ml, angioTAC negativo para tromboembolismo pulmonar y ECG que muestra T (-) en V1-V2 e infradesnivel del ST>0,5 mm, se hospitaliza y se realiza coronariografía sin lesiones angiográficas y ecocardiografía con leve hipertrofia concéntrica del ventrículo izquierdo con función sistólica normal, disfunción diastólica grado 2 y leve dilatación de aurícula izquierda. Se mantiene sin nuevos episodios de angor y se da alta con terapia de prevención secundaria. **CONCLUSIÓN:** El diagnóstico de MINOCA es complejo y requiere de múltiples estudios para establecer su causa. Su manejo no es la revascularización, sino que se basa en el tratamiento de su etiología y el control de los factores de riesgo cardiovascular, lo cual mejora su pronóstico a largo plazo al disminuir el riesgo de eventos cardiovasculares mayores.

PRURITO EN LEUCEMIA PROMIELOCÍTICA AGUDA, REPORTE DE UN CASO.

Pamela García Lizana, Suni Chipana Flores, Esteban Acuña Martínez, Carlos Huenchual Pizarro
Médicos EDF CESFAM Sr. Eugenio Petruccelli Astudillo.

INTRODUCCIÓN: El prurito es uno de los síntomas más frecuentes en consulta dermatológica y atención primaria, siendo importante no sólo por su origen orgánico, sino también por el impacto que puede generar en la calidad de vida del paciente. Dentro de las etiologías del prurito, existen causas de origen cutáneo y patologías sistémicas, las cuales pueden ser de origen benigno o maligno. **CASO CLÍNICO**: Paciente de sexo femenino de 40 años con antecedentes de diabetes mellitus tipo 2, deterioro cognitivo leve, hipertensión arterial e hipotiroidismo. Se presenta con cuadro iniciado en abril de 2019, caracterizado por múltiples consultas, tanto en servicio de urgencias (3) como en CESFAM (4), debido a prurito generalizado. En cada una de las consultas se indicó tratamiento sintomático y se hizo educación respecto a adherencia al tratamiento de patologías crónicas, ya que destacaba descompensación de éstas. En junio 2020, se decidió derivación a dermatología por evolución tórpida, pese a terapia convencional. Durante diciembre de 2020, acudió a Servicio de Urgencias del Hospital Regional de Arica, con cuadro de 1 día de evolución caracterizado por dolor abdominal. Al dirigir interrogatorio, refiere un mes de evolución de astenia, sensación de debilidad y palidez marcada, con gingivorragia y equimosis en extremidades y abdomen de 2 días de evolución. Dentro de los exámenes, se pesquisa hemograma alterado con hemoglobina 6 gr/dl, leucocitos 500/ml, RAN 30, plaquetas 15.000/ml, blastos 10%. Posterior a descartar patología quirúrgica, se decide hospitalizar en Servicio de Medicina para estudio y manejo. Fue evaluada por comité de oncología, indicando realiza inmunofenotipo, el cual reportó leucemia promielocítica aguda, siendo trasladada a unidad de mayor complejidad para manejo activo, donde se inició tratamiento con esquema sugerido por especialidad. **DISCUSIÓN**: Si bien el prurito de origen dermatológico es el más frecuente, el prurito sistémico tiende a ser generalizado por lo que requiere además del examen físico completo, apoyo con exámenes de laboratorio. En este caso, hubo un factor que actuó como distractor, el hecho de que la paciente tenía antecedente de hipotiroidismo y diabetes mellitus (dos probables etiologías de prurito sistémico), con falta de adherencia a tratamiento y controles. Es así que el prurito, motivo de consulta frecuente, no debe ser considerado una enfermedad en sí misma, sino un síntoma que debe ser estudiado, estableciendo su etiología para lograr un tratamiento acorde a ésta.

DESCRIPCIÓN DE RESISTENCIA ANTIBIÓTICA DE UROCULTIVOS REALIZADOS EN AÑO 2019 EN HOSPITAL DE MAULLÍN

Matias Garrido Valenzuela, Pablo Iglesias Narvaéz Nicolás Hidalgo Miranda
Médicos EDF Hospital de Maullín

INTRODUCCIÓN: Las infecciones urinarias son un diagnóstico frecuente, según la literatura nacional, tienen una prevalencia del 15%. Para realizar un tratamiento empírico se hace necesario conocer los microorganismos (MO) más prevalentes y su tasa de resistencia local a los antibióticos de uso frecuente, logrando así un manejo más efectivo y seguro. **OBJETIVOS:** Describir la prevalencia, sensibilidad y resistencia antibiótica de MO encontrados en urocultivos realizados en el año 2019 en el Hospital de Maullín. **MATERIAL Y METODO:** Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo, se analizaron 1990 urocultivos obtenidos el año 2019 en el Hospital Maullín. Se desglosó por tipo de MO, se describió su prevalencia, y se obtuvo su porcentaje de resistencia (R) y sensibilidad (S) antibiótica correspondiente para los siguientes fármacos: Cefadroxilo, Gentamicina, Ciprofloxacino, Sulfatrimetoprim y Nitrofurantoina. **RESULTADOS:** Se estudian 1990 UC, de los cuales 282 resultaron positivos (14%). De los UC positivos, el agente etiológico más frecuente fue Escherichia coli con 216 muestras (76,6%), seguido por Enterococcus sp 17 (6%), S. Aureus 10 (3,5%), Proteus 9 (3,2%), Klebsiella pneumoniae 6 (2,1%). La sensibilidad y resistencia para Cefadroxilo fue S 62%y R 13%, Gentamicina S 91% y R 7%, Ciporfloxacino S 76% y R 21%, Sulfatrimetroprim S 76% y R 23% y Nitrofurantoina S 89% y R 9%. Además, se encontraron 14 casos (5%) de resistencia a Carbapenémicos y 17 casos (6%) BLEE (+). **DISCUSIÓN:** El aumento de la resistencia bacteriana es un problema de salud pública, conocer la epidemiología local es elemental para entregar un tratamiento antibiótico acorde. E. coli sigue siendo el principal agente etiológico de ITU según nuestra revisión, revistiendo especial importancia su adecuado tratamiento según susceptibilidad local. El mejor perfil de S y R lo presenta la Nitrofurantoina, dato que justifica su uso de forma empírica como primera línea.

SÍNDROME DE GUILLAIN-BARRÉ VARIANTE AMAN, A PROPÓSITO DE UN CASO
Matias Garrido Valenzuela, Marcelo Roa Nilo Camila Ormeño Candia
Médicos EDF Hospital de Maullín

INTRODUCCIÓN: El síndrome de Guillain Barré es una polirradiculopatía aguda asociada a infección o inmunización, siendo la parálisis aguda más frecuente en países desarrollados. Se distingue por debilidad muscular, con posterior parálisis motora simétrica, con o sin pérdida de la sensibilidad y alteraciones autonómicas. En la variante neuropatía motora axonal aguda (AMAN) la lesión afecta las terminales nerviosas, generando daño axonal mediada por macrófagos, bloqueo de los canales iónicos en el axolema, siendo la infiltración linfocitaria escasa o nula.
PRESENTACIÓN DEL CASO: Masculino de 80 años, con antecedente de Hiperplasia prostática. Acude por presentar hace una semana dolor y debilidad en EEII de forma progresiva de predominio proximal y posteriormente en EESS con imposibilidad para vestirse y con caída de objetos de sus manos, por lo que acude a Hospital de Maullín. Al examen físico se constata tetraparesia fláccida M2. TAC de columna sin lesiones y EMG y VC compatible con polirradiculoneuropatía motor agudo distal y simétrico, compatible con Sd Guillain Barre variante AMAN. Se hospitaliza en UTI Neuro para flebogamma, bien tolerada. Evoluciona sin apremio respiratorio y recuperando progresivamente lo motor. **DISCUSIÓN:** Se considera que un 20% de los Sd Guillain-Barré presentan esta variante clínica. El estudio electrofisiológico juega un rol clave para confirmar el diagnóstico en forma temprana y orientar a los equipos de rehabilitación respecto a los cursos clínicos y la recuperación funcional de los pacientes. En este caso el paciente a pesar de ser trasladado a UTI Neurología, no requirió ventilación mecánica, y tuvo buena respuesta a la administración de flebogamma. Posterior a rehabilitación logra recuperación completa de fuerza y movilidad de las 4 extremidades.

MIOPATÍA NECROTIZANTE INMUNOMEDIADA POR ESTATINAS, A PROPÓSITO DE UN CASO
Matias Garrido Valenzuela, Pablo Iglesias Narváez, María Fernanda Aranis Espinoza
Médicos EDF, Hospital de Maullín

INTRODUCCIÓN: Las estatinas son hipolipemiantes orales ampliamente usados para la hipercolesterolemia y prevención de las Enfermedades Cardiovasculares. Sus efectos adversos incluyen cuadros leves como mialgias hasta severos como Miositis, Rabdomiólisis y, raramente, la Miopatía Necrotizante Autoinmune inducida por Estatinas (SINAM por sus siglas en inglés), esta se caracteriza por debilidad muscular proximal, asociado a niveles elevados de CK, electromiografía inespecífica, biopsia muscular con inflamación y necrosis y, detección de anticuerpos anti-HMGCR. Su fisiopatología es desconocida.
CASO CLÍNICO: Masculino de 77 años con antecedentes de HTA y DLP. Consulta por cuadro de 3 meses de disminución progresiva de fuerza en EEII y EESS, asociado a dolor muscular, y dificultad para deglutir sólidos, llevándolo a la postración. En anamnesis destaca el aumento, hace 4 meses, de dosis de Atorvastatina a 80 mg día. Al examen neurológico con tetraparesia en EESS M3 proximal y M4 distal, en EEII M2 proximal y M3 distal con tono global disminuido, ROT + y plantares indiferentes, con atrofia global en 4 extremidades, sin fasciculaciones. El laboratorio presentó elevación CK sobre 4680, que baja a 778 post administración de metilprednisolona. Panel de miositis negativo, EMG con patrón inespecífico. IgG 2095 con Ac anti-HMCGR (+). Se inicia corticoterapia y rehabilitación. **DISCUSIÓN:** Las estatinas tienen un buen perfil de seguridad, aunque pueden tener efectos secundarios potencialmente graves. En pacientes con historia de debilidad muscular, asociado a elevaciones persistentes de enzimas musculares a pesar de la descontinuación del fármaco, debería considerarse la Miopatía autoinmune inducida por estatinas. La SINAM es una entidad clínica poco frecuente y de reciente descripción. Generalmente la respuesta al tratamiento es favorable, aunque existe un porcentaje de recaídas entre el 50 a 60%.

SÍNDROME DE EVANS, UN DESAFÍO DIAGNÓSTICO
Nicolás Garrido Soto (1), Rodrigo Muñoz Ramírez (1), Nikoll Torres Navarrete (1), Martín Ferreccio Palacios (2)
(1) Médicos EDF Hospital Nancagua, (2) Médico EDF CESFAM Vichuquén

INTRODUCCIÓN: El síndrome de Evans es una patología caracterizada por la coexistencia de dos o más citopenias autoinmunes, siendo más frecuente la asociación de anemia hemolítica y trombocitopenia inmune. Corresponde al 0.8-3.7% del total de anemias hemolíticas y se caracteriza por tener peor pronóstico, mayor frecuencia de exacerbaciones y menor tasa de remisiones espontáneas. Puede presentarse tanto en adultos como en niños, siendo más prevalente en mujeres.
CASO CLÍNICO: Mujer de 74 años con antecedente de Hipertensión arterial crónica, enfermedad pulmonar crónica y trastorno de personalidad bordeline. Cuadro de larga data de astenia, fatigabilidad, disnea intermitente, dolor abdominal difuso y anemia macrocítica leve persistente en exámenes de rutina, sin otros estudios. Consulta en urgencia por mismos síntomas, encontrándose una anemia severa por lo que es transfundida y hospitalizada para estudio. En éste destaca Hb 5.8, VCM 115.9, HCM 43.5, leucocitos 7800, plaquetas 193000, VHS 95. Cinética del fierro normal, vitamina B12 y ácido fólico sin déficits, estudio virus hepatitis B y C y VIH negativos. TAC TAP muestra hepatoesplenomegalia y barro biliar. Endoscopia digestiva alta pangastropatia crónica con signos de metaplasia intestinal a nivel antral. Es dada de alta sin diagnóstico claro con sospecha de anemia perniciosa versus neoplasia oculta. Posteriormente la paciente evoluciona con necesidad de multiples transfusiones y hospitalizaciones. En la última se encuentra enflaquecida y con ictericia. En el laboratorio se añade una disminución de las plaquetas hasta 90.000 y aumento de la bilirrubinemia 3.36, indirecta 2.94, LDH 552. Test de coombs directo (+). Por esto, se plantea un síndrome de Evans y se trata con bolos de metilprednisolona con mejoría clínica y de laboratorio. Actualmente la paciente se mantiene con prednisona, con dosis en disminución progresiva, y parámetros de laboratorio estables, sin nuevas transfusiones. **DISCUSIÓN:** El sindorme de Evans es una etiología poco frecuente, de difícil diagnóstico, en la cual los pacientes pueden no presentar todas sus características al comienzo de la enfermedad. En este caso, el diagnóstico de la paciente demoró más de 1 año siendo evaluada por médicos de diversas especialidades. De esta manera, es de suma importancia tener un seguimiento cercano y estricto de estos pacientes para poder pesquisar de manera temprana cambios en su evolución y posibles complicaciones.

SÍNDROME CONVULSIVO POR COVID 19, A PROPÓSITO DE UN CASO.
Nicolás Garrido Soto, Celia Fuenzalida Del Valle, Rodrigo Muñoz Ramirez
Medicos EDF Hospital de Nancagua

INTRODUCCIÓN: El SARS-CoV-2 es una nueva cepa de coronavirus que causa la enfermedad de COVID-19, provocando neumonía en adultos y manifestaciones variadas en niños; siendo estos últimos en su mayoría asintomáticos. El cuadro clínico neurológico es raro, generalmente cursa con cefalea y encefalitis. Actualmente no se dispone de bibliografía en relación con el SARS-CoV-2 y síntomas neurológicos en niños, en estudios de otros coronavirus se han descrito casos de convulsiones, crisis febriles, compromiso de conciencia, encefalomielitis y encefalitis. Por este motivo es fundamental aportar con casuística de casos que vinculen estos cuadros. A continuación, presentaremos un caso de síndrome convulsivo en un paciente pediatrico por covid 19. **Presentación de caso**: Paciente de 2 años sin antecedentes, es llevado por su abuela a Servicios de Urgencias de Hospital de Nancagua por compromiso de conciencia de 2 minutos de duración, asociado a convulsión tónico clonica de extremidades autolimitida, previamente 2 días de fiebre intermitente sin otros síntomas asociados. Ingresa afebril, estable y saturando 100% ambiental. Al examen físico solo destaca hipotonía de extremidades y somnolencia. Se deriva a urgencia padiatrica del Hospital de San Fernando, en donde se evidencia convulsión tónico clónica generalizada que cede con lorazepam, afebril y con hemoglucotest en 120. Se realizan exámenes: PCR 31, armonio 13, creatinina 0,2, Hb 13,6, leucocitos 1135o, 77% polimorfonucleares, orina completa normal, radiografía de tórax sin alteraciones, procalcitonina 2,5, electrolitos plasmaticos normales, punción lumbar liquido claro topografía cerebral sin alteraciones y PCR de covid positiva. Se hospitaliza para observación, parámetros inflamatorios se normalizan sin antibióticos a los dos días, sin nuevas crisis convulsivas, se estudia con electroencefalograma que resulta normal y se da de alta. **CONCLUSIONES y DISCUSIÓN:** En primera instancia la enfermedad COVID 19 parecía ser netamente respiratoria, con el paso de la pandemia se ha visto un compromiso de múltiples órganos, siendo asintomático en la mayoría de los niños. Son anecdóticos los casos con manifestaciones neurológicas, existiendo hasta ahora solo prestaciones de casos y estudios de baja calidad metodología. Se sabe que este virus tiene potencial neuroinvasivo secundario a una tormenta inflamatoria, actualmente se desconoce mayor información fisiopatológica de la afectación del sistema nervioso central. Hay casos descritos en la literatura de convulsion en pacientes pediatricos con covid 19, en donde se diagnostica con la clínica, alteración del LCR compatible con encefalitis viral y con la PCR nasofaringea positiva para covid 19. El caso presentado es interesante ya que no muestra una alteración en el LCR compatible con infección viral, pero si cuenta con la clínica de encefalitis viral. Quedando la duda diagnostica, lo que podría corresponder al inicio de una epilepsia concomitante a la infección por covid 19.

ANÁLISIS DE ESTRATEGIAS DE APOYO A LOS CUIDADORES DE PERSONAS DEPENDIENTES Y ADULTOS MAYORES, DESDE UNA PERSPECTIVA SOCIAL Y COMUNITARIA.
Alfredo Geraldo Von Bennewitz (1), Gabriela Catalán Parra (1), Loreto Navarro Aldea (2)
(1) Médico Cirujano EDF, CESFAM Hualpencillo, (2) Médico Cirujano EDF, CESFAM La Floresta

INTRODUCCIÓN y OBJETIVOs: El escenario del cuidado de pacientes dependientes se ha vuelto cada vez más relevante, poniendo en apuros a los sistemas sanitarios actuales al no lograr mitigar las tremendas repercusiones que implica para la sociedad. Si bien cada vez son mayores los análisis e inversión pública mundial sobre el tema, y la literatura parece abundante respecto a prevalencia e impacto del problema, ésta es escasa todavía sobre las mejores estrategias para apoyar a los cuidados de ésta población, repercutiendo en una falta de sustento sólido al momento de apoyar estrategias a nivel sanitario y social. Este trabajo busca recopilar parte de la evidencia existente sobre el tema y orientar directrices generales de apoyo a los cuidadores, dejando también en evidencia la necesidad de llenar amplios vacíos que quedan aún. **MATERIAL Y METODO:** Se realizó una revisión bibliográfica de datos estadísticos sobre prevalencia e impacto de discapacidad y dependencia. Se revisó diversos artículos sobre consecuencias de los cuidados sobre el cuidador y las estrategias más adecuadas para mitigarlas. Se concluyó con una revisión comparativa de experiencias extranjeras en contraste con la nacional. El análisis comprendió una comparación cualitativa de fundamentos respecto a la necesidad y tipo de apoyo al cuidador, comparando al respecto estrategias nacionales e internacionales. Se realizó también una búsqueda bibliográfica sobre costo-efectividad de las intervenciones, encontrando escasa evidencia al respecto. **RESULTADOS Y CONCLUSIONES:** 1) La prevalencia de discapacidad mundial es de un 15%. En chile, un cuarto de las personas dependientes en 2015 eran dependientes severos, explicándose en cerca de 75% por edad, capacidad física mermada, Cáncer, enfermedades cardiovasculares, Demencia y trastornos neurológicos como Párkinson. 2) La mayoría de factores de riesgo para dependencia/discapacidad son prevenibles. 3) La labor del cuidador se asocia a merma económica y fricción familiar, también a deterioro de salud del cuidador, con mayor mortalidad que los familiares testigos. 4) La sobrecarga del cuidador y el análisis de necesidades justifican mayor atencion domiciliaria y cuidados competentes, con impacto positivo en el gasto sanitario.5) Debe existir ayuda estatal en los cuidados, refutándose la “Desfamiliarización” del cuidado. 6) No se halló evidencia sólida sobre costo efectividad del relevo domiciliario al cuidador, sin embargo, es una estrategia implementada en varios países desarrollados. 7) Varios países han implementado seguros de dependencia, con afiliación y copago del beneficiario junto a inversión estatal y tributaria para solventarlos **DISCUSIÓN O COMENTARIOS:** El análisis evidencia la necesidad de una intervención estatal potente, articulando servicios que prevengan sobrecarga del cuidador y mitiguen sus consecuencias. Si bien no abunda evidencia sobre costo efectividad, cabe recordar que en salud los RESULTADOS no se miden solo en términos económicos, sino también sociales. Al respecto parece beneficioso desde lo social el abordaje multimodal del cuidador, punto respaldado por el accionar internacional. De todas formas, son necesarias mayores investigaciones para respaldar adecuadas políticas públicas.

ENFERMEDAD DE CASTLEMAN, REPORTE DE UN CASO

Alfredo Eduardo Geraldo Von Bennewitz,
Médico Cirujano EDF, CESFAM

INTRODUCCIÓN: La Hiperplasia angiofolicular linfoide, o enfermedad de Castleman, es una enfermedad sin causa clara, heterogénea en su biología y clínica. La clave diagnóstica la da la existencia de folículos linfoides con vasos internos. Hay tres variantes: Hialinovascular, plasmocelular y mixta. Hay dos presentaciones clínicas: Localizada y multicéntrica (asociada o no a Virus Herpes 8). La Localizada consiste en un tumor/región nodal solitario, típicamente mediastínico o mesentérico, y cura con la extracción quirúrgica y radioterapia. La multicéntrica presenta adenopatías generalizadas, fiebre, hepatoesplenomegalia y deterioro del estado general, predominando en personas mayores. La forma múlticentrica es policlonal, de curso tórpido, con infecciones recurrentes y cursando con linfomas en 20%, plasmocitomas o sarcoma de Kaposi (13%). El tratamiento abarca poliquimioterapia y glucocorticoides. **CASO CLÍNICO**: Paciente femenina de 67 años, con antecedente de Colitis ulcerosa e Hipertensión arterial, evaluada en 2008 por sospecha de Linfoma, descartado con tomografía computarizada (TC). Se pesquisa hepatomegalia en 2010. En 2012, tras dolor abdominal y ecografía alterada, se realiza TC que muestra adenopatías retroperitoneales. Laparotomía exploradora detecta masa intraoperatoria de 4 por 3 cm y adenopatías múltiples. Biopsia: Enfermedad de Castleman plasmocelular, virus hepatitis B (-), Virus inmunodeficiencia humana (-). Paciente cursando diaforesis y baja de peso de 10 kilos en 1-2 meses, recibe poliquimioterapia R-CHOP (Rituximab, Ciclofosfamida, Hidroxidaunorubicina, Oncovin, Prednisona). Durante seguimiento, en 2013 tomografía por emisión de positrones (PET CT) muestra adenopatías retroperitoneales paraaórticas, hipometabólicas. Biopsia sugiere Linfoma no Hodgkin tipo B, sugiriendo correlacionar con clínica por transformación histológica. TC en 2014 mantiene linfonodos de 2013 sin cambios. PET CT de 2016: disminución de tamaño de linfonodos. En 2018 se detectan poliadenopatias cervicales bilaterales. Biopsia: Recidiva de enfermedad de Castleman, manejada con glucocorticoides a dosis altas (Dexametasona). En 2019 TC muestra reducción de linfonodos cervicales y nódulo axilar nuevo, biopsia compatible con enfermedad de Castleman, desestimando Linfoma. Actualmente en estudio por biopsia ganglionar cervical compatible con Linfoma. **DISCUSIÓN:** Ésta enfermedad es infrecuente, sin embargo, debe considerarse en el diagnóstico diferencial de cuadros linfoproliferativos por la oportunidad terapéutica que tiene la forma localizada (excelente) y el pronóstico de la multicéntrica (buen pronóstico con Rituximab si asociada a Virus Herpes 8, malo en caso contrario).

INFARTO AL MIOCARDIO. UN ENFOQUE EN FACTORES DE RIESGO DADO CASO ATÍPICO.

Israel Giacaman Fonseca (1), Nathia Niklitschek Toro (1), Felipe Valenzuela Salazar (2)
(1) Médico EDF, Hospital de Río Bueno, (2) Médico EDF Hospital Dr. Juan Morey de la Unión.

INTRODUCCIÓN: La cardiopatía coronaria es causa de muchas consultas en los servicios de urgencia. Dada su gravedad requiere de un alto nivel de sospecha y una rápida estratificación de riesgo. **CASO CLÍNICO**: Hombre de 49 años con antecedente de Diabetes mellitus, consulta porque hace 2 días mientras usaba motosierra sintió dolor torácico intenso, auto limitado. El día anterior también había sentido dolor intenso, sin carácter anginoso, que cedió con “reposo y vaso de agua”. Consulta es motivada por precaución y aprensión. Sin dolor actualmente. Signos vitales: FC: 90 lpm, PA: 112/80, Además con: Saturometría: 98% y HGT: 100. Al examen tranquilo, sin facie dolorosa, ni signos neurovegetativos. Se solicita electrocardiograma, administrar aspirina y radiografía de tórax. Electrocardiograma ritmo sinusal con alteraciones inespecíficas del ST-T similar a ECG del 2018 y 2015 (registrados en sistema electrónico). Radiografía de tórax normal. Se Re interrogó, refiriendo que presenta disnea esfuerzo, aunque poco objetivable, ya que sigue trabajando y caminando largas distancias. Se solicita electrocardiograma de control y exámenes de laboratorio. Segundo electrocardiograma sin cambios respecto al primero. CKT: 930 CKMB: 59 LDH: 550. HbA1c: 7.8. Sin disponibilidad de Troponina. Paciente sin angor. Se derivó a centro de referencia por síndrome coronario sin elevación del segmento ST subagudo. Tercer ECG sin cambios, Troponina US 1290 y CKMB 60. Informe de angiografía: Lesión del 70% arteria descendente anterior y oclusión de Circunfleja. **CONCLUSIÓN**: La ausencia de dolor y de cambios electrocardiográficos no descarta el diagnóstico de infarto, más aún en pacientes con factores de riesgo. La indicación de biomarcadores en el contexto de un paciente asintomático y con ECG normal es discutible y está justificada ante la persistencia de la sospecha, dada principalmente en este caso, por factores de riesgo y la reevaluación clínica.

TRASTORNO METABÓLICO COMO CAUSA DE ESTATUS CONVULSIVO EN PACIENTE JOVEN

Israel Giacaman Fonseca, Nathia Niklitschek Toro, Ana Escobar Montoya
Médicos EDF Hospital de Río Bueno

INTRODUCCIÓN: La convulsión es frecuente en los servicios de urgencia y por lo general es un signo típico de patología neurológica. El estatus convulsivo se define como una convulsión de más de cinco minutos o ausencia de recuperación entre convulsiones, su manejo es una emergencia. **CASO CLÍNICO**: Hombre de 28 años fue traído en ambulancia a las 04:40 am por síndrome convulsivo tónico clónico generalizado, tres episodios de convulsión durante el traslado, sin recuperación de conciencia. Al examen soporoso, impresionó post ictal, sin fiebre, taquicárdico (FC: 126), respiración profunda y ruidosa. Se administró Lorazepam 4 mg e.v y una segunda dosis por nueva convulsión 10 minutos de diferencia. Desde que fue encontrado en el suelo de su casa hasta este momento no había recuperado conciencia en ningún momento. Se inició infusión de Fenitoína y se solicitó HGT que estaba en 360. Se agregaron electrolitos plasmáticos y gases. A la anamnesis del acompañante (pareja) refiere que tuvieron una DISCUSIÓN antes de ir a dormir y se fueron a acostar separados. Escuchó ruidos 40 minutos atrás, pero no le dio mayor importancia. Negó uso de drogas, sin poliuria, polifagia, baja de peso, sin dolor abdominal ni posible factor desencadenante. Exámenes tomados por I-STAT: pH: 6.9, PO2: 120, PCO2: 15 HCO3: 7 electrolitos normales. Se administró bolo de insulina, gluconato calcio y bicarbonato vía parenteral. **DISCUSIÓN**: Es importante la toma de glicemia capilar en un paciente con convulsiones, dado que puede ser asociado a hipoglicemia como a parte del debut diabético. En este caso se destaca, además, el rol de los sistemas de diagnóstico bed-side en el manejo de pacientes críticos y en hospitales con limitaciones en el acceso a laboratorio diagnóstico 24 horas.

SINOSTOSIS RADIOULNAR CONGÉNITA. A PROPÓSITO DE UN CASO

Diego Gianetti Bahamonde, Ninotchka Benítez Moreno, Rocío Quinchavil Díaz, Paulina Alonso Vander Stelt
Médicos EDF Hospital de Fresia

INTRODUCCIÓN: Las displasias esqueléticas son un grupo heterogéneo de más de 400 condiciones que afectan el desarrollo óseo. La mayoría son resultado de defectos genéticos. Se presentan desde el periodo prenatal hasta la edad adulta y su incidencia es de aproximadamente 15.7/100.000 recién nacidos vivos. La sinostosis radioulnar congénita (SRUC), es una unión poco frecuente entre el radio y la ulna, debido a un defecto en la separación embrionaria de estos segmentos óseos. Ésta se puede presentar de manera aislada o ser parte de algún síndrome genético. Presentamos un caso ilustrativo de este síndrome y revisión breve de literatura. **CASO CLÍNICO:** Preescolar de 2 años y 7 meses, sin antecedentes médicos o neonatales, fue llevado por su madre a atención primaria por presentar cuadro de 1 año de evolución de deformidad en antebrazo derecho, sin antecedentes de trauma mediado, desarrollo psicomotor acorde y ausencia de otras malformaciones. Al exámen físico el paciente presentaba limitación en la pronación del antebrazo derecho hasta 90º. Se realizó radiografía anteroposterior y lateral de antebrazo derecho, observándose sinostosis radioulnar proximal. El paciente fue derivado y evaluado por traumatología infantil, indicándose tratamiento ortopédico multidisciplinario con fisiatría, kinesiología y terapia ocupacional. **DISCUSIÓN**: La sinostosis radioulnar congénita, es un raro tipo de displasia esquelética, que se manifiesta con alteraciones del rango articular a la prono-supinación, que según el grado de limitación puede pasar desapercibida, dado que los pacientes por lo general compensan ajustando los movimientos de las otras articulaciones adyacentes. Su tratamiento en la mayoría de los casos es ortopédico, sin embargo, dependiendo de la limitación que le genere al paciente en su calidad de vida, podría ser quirúrgico. A pesar de esto, los RESULTADOS de la cirugía son en general pobres dado la habitual asociación a un mal desarrollo de las estructuras de soporte, compromiso neurovascular y a una alta tasa de recurrencia de la sinostosis. Dado estos antecedentes, radica la importancia de pesquisa precoz en estos pacientes para iniciar tempranamente terapia de rehabilitación y mejorar así su calidad de vida, evitando secuelas permanentes.

ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE CONSULTAS DE URGENCIAS RESPIRATORIAS DURANTE EL AÑO 2019 VS 2020 EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL FLORENCIO VARGAS DÍAZ, COMUNA DIEGO DE ALMAGRO, REGIÓN ATACAMA.

Carlos Nain Giugliano Rostion (1), Nicole Lama Muñoz (1), Fernando Espinoza Cabrera (2)
(1) Médico EDF Hospital de Diego de Almagro, (2) Médico EDF CESFAM Huertos Familiares.

INTRODUCCIÓN y OBJETIVOs: La pandemia por el virus Sars-CoV-2 ha significado un desafío y al mismo tiempo una limitante diagnóstica al enfrentarse a una consulta por enfermedad respiratoria, ya que se debe descartar el diagnóstico lo antes posible y cortar la cadena de transmisión. El OBJETIVO de esta investigación es realizar una comparación entre los diagnósticos de enfermedades respiratorias entre el año 2019 y 2020 en un hospital de baja complejidad de una zona rural. **MATERIAL Y METODO**: Se utilizaron los registros de todas las atenciones del servicio de urgencia del Hospital Florencio Vargas Díaz realizadas por médicos residentes desde enero 2019 hasta diciembre 2020. Se tomó en cuenta tanto sospecha como diagnóstico confirmado de enfermedades respiratorias, ambos sexos y todos los grupos etarios. **RESULTADOS Y CONCLUSIONES:** El año 2019 se realizaron un total de 2308 atenciones respiratorias. El 59.4% fueron Rinofaringitis, 19.23% Bronquitis Aguda, 10% Influenza debido a virus no identificado y el 11.37% equivalente al resto de las enfermedades respiratorias. El año 2020 se realizaron un total de 1198 atenciones respiratorias. El 59,01% fueron por sospecha y casos confirmados de COVID-19, 4,92% Neumonía Bacteriana y 37,9% equivalente a las enfermedades respiratorias restantes. **DISCUSIÓN O COMENTARIOS:** La pandemia ha hecho que nos enfoquemos principalmente en el diagnóstico COVID-19 por sobre las otras enfermedades respiratorias. El año 2020 hubo una disminución del 48,1% de atenciones respiratorias. El número de casos por sospecha o confirmación de COVID-19 no logró superar al diagnóstico rinofaringitis del año anterior. El confinamiento y cierre de instituciones como los colegios y universidades permitió un contagio bajo entre pares lo que influye directamente en las atenciones.

DIETA BASADA EN PLANTAS COMO MANEJO DIETARIO DE DIABETES MELLITUS TIPO 2. UMBRELLA REVIEW.

Diego Godoy Fernández (1), Abelino Jara Navarrete (2), Julio Echavarría Merino (3)
(1) Médico EDF CESFAM San Pedro, (2) Médico EDF, CESFAM Hernan Urzua Merino, (3) Médico EDF, CESFAM Monckeberg

INTRODUCCIÓN y OBJETIVOs: El manejo de la diabetes mellitus tipo 2 (DM 2) es un tema discutido, el manejo farmacológico, ejercicio y las dietas son fundamentales. En cuanto al manejo dietario se ha visto en la literatura que logra una disminución significativa de los niveles de hemoglobina glicosilada (Hba1c), además de mantener el control glicémico de manera sola o combinada con el manejo farmacológico. El OBJETIVO de este estudio es realizar una revisión de revisiones sistemáticas (umbrela review) que plantean la relación de una dieta basada en plantas y el control glicémico en pacientes diabéticos. **MATERIAL Y METODO**: Se realiza búsqueda en la base de datos de Scopus, Pubmed, Chocrane Library, en idioma inglés, incluidos desde 2019 a la fecha, relacionados con el propósito de estudio, con al menos 12 semanas de estudio, a través de revisiones sistemáticas con inclusión de lineamientos de la guía PRISMA. Se excluyen pacientes menores de 18 años, diabéticos tipo 1 y pacientes embarazadas. De estos, 3 estudios cumplieron con criterios de inclusión y exclusión establecidos. **RESULTADOS Y CONCLUSIONES**. En la primera revisión sistemática se observan 6 ensayos clínicos randomizados, donde en 4 de ellos se compara una dieta basada en plantas y una dieta control (difiere en estudios). Se observa reducción de al menos 0,4 de Hba1c en estudios mencionados; En el siguiente estudio se observó cambios significativos en el control glicémico de y disminución de Hba1c en 4 de 9 estudios descritos en la revisión, con disminuciones de 0,6 a 0,8 de Hba1c. En el último estudio se incluyó a distintas dietas en manejo de DM 2, de las cuales 2 de 9 incluía un manejo dietario basado en plantas, ambos muestran en ensayos aleatorios randomizados, con una disminución de 0,4 en el primer estudio y un aumento de la sensibilidad a insulina comparado con el grupo control en el segundo. **DISCUSIÓN O COMENTARIOS**. Existe bastante evidencia que sugiere que una dieta basada en plantas es una opción que mejora el control glicémico y mejora el tratamiento de los pacientes diabéticos. Podría ser una buena estrategia el sugerir este tipo de dieta en el manejo medico de estos pacientes logrando incluso disminuir la medicación de estos. Además, podría tener otros efectos como la disminución del colesterol, disminución del peso o de la hipertensión arterial, temas no tratados para el presente estudio.

ERITEMA MULTIFORME MENOR. A PROPÓSITO DE UN CASO

Diego Godoy Fernández (1), Abelino Jara Navarrete (2), Julio Echavarría Merino (3)
(1) Médico EDF CESFAM San Pedro, (2) Médico EDF, CESFAM Hernan Urzua Merino, (3) Médico EDF, CESFAM Monckeberg

INTRODUCCIÓN: El eritema multiforme es una enfermedad dermatológica aguda de la piel y mucosas, con lesiones eritematosas con centro gris violáceo (en diana) en ocasiones como lesiones vesiculo-ampollosas. Usualmente se asocia a respuesta inmunitaria frente a una infección, en ocasiones asociada a virus Herpes simple o Mycoplasma, sin embargo, en muchas ocasiones no es aislado el agente causal y se considera idiopática. El diagnostico suele ser clínico, sin embargo, es un diagnostico difícil, debido a las múltiples afecciones dermatológicas similares **CASO CLÍNICO**: Paciente femenino de 28 años, antecedente de dermografismo, sin otros antecedentes de relevancia, inicia cuadro de lesiones eritematosas, vesículo-ampollares inicialmente en mucosa oral que posteriormente se hacen generalizadas cubriendo extremidades tanto superiores como inferiores y torso, refiriendo prurito en zonas con lesiones. Al interrogatorio dirigido paciente sin uso de fármacos, antecedente de varicela a los 9 años, sin otros síntomas antes de cuadro descrito. Evaluada por medicina general se realiza derivación a dermatología, se solicita hemograma sin elevación de parámetros inflamatorios (leucocitos, VHS), ELISA VIH (-), VDRL (-), Serologia Herpes simple (-), PCR COVID-19 (-), serología varicela zoster (-), PCR Varicela zoster (-). Se evalúa con inmunología se evalúa toma de Patch test y test cutáneo, exámenes pendientes (Sin disponibilidad en atención ambulatoria).
Evaluada por equipo de Dermatología se solicita biopsia cutánea: Piel con ortoqueratosis, leve acantosis con perdida focal de la red de crestas y exocitosis focal de linfocitos. Dermis con moderado edema de la papila, deposito de fibrina subepitelial e infiltrado perivascular de linfocitos, mastocitos y neutrófilos. Diagnostico referido en biopsia: Dermatitis urticariforme.
Al no ser concluyente biopsia, se diagnostica como eritema multiforme por cuadro clínico sugerido y se deja con tratamiento corticoesteroidal tópico. Paciente posterior a 4 semanas presenta resolución de cuadro descrito.
DISCUSIÓN: El diagnostico de el eritema polimorfo menor es un diagnostico difícil debido a la inmensa cantidad de lesiones similares, además de no contar siempre con un factor causal, pudiendo ser desconcertante sobre todo para el medico general. Es importante conocer los detalles clínicos, aspectos epidemiológicos y tratamiento de esta patología.

ESTUDIO DESCRIPTIVO DE APLICACIÓN DE ENCUESTA ABREVIADA SUSESO-ITSAS 21 EN FUNCIONARIOS DE CESFAM RURAL SAN PEDRO.

Diego Godoy Fernández (1), Abelino Jara Navarrete (2), Julio Echavarría Merino (3)
(1) Médico EDF CESFAM San Pedro, (2) Médico EDF, CESFAM Hernan Urzua Merino, (3) Médico EDF, CESFAM Monckeberg

INTRODUCCIÓN y OBJETIVOS: La encuesta SUSESO ITSAS 21 es un instrumento validado y estandarizado en Chile para medición de riesgo psicosocial laboral. El OBJETIVO del estudio describir el riesgo psicosocial en el ambiente laboral del personal sanitario del CESFAM San Pedro, aplicando la encuesta SUSESO-ITSAS 21 abreviado. **MATERIAL Y METODO**: Se realiza encuesta SUSESO-ITSAS 21 a muestra de 49 funcionarios, correspondientes a un muestreo aleatorio simple de 70 % de los funcionarios activos del CESFAM, muestra considerada aceptable según indicaciones establecidas en encuesta. Se excluye de este estudio a personal no presente, considerados a quienes tuvieran licencia médica, días administrativos o feriados legales. Encuestas se realizaron a través de 20 preguntas que miden 5 áreas de riesgo psicosocial: exigencias psicológicas; trabajo activo y desarrollo de habilidades; apoyo social y calidad de liderazgo; compensaciones y, doble presencia. En cuanto al análisis se realiza categorizando en riesgo bajo, medio y alto, según puntaje obtenido y puntos de corte establecidos en la encuesta. El análisis descriptivo es expresado en media de puntaje y porcentajes según riesgo en las distintas áreas. Se expresa como riesgo crítico del área a un porcentaje mayor al 50% de riesgo alto. **RESULTADOS y CONCLUSIONES**. Exigencias psicológicas: La media de puntaje fue 12,31+/- 3,48 (riesgo bajo 0-8, riesgo medio 9-11, riesgo alto 12-20), se categorizo a 5 funcionarios como riesgo bajo (10,2%), 12 riesgo medio (24,5%) y 32 riesgo alto (65,3%). Trabajo activo y desarrollo de habilidades: La media de puntaje fue 7,59+/- 3,354 (riesgo bajo 0-5, riesgo medio 6-8, riesgo alto 9-20), se categorizo a 13 funcionarios como riesgo bajo (26,5%), 19 riesgo medio (38,8%) y 17 riesgo alto (34,7%). Apoyo social y calidad de liderazgo: La media de puntaje fue 7,51+/- 3,49 (riesgo bajo 0-3, riesgo medio 4-6, riesgo alto 7-20), se categorizo a 6 funcionarios como riesgo bajo (12,2%), 12 riesgo medio (24,5%) y 31 riesgo alto (63,3%). Compensaciones: La media de puntaje fue 5,53+/- 2,85 (riesgo bajo 0-2, riesgo medio 3-5, riesgo alto 6-12), se categorizo a 9 funcionarios como riesgo bajo (18,4%), 17 riesgo medio (34,7%) y 23 riesgo alto (46,9%). Doble presencia: La media de puntaje fue 4,14+/- 2,05 (riesgo bajo 0-1, riesgo medio 2-3, riesgo alto 4-8), se categorizo a 4 funcionarios como riesgo bajo (8,2%), 19 riesgo medio (38,8%) y 26 riesgo alto (53,1%). Se consideraron áreas críticas “exigencias psicológicas”, “apoyo social y calidad de liderazgo” y “doble presencia. **DISCUSIÓN O COMENTARIOS**. Existe un riesgo psicosocial alto o critico en las áreas mencionadas, lo que podría sobrellevar en deterioro de la salud mental de la población estudiada. Es por esto, que se necesitan medidas que mejoren los niveles de riesgo psicosocial laboral en CESFAM estudiado.

ENFRENTAMIENTO DE MIASTENIA GRAVIS EN ATENCIÓN PRIMARIA, A PROPÓSITO DE UN CASO.

María Godoy Bravo (1), Vivian Yévenes López (1), Álvaro Rivera Tapia (2)
(1) Médica EDF, Centro de Salud Familiar Dr. Alejandro del Río, Santiago.
(2) Médico EDF, Centro de Salud Familiar Bellavista, Santiago

INTRODUCCIÓN y OBJETIVOs: La Miastenia Gravis es una enfermedad neuromuscular autoinmune crónica. Sin embargo, hasta un 20% de los casos se diagnostican en su inicio como patologías psiquiátricas, debido a los síntomas de cansancio, anorexia por dificultad en la masticación y deglución, sumado a la alteración de ánimo concomitante. El presente caso pretende recalcar la importancia de la sospecha diagnóstica de síndromes neurológicos por médico general. **CASO CLÍNICO:** Hombre de 29 años sin antecedentes mórbidos presenta cuadro de instalación progresiva e intermitente, de dos años de evolución caracterizado por diplopía, disfagia ilógica, disartria y debilidad de la musculatura facial con fatigabilidad al hablar. Por lo anterior consultó en múltiples ocasiones en extrasistema sin certeza diagnóstica. Acude a servicio de urgencias en diciembre de 2019 por cuadro de afasia de pocas horas de evolución. Evaluado por equipo de Neurología, TC de cerebro sin hallazgos patológicos, y TC de tórax: *Timo en mediastino anterior de tamaño conservado para su edad. En Timo se estima mayor involución adiposa.* En control en APS es derivado de forma urgente a Neurología del Hospital Sótero del Río por síndrome miasténico, siendo evaluado en enero de 2020, y confirmándose diagnóstico de Miastenia Gravis, indicando tratamiento con Piridostigmina, Prednisona y test de neostigmina, que resultó positivo. En seguimiento, se realiza timectomía, evidenciándose mejoría clínica en controles posteriores, y disminución de dosis de fármacos. **COMENTARIOS:** A través de esta experiencia podemos recalcar la importancia de la sospecha diagnóstica desde APS, mediante una adecuada anamnesis y examen físico, y derivación oportuna a atención secundaria, que como en este caso, puede tener respuesta favorable a tratamiento. Lo cual presenta un impacto importante en la calidad de vida de estos pacientes, su funcionalidad, desempeño laboral, estado anímico, entre otros.

PREVALENCIA DE SINTOMATOLOGÍA ANSIOSA EN PADRES DE NIÑOS CON SÍNDROME DE DOWN.
María Godoy Bravo (1), Cassandra Peralta Guinet (2), Vivian Yévenes López (1)
(1) Médica EDF Centro de Salud Familiar Dr. Alejandro del Río, Santiago
(2) Médica EDF Centro de Salud Familiar Dra. Ana María Juricic, Santiago

INTRODUCCIÓN y OBJETIVOs: En Chile la mayoría de los diagnósticos de Síndrome de Down (SD) ocurren al nacer (84%-90%). Esta noticia es inesperada, los padres viven diferentes etapas de reacción y adaptación. Los trastornos psiquiátricos representan parte importante de las patologías que afectan a los chilenos, los trastornos de ansiedad (TA) corresponden a los de mayor prevalencia (16,2%). **El OBJETIVO** de este trabajo es determinar la prevalencia de sintomatología ansiosa en padres de niños SD. **MATERIAL Y METODO:** El estudio se realizó con un enfoque cuantitativo, mediante un estudio de corte transversal descriptivo. Se contactaron padres de niños SD entre 2-5 años, a través de la fundación Rayün Down, a quienes se aplicó una encuesta que incluía la escala STAI de estado (STAI-S) y de rasgo (STAI-T), que evalúa el nivel actual de ansiedad y predisposición a responder al estrés; e información socio-demográfica. Para la interpretación de los RESULTADOS se consideró el percentil 50 de adultos (19-60 años) en Chile, como punto de corte para clasificar a los individuos con sintomatología ansiosa (STAI-S 18 puntos y STAI-T 22 puntos). **RESULTADOS Y CONCLUSIONES:** Se analizaron 15 encuestas. La prevalencia de sintomatología ansiosa en la escala de estado fue de un 93,3% y en la de rasgo fue de un 73,3%. En ninguna de las dos hubo pacientes que cumplieran con el puntaje con el cual se sugiere evaluar al paciente por un posible TA. **DISCUSIÓN:** Las prevalencias obtenidas de acuerdo a las medianas de la población adulta chilena sugieren que existe una relación entre tener un hijo SD y riesgo de presentar sintomatología ansiosa, sin embargo, para obtener CONCLUSIONES extrapolables a nivel poblacional se debe realizar un estudio con un "n" suficiente.

SÍNDROME DE GUILLAIN BARRE RECURRENTE: A PROPÓSITO DE UN CASO.
Mayra Godoy Sánchez
Medico EDF de Lumaco
INTRODUCCIÓN: El síndrome de Guillain Barre (SGB) o polirradiculoneuritis aguda es una enfermedad autoinmune caracterizada por una parálisis flácida ascendente, desencadenada por infección, cirugía o vacunación. Tiene una incidencia de 1,7/100.000, con una mortalidad < 2%. Generalmente monofásica, pero las recurrencias, descritas como dos o más episodios separados por 2 a 4 meses, dependiendo del grado de recuperación del paciente, llega a un 2-5%. **OBJETIVOS**: Debido a la baja incidencia de recurrencias y de las distintas manifestaciones que puede tener esta, se presenta este caso para conocimiento y sospecha en pacientes con antecedente de cuadro previo de SGB. **CASO CLÍNICO**: Paciente de 18 años sin antecedentes médicos de importancia consulta en APS por cuadro de 3 semanas de evolución parestesias en extremidades inferiores ascendente, al examen físico destaca hipoestesia simétrica de las piernas. Derivada a Neurología donde se realiza una EMC y se realiza el diagnóstico retrospectivo de SGB variante sensitiva. Dos años después consulta en APS por cuadro de 1 día de evolución de paraparesias y parestesias en extremidades inferiores ascendente, sin cuadros respiratorios o gastrointestinales. Al examen físico destaca reflejo patelar abolido, resto sin alteraciones. Evaluada de manera particular por neurólogo quien establece diagnostico de recurrencia de SBG, iniciando con inmunoglobulinas. **DISCUSIÓN**: Neuropatía aguda inflamatoria rápidamente progresiva de origen autoinmune con distintas variantes. Causa más común de parálisis neuromuscular aguda. En 2/3 de los casos se encuentra asociada a infecciones del tracto respiratorio o gastrointestinales previas causadas por Campilobacter Jejuni. Clínicamente se manifiesta como parálisis flácida ascedentes rápidamente progresiva Algunas variantes presentan disfunción autonómica importante, potencialmente fatal. Una variante inusual (la variante de Fisher o síndrome de Miller-Fisher) puede causar solo oftalmoparesia, ataxia y arreflexia. Esta última es la que más se relaciona con las recurrencias, que generalmente presentan manifestaciones clínicas más leves y ocurren en pacientes jóvenes (lo que no ocurre en este caso). El diagnóstico es fundamentalmente clínico con confirmación por electromiografía y estudio de líquido cefalorrariquideo donde se puede detectar disociación albuminocitológica, pero que solo se ve en el 10% de los pacientes. El tratamiento incluye inmunoglobulina EV, plasmaferesis y en casos graves, ventilación mecánica. **CONCLUSIÓN**: Dado lo planteado es importante recordar la recurrencia del cuadro en pacientes con antecedentes de SGB recuperado para su oportuno tratamiento. Así mismo es importante realizar un manejo multidisciplinario para evitar secuelas en esta enfermedad.

VÉRTIGO COMO MANIFESTACIÓN DE ENFERMEDAD CEREBRAL ISQUÉMICA EN PACIENTE JOVEN SIN ANTECEDENTES: REPORTE DE UN CASO.
Valeria Godoy Rodriguez, Nicolas Gallardo Rebolledo, Romina González Villanueva
Medicos EDF Hospital Kallvu Llanka

INTRODUCCIÓN: El vértigo se define como la ilusión de movimiento cuando no lo hay y como motivo de consulta representa un desafío para el personal de salud por la variedad de posibilidades diagnosticas que representa Para reforzar la importancia del uso correcto de las herramientas clínicas con las que contamos presentamos un CASO CLÍNICO de una paciente joven, sin antecedentes previos. **CASO CLÍNICO:** Mujer 20 años sana, que consulta en urgencias por cuadros de sensación vertiginosa objetiva de un día de evolución. Niega tinnitus, hipoacusia. Antecedente de 6 meses de evolución de malestar general de poliartralgias y alopecia objetiva. Tiene exámenes en los que destaca complemento bajo, FR+ Ac Anti+ CCP+ Anti DNA+, Anti ENA+. En examen físico destaca alteración en protocolo HINT (nistagmus a izquierda oblicuo y vertical, head impulse ausente y test de cobertura normal) con maniobra Dix Hallpie negativa. Se solicito RMN de fosa posterior, la cual concluye lesión secuelar posterior capsular derecha, y pequeño quiste aracnoidal incidental. Evaluada por equipo de reumatología quienes inician tratamiento con inmunomoduladores en contexto de LES activo. En CONCLUSIÓN, se trata de paciente joven con enfermedad autoinmune con manifestación de vértigo como manifestación de alteración isquémica central. **DISCUSIÓN:** EL vértigo es un motivo de consulta frecuente en las urgencias. Actualmente existen herramientas clínicas que pueden determinar si orienta a patología periférica o central que es imprescindible conocer y saber utilizar para poder orientas diagnóstico. En nuestro CASO CLÍNICO la alteración de "head impulse" del protocolo HINT alterado fue clave para poder solicitar estudio y llegar a diagnostico etiológico. Importante tener presente que no todo vértigo es posicional y que hay que tener alta sospecha diagnostica para poder descartar lo grave

NODULO DE ORF: IMPORTANCIA DE LA HISTORIA CLÍNICA EN LAS LESIONES CUTÁNEAS, A PROPOSITO DE UN CASO

Carolina Goic Vilaso, David Cordova Viera, Ludwig Rubina Jorquera
Medicos EDF Hospital Lord Cochrane

INTRODUCCIÓN: El nódulo de Orf es una zoonosis causada por un virus ADN del genero *poxvirus* que originariamente infecta a ovejas, cabras y vacas. La transmisión se produce generalmente en gente en contacto con los animales infectados. El período de incubación es de 3 a 30 días. Se presenta con mayor frecuencia en los dedos de las manos, aunque se han descrito casos de nódulos en cara y cuello. Generalmente es asintomático o poco doloroso, excepto en caso de sobreinfección bacteriana. La evolución es autolimitada desde 6 a 8 semanas. El diagnóstico de certeza se efectúa con la biopsia cutánea. En esta oportunidad comentaremos un caso de presentación habitual, en el contexto de la atención primaria de nuestro país. **OBJETIVOs:** Hacer visible una enfermedad poco frecuente y destacar la importancia de la anamnesis en el diagnóstico de las lesiones cutáneas. **DESARROLLO:** Se trata de una paciente de sexo femenino de 48 años con antecedentes de hipertensión arterial, dislipidemia y obesidad. Consulta por lesiones cutáneas en dorso del tercer y quinto dedo de la mano izquierda de una semana de evolución, no pruriginosas. Los días antes a la aparición de las lesiones, había estado recogiendo frutos (grosellas) y ayudando en el trabajo con ovejas, sin guantes. Inició como pápulas rosadas que crecieron hasta formar nódulos. No refiere traumatismos locales o picaduras de insectos, niega síntomas sistémicos. Al examen físico se observan lesiones nodulares en sitios antes descritos, con centro costroso oscuro, halo blanquecino y perímetro levemente enrojecido, de 1 cm aproximadamente cada una, sin exudado, con dolor a la palpación de la lesión en el dedo medio. Sin adenopatías axilares. Se conversa caso con dermatólogo de hospital de referencia quien plantea diagnostico nódulo de Orf y sugiere tratamiento antibiótico por sospecha de sobreinfección y dificultad en el seguimiento por alta ruralidad de la paciente. Se rescata paciente un mes después, quien refiere que no acudió a control ya que las lesiones desaparecieron totalmente. **CONCLUSIONES Y/O COMENTARIOS**: Este reporte describe el primer caso de nódulo de Orf en nuestro hospital y con el es posible hacer visible una enfermedad poco frecuente pero importante en nuestra realidad local, donde gran cantidad de la población trabaja con animales. Además, es una enfermedad que nos permite destacar la importancia de la anamnesis en el diagnóstico de las lesiones cutáneas y el conocimiento de estas para evitar medidas terapéuticas desproporcionales.

TUBERCULOSIS, UNA ENFERMEDAD AÚN PRESENTE EN CHILE

Evelyn Gómez Barraza (1), Vanessa Rehbein Duarte (2)
(1) Médico EDF Cesfam Los Volcanes, (2) Interna Medicina Universidad Austral

INTRODUCCIÓN: La tuberculosis pulmonar (TBC) está dentro de las enfermedades infectocontagiosas que mayor morbilidad y mortalidad causan en el mundo. Chile se encuentra en la fase epidemiológica de umbral de eliminación, sin embargo, sigue siendo un importante problema de salud pública. Los principales factores de riesgo para la infección y enfermedad por TBC son pobreza, desnutrición e inmunosupresión. **CASO CLÍNICO:** Paciente de sexo femenino de 29 años de edad, sin antecedentes mórbidos conocidos, consulta al servicio de urgencias el julio del 2020 por el inicio de hemoptisis asociado a tos. Niega antecedente tabáquico, baja de peso, sudoración nocturna. Dentro de sus antecentes epidemiólogicos no refería contactos estrechos COVID (+), familiares con síntomas similares en su casa, viajes nacionales o internaciones. Al examen físico se encontraba eupneica, saturando 98%, sin uso de musculatura accesoria, cardíaco normal y murmullo pulmonar con sibilancias difusas. Se solicita PCR Covid-19 que resulta negativa, hemograma que muestra leucocitosis de predominio de neutrófilos y radiografía de tórax que evidencia 2 cavitaciones en el lóbulo superior derecho, sugerentes de TBC pulmonar. Se solicitan baciloscopias en el servicio de urgencia que salen positivas. Se deriva a atención primaria para manejo. Se solicita hemograma, perfil bioquímico, creatinina, nitrógeno ureico, test de ELISA para VIH, RPR, HBsAg, glicemia y HbA1c. Se pesquiza Diabetes Mellitus 2 descompensada con Hb glicosialda de 12. El test de ELISA se repitió posteriormente por el posible período de ventana, pero resultó negativo igualmente. Se encuentra pendiente actualmente espirometría y presenta radiografía de tórax con secuelas a nivel pulmonar. **DISCUSIÓN:** Es poco común que la TBC se presente en pacientes jóvenes sin factores de riesgo, por lo que siempre que se presente un escenario clínico como este, se debe investigar si existe alguna situación de inmunodepresión, tales como VIH, DM2 u otras inmunodeficiencias.

TUBERCULOMA CERVICAL COMO CAUSA DE RAQUIESTENOSIS, REPORTE DE UN CASO

Yanggang Gong, Rodrigo Araya Rubio, Martín Ferreccio Palacios
Médicos EDF Hospital Licantén

INTRODUCCIÓN: La tuberculosis (TBC) presenta manifestaciones pulmonares y extrapulmonares, siendo infrecuente el compromiso al sistema nervioso central (SNC) por diseminación hematógena. Dentro de estas, lo más usual corresponde a la meningitis (5-10%) y el tuberculoma corresponde a una presentación muy infrecuente. El tuberculoma es un proceso inflamatorio granulomatoso que puede simular un tumor maligno, dependiendo de su ubicación y la zona comprometida. Su tratamiento consiste en la resección quirúrgica, junto al esquema antituberculoso de dosis fija combinada (DFC). **PRESENTACIÓN DE CASOS**: Paciente masculino de 37 años de edad, sin antecedentes mórbidos conocidos, refiere cuadro de 2 meses de evolución de paresia de extremidades inferiores progresiva hasta imposibilitar marcha asociado a parestesias, con nivel sensitivo alto cérvico-dorsal. Se realiza resonancia magnética de columna cervical donde se aprecia lesión bien delimitada intracraneal y extramedular en C7-T1. Se realiza resección tumoral de la masa, confirmándose en la biopsia lesión granulomatosa compatible con tuberculoma. Posterior a intervención quirúrgica paciente evoluciona con cuadriparesia y en imagen de control se aprecia hematoma epidural en lecho quirúrgico por lo cual es reintervenido. A continuación, se inicia tratamiento con DFC diaria asociado a kinesioterapia, evolucionando favorablemente con recuperación motora parcial, en extremidades superiores M5 e inferiores M3, asociado a dolor neuropático. **DISCUSIÓN**: El tuberculoma corresponde a una entidad de difícil diagnostico por la baja incidencia y prevalencia de este, asociado además en este caso a su presentación inusual. La sospecha debe ser mayor en pacientes con factores de riesgo de tuberculosis con diseminación hematógena o con antecedente previo de esta, sin embargo, la confirmación diagnostica se realiza con la biopsia. Destaca en el caso la presentación poco habitual de la patología y la efectividad del tratamiento antituberculoso y quirúrgico en la recuperación motora de este paciente.

ENCEFALOPATÍA HEPÁTICA COMO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE COMPROMISO DE CONCIENCIA EN URGENCIAS: REVISIÓN DE CASO CLÍNICO

Andrea González Barrientos, Camila Sandia Zúñiga, Hernán Miranda Cremaschi,
Médicos EDF Hospital Mario Sánchez Vergara, La Calera

INTRODUCCIÓN: Hasta un 10-15% de las consultas en unidades de emergencia (UE) son de carácter neurológico. Se estima que el 1% de los ingresos al servicio de urgencia corresponden a alteraciones del estado de conciencia. La encefalopatía hepática (EH) es un síndrome constituido por síntomas y signos neurológicos en pacientes con hepatopatías agudas (insuficiencia hepática aguda grave) y, con más frecuencia, crónicas (cirrosis hepática). **OBJETIVOS**: Presentar CASO CLÍNICO de un paciente con compromiso de conciencia cualitativo. **MATERIAL Y METODO**: Revisión de ficha médica. **CASO CLÍNICO**: Paciente femenina de 64 años, con antecedente de HTA, constipación y obesidad, derivada a UE por compromiso de conciencia cualitativo reciente y relajación de esfínter anal. Ingresa hemodinámicamente estable, HGT 115 mg/dl, soporosa con lenguaje incoherente. Sin focalidad neurológica evidente. TC de cerebro sin lesiones agudas. Al laboratorio destacan parámetros inflamatorios normales, plaquetas 85.000, pruebas de coagulación %TP 56, INR 1.4. Dados marcadores sugerentes de daño hepático crónico (DHC) se sospecha encefalopatía hepática y se indica prueba terapéutica con proctoclisis con posterior recuperación de conciencia ad integrum. Se hospitaliza para observación y estudio de debut de daño hepático crónico. Ecografía abdominal: esteatosis hepática difusa y signos de daño hepático crónico. EDA: esofagitis por reflujo, várices esofágicas Dagradi I y úlcera gástrica Forrest III. Serología virus hepatitis B y C negativos. Marcadores de patología autoinmune negativos. **DISCUSIÓN O COMENTARIOS**: La evaluación y manejo inicial de pacientes con alteraciones del estado de conciencia constituye un real desafío clínico en la UE. Pueden deberse a factores variados, que incluyen tanto injurias primarias del sistema nervioso central como fenómenos sistémicos que afectan secundariamente al encéfalo. Es necesario un enfoque sistemático y dirigido a fin de brindar oportuno tratamiento.

PITIRIASIS RUBRA PILARIS: A PROPÓSITO DE UN CASO

Diego Alejandro González Culí (1), Roberto Gonzalo Klinger Guerra (2), Gonzalo Andrés Vera Santis (3)
(1) Médico EDF CGR Huara, (2) Médico EDF CGR Camiña, (3) Médico EDF CGR Colchane

INTRODUCCIÓN: La Pitiriasis Rubra Pilaris (PRP) es una dermatosis papuloescamosa inflamatoria poco frecuente, caracterizada por hiperqueratosis folicular, queratodermia palmoplantar y placas eritematoescamosas con islotes de piel sana. Se estima que se presenta en 1 de 5000 consultas dermatológicas en Gran Bretaña, con similar prevalencia según sexo, predominantemente en la primera, segunda y sexta década de vida. Se han distinguido 6 tipos de PRP, siendo la más común la tipo I con remisión espontánea a 3 años, la tipo II que tiende a cronificar, tipo III, IV y V en población pediátrica y tipo VI relacionada al VIH. A continuación, presentamos un CASO CLÍNICO sospechado en la atención primaria y confirmado por especialista. **MATERIAL Y METODO**: Descripción de un CASO CLÍNICO y revisión de la literatura. **CASO CLÍNICO:** Masculino de 68 años, con antecedente de Hipertensión Arterial (HTA) y Diabetes Mellitus II (DM2) usuario de aspirina, losartán e insulina NPH consulta por 2 años de lesiones intermitentes en cabeza, tórax anterior y extremidades inferiores tipo placas eritematosas, posteriormente descamativas que respetaban espacios de piel sana. Al examen físico se observan lesiones hiperqueratosicas que confluyen formando placas eritemato – escamosas rojizas con escamas blanquecinas en su superficie, con islotes de piel sana a nivel de rostro, tórax anterior y extremidades inferiores. No presentó lesiones a nivel palmo plantar. Derivado a atención por especialista se confirma diagnóstico mediante biopsia, la cual mostró paraqueratosis junto a ortoqueratosis intermitente a nivel de estrato córneo, similar a un tablero de ajedrez. Además, se realizan exámenes complementarios como hemogrma, función renal, hepática, VDRL, VIH y perfil reumatológico sin alteración en ninguno de los exámenes. Dirigidamente se descartó presencia de hepatocarcinoma y de cáncer colorectal dada asociación descrita. Manejado con retinoides sistémicos, mostró buena evolución con un año de seguimiento dermatológico. **CONCLUSIÓN**: La PRP es una patología poco prevalente, con asociaciones descritas a VIH en ciertos tipos, sin embargo, con etiología desconocida en la actualidad. Resulta importante sospecharla, sobre todo en la atención primaria dadas las potenciales asociaciones con Hepatocarcinoma, Cáncer colorrectal y ciertos tipos de leucemia. El diagnóstico confirmatorio es mediante biopsia con un patrón característico (en tablero de ajedrez). El manejo puede ir desde lo tópico a lo sistémico, con buenos RESULTADOS, aunque aún no se establece un manejo ideal. Constituye un desafío para la atención primaria por cuanto la sospecha se puede confundir con ciertas dermatitis o psoriasis y, así mismo, por la potencial asociación a patologías de intervención precoz como serían los tipos de cáncer enumerados.

CARACTERIZACION DE ASISTENCIA A PRESTACIONES DEL PROGRAMA DE SALUD MENTAL EN EL CESFAM ALCALDE LEOCAN PORTUS DE TALCAHUANO, PERIODO ENERO - DICIEMBRE DE 2019.

Diego González Rojas (1), Francisco Núñez Delgado (2)
(1) Médico APS, CESFAM Leocan Portus Govinden, (2) Médico EDF, CESFAM Leocan Portus Govinden

INTRODUCCIÓN: Fundado en 2006 y con una población actual de 23000 inscritos, el CESFAM Alcalde Leocan Portus (CALP) entrega múltiples prestaciones en salud, una de estas son las del programa de salud mental (PROSAM). **OBJETIVO**: Caracterizar a la población atendida en el CALP entre enero a diciembre 2019. **METODOLOGÍA:** Estudio de tipo descriptivo retrospectivo. Se estudiaron los registros de asistencia a prestaciones del PROSAM de enero a diciembre de 2019. Se incluyeron variables de sexo, edad, ingresos o controles y tipo profesional (medico, psicólogo o asistente social). **RESULTADOS**: Hubo un total de 4857 de prestaciones de las cuales 10,19% (n=495) fueron ingresos al programa, de estos un 68,28% (n=338) correspondieron a mujeres con una media de edad de 40,6 años mujeres y 33,7 años hombres, el grupo etario mayoritario de ingreso fue entre 50-64 con un 18,43% (n=94). De los controles correspondieron a mujeres en un 70,82% (n=3089), la media de edad fue de 43,4 años mujeres y 27,7 años hombres. Los controles a los que más asistieron fueron la consulta de psicólogo con 65,47%(n=2856) seguida a la de médico en un 24,94% (n=1088). **CONCLUSION**: Existe predominio del sexo femenino tanto en ingresos como en controles de salud mental y se realiza mayor cantidad de controles por psicólogos. **COMENTARIOS**: Es destacable el predominio de evaluaciones psicológicas en los controles, probablemente sea un reflejo de la importancia de la psicoterapia en el manejo de patologías de salud mental.

ASISTENCIA A PRESTACIONES DEL PROGRAMA DE SALUD MENTAL ANTES Y DURANTE PANDEMIA COVID-19 EN CESFAM ALCALDE LEOCAN PORTUS. COMPARACION PERIODOS MARZO - AGOSTO 2019 Y 2020.

Diego González Rojas (1), Francisco Núñez Delgado (2)
(1) Médico APS, CESFAM Leocan Portus Govinden, (2) Médico EDF, CESFAM Leocan Portus Govinden.

INTRODUCCIÓN: Con la llegada del primer caso de COVID-19 a Chile se ha requerido la implementación de un plan de contingencia a nivel nacional y comunal a fin de evitar nuevos brotes, implicando con esto la suspensión de las prestaciones habituales de salud mental. **OBJETIVO**: Caracterizar y comparar las prestaciones del programa de salud mental en el periodo marzo - agosto de 2019 y 2020. **METODOLOGÍA**: Estudio descriptivo retrospectivo. Se estudiaron y compararon los registros estadísticos de prestaciones de salud mental entre los periodos de marzo a agosto de 2019 y los del mismo periodo del 2020. Se incluyeron variables de sexo, edad, antigüedad (ingresos o controles) y tipo de profesional (médico, psicólogo o asistente social). **RESULTADOS**: En comparación al 2019, entre marzo y agosto de 2020 hubo una disminución en un 32.3% en ingresos (2019, n=315 vs 2020, n=213) y en un 80,5 % en controles (2019, n=2422 vs 2020, n=472). En el 2019 y 2020, un 69,6% (n=1907) y 72,1 % (n=494) correspondieron a mujeres respectivamente. En el 2019 y 2020 el grupo etario fue el mayor entre 50-64 años (24,8%, n=603 y 33,4%, n=158 respectivamente). La mayor cantidad de prestaciones fue brindada por psicólogos en un 64.4% (n=1562) el 2019 y en un 44,7% (n=211) el 2020. **CONCLUSIÓN**: La pandemia ha significado una disminución significativa en el número de prestaciones de salud mental. **COMENTARIOS:** La pérdida tanto de ingresos como de controles debe ser materia de estudio y seguimiento a fin de evaluar las repercusiones en nuestra población tanto en el mediano como largo plazo.

SÍNDROME DE LA BOLSA DE ORINA PÚRPURA, ENTIDAD POCO FRECUENTE PERO MUY LLAMATIVA. A PROPÓSITO DE UN CASO."

Fernanda González González (1), Matías Vélez Collado (2), Nickivan Sepúlveda Peñaloza (2)
(1) Médico EDF, CESFAM Sotaquí, (2) Médico EDF, Hospital de Salamanca.

INTRODUCCIÓN: El síndrome de la bolsa de orina púrpura es una condición infrecuente caracterizada por un color purpúrico intenso de la orina al realizar sondaje vesical, generalmente en mujeres de edad avanzada, con varias comorbilidades, usuarias de sonda vesical y en el seno de una infección del tracto urinario (ITU). **OBJETIVO**: La finalidad de presentar este caso es dar a conocer un fenómeno inusual y llamativo que es capaz de generar preocupación tanto en el paciente, cuidador y equipo de salud. **MATERIAL Y METODO:** Mujer de 84 años, de procedencia rural con antecedentes de enfermedad renal crónica, Parkinson y dependencia severa, quien acude a Servicio de Urgencia de Hospital de Salamanca por sonda Foley disfuncional asociado a decaimiento y orina de mal olor. Al examen físico destaca mucosas deshidratadas y globo vesical. Se realiza cambio de sonda Foley evidenciando salida de orina de color púrpura intenso. Dentro de los exámenes destaca orina completa de aspecto semi-turbio pH 7.0, nitritos negativos, leucocitos – hematíes incontables y bacterias abundantes. Leucocitos 8510 x mm^3 (58% segmentados), creatinina 0.42 mg/dl, electrolitos normales y Proteína C Reactiva 60.4 mg/L. Urocultivo con DESARROLLO de *Escherichia coli* 100.000 col/m sensible a Imipenem, Piperacil-Tazobactam y Levofloxacino. Es hospitalizada y se inicia tratamiento antibiótico endovenoso con Imipenem, evolucionando favorablemente con orina claras a las 48 horas, se realiza retiro de sonda Foley presentando diuresis espontánea por lo que se indica alta médica con antibióticos orales. **RESULTADOS Y CONCLUSIONES**: La patogenia de esta entidad es desconocida, pero se postula que el color se produce cuando el sulfato de indoxil (derivado del metabolismo del triptófano de la dieta) de la orina normal es metabolizado por bacterias patógenas productoras de sulfatasa y fosfatasa que asociado a un ambiente alcalino y poco oxigenado, produce pigmentos de indirrubina e índigo, los que al interactuar con los materiales sintéticos del catéter y la bolsa recolectora precipitan en la orina y dan el color característico. Las bacterias que con mayor frecuencia se han descrito con *Providencia spp., Escherichia coli, Proteus spp., Pseudomona spp., Klebsiella pneumoniae* y *enterococos***.** Sin embargo, para realizar el correcto diagnóstico diferencial hay que tener en cuenta diversas condiciones que producen cambios en la coloración de la orina. **DISCUSIÓN:** El síndrome de la bolsa orina púrpura se considera una condición benigna que no cambia el pronóstico del paciente, ya que la orina se torna normal al instaurar tratamiento antibiótico adecuado que resuelve la ITU coexistente. No obstante, debemos mencionar que el sondaje vesical debe ocuparse en situaciones puntuales, ya que al tratarse de un procedimiento invasivo no está exento de complicaciones, y por ende requiere de adecuado seguimiento y control.

DISECCIÓN AÓRTICA COMO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE DOLOR ABDOMINAL

Francisco González Gómez (1), Joel Guendelman Frenk (1), Constanza Navarro Vargas (2), Melita Letelier Melillán (1)
(1) Médicos EDF, Hospital de Pitrufquén, (2) Médico EDF, Posta salud rural Lastarria/Hospital de Pitrufquén.

INTRODUCCIÓN: El dolor abdominal corresponde a uno de los motivos de consulta más frecuentes en los servicios de urgencia, hasta el 10% del total, siendo el principal diagnóstico de egreso el dolor abdominal inespecífico (hasta en un 35% de los casos). En el enfrentamiento es importante determinar si estamos ante un abdomen agudo, siendo la disección aortica una etiología poco frecuente, pero que presenta una alta mortalidad que hace imprescindible mantener un alto índice de sospecha para realizar una intervención oportuna. Generalmente, son pacientes masculinos cercanos a los 60 años quienes consultan por un intenso dolor transfixiante de inicio súbito cuya ubicación depende de la región de la aorta que se este disecando, pudiendo ser torácico, abdominal o lumbar; así mismo puede presentarse con asimetría de pulsos, síntomas de hipoperfusión renal o mesentérica o shock. **OBJETIVO:** Revisar un caso de abdomen agudo por disección aortica con una historia típica de la enfermedad, en un paciente fuera de los grupos de riesgo clásicos. **MATERIAL Y METODO**: Se realiza análisis de CASO CLÍNICO. **PRESENTACION DEL CASO**: Paciente masculino de 41 años, sin antecedentes, consulta en hospital de mediana complejidad por cuadro de 4 horas de dolor epigástrico progresivo, irradiado a dorso. Se constata normotenso, con abdomen levemente sensible sin signos de irritación peritoneal, dolor en región dorsal altura de T10 sin dolor a palpación, pulsos simétricos y presentes en extremidades. Se indica analgesia con requerimiento de opioides sin respuesta, exámenes de sangre sin alteraciones. Se sospecha síndrome aórtico agudo, se toma radiografía de tórax que muestra ensanchamiento del mediastino y tortuosidad en aorta descendente. Se toma AngioTC que evidencia disección aórtica Standford B con extensión a arteria renal derecha e ilíacas comunes. Se decide manejo médico, con control estricto de presión arterial invasiva en UTI. **DISCUSIÓN**: En este caso estamos frente a un paciente sin factores de riesgo cardiovasculares y fuera de la edad típica de presentación; sin embargo, pese a no presentar alteraciones al examen físico ni en exámenes de sangre, los síntomas referidos en la anamnesis y la persistencia del dolor debe obligarnos a descartar un síndrome aórtico agudo. La disección aórtica constituye una emergencia médica, es tiempo dependiente y con alta mortalidad por tanto es vital mantener una alta sospecha siempre que se nos presente un paciente con signos de alarma, sobre todo cuando no tenemos otra causa identificada. En este caso la radiografía constituyó un apoyo diagnóstico importante por tanto siempre debemos considerarla dentro del estudio de todo paciente con dolor característico por anamnesis. Aún así, una radiografía normal no descarta el cuadro, por lo que ante sospecha debe tomarse un AngioTC para el diagnóstico y clasificación, que definirá la conducta de tratamiento a seguir.

EVIDENCIAS REPRODUCTIVAS SUSTENTAN UN IMPORTANTE CAMBIO DEMOGRAFICO PARA EL PAIS

Karin González Vargas (1), Macarena Macias Contreras (2), Rodrigo Moreno Salinas (3)
(1) Matrona Hospital de Peumo, (2) Interna de Obstetricia y Puericultura, Universidad de Tarapacá
(3) Médico Hospital Regional Rancagua

INTRODUCCIÓN y OBJETIVOS. Los últimos años ha habido una importante llegada de extranjeros al territorio chileno. El INE (2018) señala que el 14% de los nacimientos son de madre extranjera, o sea 1 de cada 7 recién nacidos (RN). Este trabajo estudia la composición de los nacimientos en la Comuna de Peumo, Región de O'Higgins, para aportar a la interpretación de este nuevo fenómeno poblacional. **MATERIAL Y METODO**. Se describen los RESULTADOS de embarazadas, en cuanto a su porcentaje por nacionalidad (chilena CH, Mapuche MA, Haitiana HA y Otros extranjeros OE) y razón de masculinidad de los RN (RM = hombres/mujeres) del trienio 2018-2020 controlados en el Hospital de Peumo, y de los partos ocurridos los años 1989-1991, 2000-2002, y 2008-2010 en este hospital. Las mapuches (MA) se identifican de las otras chilenas por tener al menos un apellido mapudungun. **RESULTADOS**. Entre 2018-2020 de 284 embarazos, 10 sin dato de sexo, hubo CH 87,23% con RM = 1,03; MA 1,09% con RM = 2; HA 10,95% con RM = 1,70 y OE 0,73% con RM = 0 (2 mujeres). Los trienios anteriores no hubo partos de extranjeras, de 2551 estudiados, hubo CH 97,8% y MA 2,2% con RM 0,86. **DISCUSIÓN O COMENTARIOS**. Peumo es una comuna rural, ubicada en la zona huasa de Chile, en este estudio se identifica un 11,68% de RN es de madre extranjera, principalmente haitianas, de modo que 1 de cada 10 RN de la comuna es afro descendiente, las cuales presentan una mayoría de nacimientos de hombres, con RM = 1,7, casi el doble de las chilenas con RM normal (1,03). Se verifica, además, una reducción relativa y absoluta de los nacimientos de hijos de mapuches de aproximadamente de 2% hace cuarenta años atrás a la mitad, y de 33 a solo 3 nacimientos; pero los más llamativo es la baja RM = 0,86, ambos parámetros demográficos que ayudan a explicar la baja representación de los apellidos mapuches en esta región. Por otro lado, la alta proporción de extranjeros haitianos migrantes, con alta proporción reproductiva y RM, hacen avizorar que, si esto está ocurriendo en otras comunas del país, habrá un cambio de la población chilena aún mayor a mediano y largo plazo con incremento de los apellidos haitianos. Se requiere de estudiar otros parámetros reproductivos, como la tasa de fecundidad, para dimensionar mejor el impacto de estos cambios.

CARACTERIZACIÓN DEL ESTADO NUTRICIONAL Y PRESIÓN ARTERIAL EN POBLACIÓN ADOLESCENTE DE UNA LOCALIDAD DEL SUR DE CHILE: PUERTO CISNES

Luis González Lemus, Nahuel Staub Ramos, Canela Quercia Sota,
Médicos EDF Hospital Dr. Jorge Ibar Bruce, Puerto Cisnes

INTRODUCCIÓN y OBJETIVOs: La población adolescente fue definida como prioritaria para recibir atención de salud por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) en el período 2011-2030, en particular la promoción de salud. La malnutrición por exceso en adolescentes representa un importante problema de salud que condiciona la aparición de diversas patologías a lo largo de la vida adulta del individuo. La prevalencia de malnutrición de exceso en población adolescente en Chile es de 34,3% según la Encuesta Nacional de Salud 2010. Es por esto que se caracterizó la población adolescente de la localidad de Puerto Cisnes para determinar la prevalencia de sobrepeso, obesidad y alteraciones de presión arterial, con el OBJETIVO de evaluar el estado nutricional y correlacionarlo con la presión arterial de población adolescente de Puerto Cisnes, a través de los controles de adolescente realizados entre marzo 2017 y julio 2019. **MATERIAL Y METODO:** Se efectuó la revisión de fichas clínicas de 110 adolescentes pertenecientes a la población bajo control del Hospital Dr. Jorge Ibar de Puerto Cisnes, entre marzo 2017 y julio 2019. Se registraron edad, sexo, peso, IMC y presión arterial. Se realizó un análisis descriptivo de los datos. **RESULTADOS y CONCLUSIONES:** Se obtuvo una muestra de 110 adolescentes. Edad promedio 13,60 años; 60% sexo femenino (66/110) y 40% sexo masculino (44/110). Del total, 61 adolescentes presentan malnutrición de exceso (55,45%), correspondiendo 28 casos (25,45%) a sobrepeso y 33 casos (30%) a obesidad. Por otra parte, de la muestra 67 adolescentes presentan cifras tensionales normales para la edad (60,91%) y 43 (39,09%) presentan alteraciones, correspondiendo en 32 casos (29,09%) a Hipertensión Arterial y 11 casos (10%) a Pre-Hipertensión Arterial. Destaca el subgrupo de adolescentes obesos, donde las alteraciones de Presión Arterial se detectaron en 18 de 33 casos (54,5%). Por tanto, la prevalencia de malnutrición de exceso en la población adolescente caracterizada de Puerto Cisnes es mayor que la prevalencia descrita a nivel nacional en la ENS 2010. La prevalencia de alteraciones de presión arterial es mayor que la nacional. Destaca la mayor prevalencia de alteraciones de presión arterial relacionada con el grupo de adolescentes obesos. **DISCUSIÓN O COMENTARIOS:** Es importante dejar establecido a nivel de la sociedad general la relevancia que tiene el manejo de la malnutrición por exceso y las consecuencias negativas que genera, así como también hacer patente la necesidad de educar a la población y buscar estrategias entre distintos sectores, de forma de poder mejorar sus factores condicionantes, como por ejemplo la disponibilidad de alimentos saludables y la de espacios para realizar deporte.

MÚLTIPLES CUERPOS LÚTEOS HEMORRÁGICOS COMO CAUSA DE DOLOR ABDOMINAL: A PROPÓSITO DE UN CASO"

Pablo González Galarce (1), Francisco Morales Arriaga (1), Sebastián Fourniés Aracena (2)
(1) Médico EDF CESFAM Gabriela Mistral de San Ramón RM, (2) Médico EDF Posta Tegualda de Fresia

INTRODUCCIÓN: El dolor abdominal corresponde a un motivo de consulta muy prevalente en las atenciones ambulatorias y de urgencias. Sus causas son múltiples, pudiendo originarse en distintas estructuras del organismo, por lo que es necesario el trabajo multidisciplinario para establecer un adecuado diagnóstico y manejo. Entre ellas, la patología ginecológica debe considerarse dentro de los diagnósticos diferenciales, donde la ruptura de cuerpos lúteos puede cursar con dolor abdominal intenso, asociado a sangrado y manifestarse como abdomen agudo. Se presenta el caso de una paciente en terapia hormonal por infertilidad que consulta con dolor abdominal al servicio de urgencias. **CASO CLÍNICO:** Paciente de sexo femenino de 25 años, con antecedente de terapia de estimulación ovárica por infertilidad, consulta por dolor abdominal y vómitos. Al examen físico se encontraba taquicárdica e hipotensa, con dolor en hemiabdomen inferior, además de signos de irritación peritoneal. Se realiza test de embarazo que resulta negativo y luego una tomografía computada de abdomen y pelvis donde se observa extenso hemoperitoneo, asociado a múltiples cuerpos lúteos en ambos anexos. Se realiza laparotomía, observándose múltiples cuerpos lúteos hemorrágicos en ambos anexos, además de torsión ovárica izquierda y hemoperitoneo de 1500cc. Se realiza capitonaje de ovario izquierdo y hemostasia de los cuerpos lúteos sangrantes. La paciente evoluciona favorablemente, actualmente cursando embarazo múltiple en buenas condiciones. **DISCUSIÓN:** Frente a un cuadro de dolor abdominal es fundamental identificar situaciones que requieran tratamiento urgencia y hacer un diagnóstico acertado, lo que muchas veces requiere de un trabajo en equipo junto a otras especialidades. En esta situación el manejo fue en conjunto entre el equipo de cirugía, imagenología y ginecología, bajo la sospecha inicial de un cuadro de apendicitis, que finalmente correspondió a un caso de cuerpo lúteo hemorrágico, que, dado el antecedente de estimulación ovárica de la paciente, se manifestó con importante hemoperitoneo.

PESQUISA DE TRASTORNO DE CONDUCTA ALIMENTARIA (TCA) EN ADOLESCENTES EN ATENCIÓN PRIMARIA A PROPÓSITO DE UN CASO.

Romina González Villanueva, Patricio Mellado Vigueras, Valeria Godoy Rodríguez
Médicos EDF Hospital Intercultural Kallvu Llanka.

INTRODUCCIÓN: Los TCA alimentaria son la tercera enfermedad crónica más común en adolescentes luego de la obesidad y el asma, presentando un riesgo de prevalencia de 8% aproximadamente, exigiendo una alta sospecha clínica. **CASO CLÍNICO:** Adolescente de 13 años consulta por "Madre refiere que paciente ha estado triste desde muerte de su padre hace 5 meses" Desde hace 3 meses vomita luego de comer, sin atracones, ha bajado 5 kg. IMC 19.9. Paciente derivada por psicóloga por sospecha de Bulimia, se descarta y diagnostica Trastorno adaptativo con síntomas depresivos y se vuelve a deriva a psicoterapia. Ante esto psicóloga vuelve a derivar a médico y esta vez se constata baja de peso de 10 kg en 2 a 3 meses asociado a episodios de purgas con vómitos durante el primer mes, actividad física en exceso, rechazo alimentario y disminución de ingesta con ayunos que a veces se prolongan por más de 24 horas, falta de autoestima, alteración de imagen corporal y alteración menstrual. Con historia de fallecimiento del padre hace 6 meses por cáncer gástrico, presentando abandono materno durante todo el último año por cuidar al padre, siendo un tema recurrente que este refiriera enfermar por mala alimentación. Confirmando el diagnóstico de TCA, Presentando el caso en consultoría infanto-juvenil con psiquiatra indicando manejo por COSAM. **CONCLUSIÓN:** Todo médico de atención primaria debe estar capacitado para tener una alta sospecha de TCA, ya que son patologías complejas que requieren manejo por un equipo multidisciplinario y en etapas avanzadas su pronóstico es ominoso, con un porcentaje importante de recurrencia en la vida adulta, afectando el funcionamiento global de los individuos y llegando a presentar alteraciones cardiacas y metabólicas de importancia.

TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA EN MUJER ADULTA, ESTUDIO DE CASO

Catalina Guajardo Mansilla (1), Rosemarie Menke Zurita (2)
(1) Médica EDF, Cesfam Angelmó, (2) Médica EDF, Cesfam Dr Jorge Sabat

INTRODUCCIÓN: El trastorno de espectro autista (TEA) comprende un grupo heterogéneo de trastornos, tanto en su etiología como en su presentación clínica. **El OBJETIVO** de este trabajo visibilizar que el TEA puede ser un diagnóstico diferencial en el ámbito de salud mental y no debe ser descartado. **MATERIAL Y METODO:** Se trata de paciente de 23 años de sexo femenino con antecedentes mórbidos de alergia alimentaria múltiple, que consulta por 6 meses de sintomatología ansiosa, crisis de pánico, insomnio, fobia social, destacaba en su vestimenta uso de ropa holgada y audífonos con cancelación de sonido, posterior a meses de psicoterapia y controles con médico se logra definir que paciente presentaba criterios diagnósticos de TEA, en la infancia presentaba dificultad para relacionarse con sus pares, cuando presentaba crisis de desregulación emocional se apoyaba en la música, además tiene intereses excesivamente fijos y restrictivos. **DISCUSIÓN:** Leo Kanner publica en 1943, en Estados Unidos, bajo el título "Trastornos Autistas del Contacto Afectivo". La prevalencia actual del TEA en mujeres es 5,6 a 1000 mientras que en hombres es 23,6 a 1000, TEA de alto funcionamiento 9:1 Mujer: Hombre. Criterios DSM V: Deficiencias persistentes y clínicamente significativas en la comunicación e interacción social que se presentan en diferentes contextos, ya sea actualmente o en el pasado, presencia de patrones de comportamiento, intereses y actividades restringidos y repetitivos, los síntomas deben presentarse en la primera infancia, aunque pueden no llegar a manifestarse plenamente hasta que las demandas sociales exceden las limitadas capacidades, el conjunto de síntomas crea interferencia en el funcionamiento del día a día Los sistemas de neurotransmisión involucrados en el autismo parecieran ser principalmentelos dopaminérgicos, serotoninérgicos y opiodes endógenos. No obstante, no existen medicamento sen la actualidad dirigidos a corregir las alteraciones a nivel social y comunicacional que constituyen el núcleo central de la patología autista. **CONCLUSIÓN:** El TEA en mujer adulta debe ser un diagnóstico que debemos pensar cuando nos enfrentamos a una paciente en salud mental, el TEA de alto funcionamiento es muchísimo mayor en mujeres por lo que es probable la sobreadaptación de esta como mecanismo de defensa.

LUMBAGO CRÓNICO COMO PRESENTACIÓN DE LINFOMA DE HODGKIN, REPORTE DE UN CASO.
Ignacio Gutiérrez Chandía, Mackarena Otárola Mendoza, José Pino Aracena
Médicos EDF Hospital de Yumbel

INTRODUCCIÓN: El linfoma de Hodgkin (LH) corresponde a una neoplasia linfoide que se origina en el centro germinal. Se caracteriza por la presencia de células de Reed-Sternberg, rodeadas de abundantes células inflamatorias no clonales. Corresponde al 10% de todos los linfomas, presentando mayor prevalencia en adultos jóvenes. Se manifiestan con gran diseminación ganglionar, mayor en cuello y tórax. Más del 80% poseen adenomegalia al examen físico cervical y un tercio presentan síntomas B. **PRESENTACIÓN DEL CASO:** Paciente hombre de 21 años sin antecedentes mórbidos de relevancia, con cuadro de 3 años de dolor dorsolumbar paravertebral derecho, intermitente, punzante, irradiado los últimos 4 meses a hipocondrio derecho ipsilateral, mayor al decúbito dorsal, que aumenta con consumo de alcohol y disminuye con el uso de ibuprofeno. Destaca, además, la presencia de diaforesis nocturna y la baja de peso de 12 kilogramos en los últimos 6 meses. Al examen físico: Febrícula, taquicardia. Adenopatía preauricular derecha 2x1 cm, gomosa, indolora. Murmullo pulmonar disminuido en base derecha asociado a matidez. Examen de columna sin hallazgos específicos. En los exámenes se observa: anemia leve microcítica, leucocitos 14140/uL (segmentados 81%), plaquetas 720000u/L, PCR 234 mg/L, lactato 76.9 mg/dL. Se solicita radiografía de tórax: Derrame pleural moderado. Como diagnóstico de trabajo se plantea lumbago crónico con síntomas de alarma, probable síndrome linfoproliferativo. Fue derivado al Hospital Base para complementar estudio. Se toma tomografía computada de tórax-abdomen-pelvis con contraste que evidencia gran proceso expansivo vertebral y prevertebral entre T10-T12 de 7.5x9x8.3 cm, con resorción ósea, sin imagen de fractura categórica. Complemento con resonancia nuclear magnética dorsolumbar: voluminosa masa de aspecto neoplásico paravertebral dorsal baja, predominantemente anterolateral derecha, con compromiso infiltrativo y destrucción ósea de los cuerpos vertebrales T9 a T12, invasión tumoral hacia el canal raquídeo, raquiestenosis y signos de mielopatía. Conglomerado de adenopatías cervicales bajas, supraclaviculares bilaterales y mediastínicas. Biopsia de ganglio cervical derecho con estudio inmunohistoquímico arroja CD30, CD15, PAX 5 positivos. Se realiza diagnóstico de Linfoma de Hodgkin clásico, variedad esclerosis nodular, etapa IV BE, para lo que se proponen 6 Ciclos de ABVD (doxorrubicina, bleomicina, vinblastina y dacarbazina). **DISCUSIÓN:** Se observa CASO CLÍNICO de usuario con cuadro larvado de dolor lumbar con banderas rojas: baja de peso inexplicable, dolor en reposo, dolor que no cede a analgésicos, febrícula. Se debe considerar la patología oncológica en usuarios con dolor nocturno, mala respuesta a analgesia habitual, sin antecedente traumático asociado que presenten síntomas B. Un enfoque sistemático que considere todos los grupos etiológicos dentro del lumbago puede lograr un diagnóstico y tratamiento oportuno.

ESTENOSIS RINOFARINGEA EN PACIENTE ADULTO, UNA PRESENTACION POCO FRECUENTE
Martín Guzmán Asenjo (1), Valentina Ojeda Contreras (2), Constanza Cavieres Véliz (1)
(1) Médicos EDF Cesfam Presidente Salvador Allende, Quilicura, (2) Médico EDF, Cesfam Clotario Blest, Maipú

INTRODUCCIÓN: La Estenosis nasofaríngea adquirida se define como una obstrucción parcial o total de la comunicación entre la naso y la orofaringe por tejido cicatricial, habitualmente entre la pared faríngea posterior y los pilares amigdalinos y/o paladar blando. Estas condiciones son muy infrecuentes, y pueden ocurrir como consecuencias de enfermedades inflamatorias no infecciosas, enfermedades infecciosas, lesiones cáusticas por ácidos, trauma y también secundaria a radioterapia y tratamientos quirúrgicos. Los pacientes pueden presentar síntomas como obstrucción nasal, rinorrea, voz hiponasal o apneas obstructivas del sueño con roncopatía severa. Siendo la causa mas frecuente la complicación post resección adenoamigdalina, la mayor frecuencia de esta se observa en los pacientes pediátricos, con una razón estimada de 3/100.000. Aún mas infrecuente es encontrar esta patología en pacientes adultos. **CASO CLÍNICO:** Paciente de 71 años de edad, con cuadro de años de evolución, desde la infancia sin recordar edad exacta, de síntomas intermitentes, consistentes en disnea, sequedad oral y faringea, disfonia, sibilancias espiratorias e inspiratorias y rinorrea frecuente. Consulta por primera vez el año 2019, donde posterior a múltiples exámenes se pesquiza mediante TAC de cavidades paranasales presencia de estrechez de espacios aereos rinofaringeos, probablemente debido a tejido cicatricial, lo cual se confirma mediante biopsia. Esta última muestra además presencia de un proceso inflamatorio. Se realiza uvulopalatoplastía, con mejoría parcial de síntomas obstructivos de vía aérea. Tratamiento farmacológico con múltiples opciones, logrando buena respuesta con Leflunomida y Prednisona. **CONCLUSIONES:** Tratamiento actual presenta buena respuesta para alivio de síntomas, posterior a múltiples terapias previas, con remisión casi completa de síntomas obtructivos. Al interrogatorio dirigido y toma de múltiples exámenes, único antecedente relacionado con posible etiología sería Adenoamigdalectomía durante la infancia, sin lograr determinar causal directa exacta de estenosis nasofaringea. **DISCUSIÓN**: La Estenosis Rinofaringea es una patología poco frecuente, con variadas etiologías, siendo la principal la formación de tejido cicatricial posterior a Adenoamigdalectomía, lo cual la hace mas frecuente en pacientes pediátricos. Es por esto, que habitualmente se presenta en niños o niñas, con antecedente de cirugía de resección amigdalina y con síntomas obstructivos de vía aérea. A pesar de esto, es importante sospecharlo en paciente adultos con estos síntomas y antecedente de cirugía Otorrinolaringológica en algún momento de sus vidas.

SÍNDROME DE DRESS ASOCIADO A INICIO DE LAMOTRIGINA, A PROPÓSITO DE UN CASO C LÍNICO

Martín Guzmán Asenjo (1), Francisca Arriagada Prüssing (2), Valentina Ojeda Contreras (3)
(1) Médico EDF CESFAM Presidente Salvador Allende, Quilicura, (2) Médico EDF, Hospital de Til Til,
(3) Médico EDF CESFAM Clotario Blest, Maipú

INTRODUCCIÓN: El síndrome de DRESS corresponde a una reacción a drogas con eosinofilia y síntomas sistémicos, que puede ser potencialmente fatal, y se caracteriza por la presencia de exantema cutáneo, fiebre, presencia de adenopatías, alteraciones hematológicas y compromiso visceral, principalmente hepático.
CASO CLÍNICO: Paciente de 18 años, con antecedente de policonsumo y trastorno del DESARROLLO de personalidad, en tratamiento, con inicio de lamotrigina hace 2 semanas, presenta cuadro de caracterizado por rash maculopapular eritematosos en ambos brazos y luego generalizado, pruriginoso, Con edema de labios y apremio respiratorio, manejado en un principio como anafilaxia. Posteriormente evoluciona con aumento de lesiones, sudoración y subfebril hasta 37.4. Al examen físico destacaba sudoroso, taquicárdico hasta 110, T°37.5°, edema de labios, en piel con rash maculopapular eritematoso generalizado, solevantado. Cardiaco RR2TSS. Pulmonar: MP (+), SRA. Abdomen: blando, depresible, sensible a la palpación difusa, sin signos de irritación peritoneal, RHA (+). Se administra hidrocortisona y clorfenamina y se decide derivación a hospital de mayor complejidad, donde se toman exámenes donde destaca Hb 14.6, leucocitos 23.000 con 18% eosinófilos, plaquetas: 340.000, FA 1130, GOT 203, GPT 259, GGT 880. **CONCLUSIONES:** El paciente es hospitalizado y manejado en centro de mayor complejidad dado compromiso sistémico, donde se suspenden medicamentes y se inicia tratamiento con antipiréticos para manejo de la fiebre, corticoides y manejo tópico, evoluciona favorablemente. Corresponde a un síndrome que hay que tener en consideración al momento de evaluar a un paciente con lesiones en piel e inicio de un nuevo medicamento, para poder detectarlo y tratarlo oportunamente. **DISCUSIÓN:** Como en el caso descrito anteriormente, el síndrome de DRESS corresponde a una farmacodermia grave, causada principalmente por fármacos anticonvulsivantes, antivirales y sulfoamidas. La fisiopatología del cuadro no está totalmente descrita, se señala que puede corresponder a los fármacos implicados, predisposición genética y alteraciones inmunológicas. Como en el caso del paciente, en exámenes destaca la presencia de elevación de leucocitos asociado a eosinofilia. El hígado es el órgano más frecuentemente afectado, pero puede haber compromiso renal, pulmonar, pancreático, cardíaco y tiroídeo. La mortalidad alcanza un 10% en casos de compromiso multiorgánico.

INSUFICIENCIA RENAL AGUDA SECUNDARIA A RABDOMIOLISIS EN PACIENTE ADULTO JOVEN POR CASI AHOGAMIENTO.

Natacha Guzmán Cuadra (1), Mariaconsuelo Ramos Saez (1), Francisco Flores Miranda (2)
(1) Médico EDF, Hospital de Marchigüe, (2) Médico ACHS, Constitución

INTRODUCCIÓN y OBJETIVOs: Los accidentes por inmersión constituyen una causa frecuente de muerte accidental. Frecuentemente afecta más a niños y adultos jóvenes, generalmente sanos y en un 80% varones. En la literatura, la definición y clasificación de ahogamiento es escasa, pero en general, definiremos los términos *ahogamiento* como la persona que fallece por asfixia por inmersión en un medio líquido, cuya muerte puede ocurrir durante el accidente o dentro de las 24 horas siguientes y *casi/semi ahogamiento* ("near drowning") a la persona que sobrevive, aunque sea temporalmente, después de un accidente por inmersión y que generalmente puede presentar lesiones en cerebro, corazón y riñones. Se presenta caso de paciente con episodio de casi ahogamiento recibido en Hospital de baja complejidad, quién posteriormente presentó complicaciones renales por este accidente. **MATERIAL Y METODO:** Se rescata por equipo de urgencias a paciente varón de 21 años sin antecedentes mórbidos quien estaba nadando en depósito artificial de agua (no apto para baño) que posteriormente presentó fatiga muscular por la actividad, gatillando un evento de *casi ahogamiento* de aproximadamente 50 minutos hasta ser retirado del agua por personal de Carabineros. El paciente no presentó compromiso de conciencia y al momento del ingreso al Servicio de Urgencias (SU) se encontraba en Glasgow 15, normotenso, taquicárdico, con saturación ambiental 97%. Refiere dolor abdominal que no se asocia a otros síntomas y en SU se descartan lesiones osteo-musculares, así como complicaciones neurológicas y respiratorias. Se mantiene en observación por más de tres horas y dada la evolución clínica favorable sin signos de complicación, se decide control en 24 horas. El paciente consulta en el SU al día siguiente por dolor en pared abdominal y múltiples episodios de vómitos asociado a valor de creatinina elevado (2.1 mg/dl), por lo que se hospitaliza por *insuficiencia renal aguda*. Al día siguiente, además se detecta elevación significativa de CK-total (987 U/L) que alcanza una elevación máxima al tercer día posterior al accidente (6514 U/L) asociado a valor sostenido de creatinina que alcanza valor máximo al segundo día del evento (2,8 mg/dl). Durante la hospitalización el paciente se maneja con hidratación oral y endovenosa, antieméticos SOS y analgesia mediante paracetamol y/o metamizol. El paciente logra normalización de creatinemia y CK-total asociado a desaparición de náuseas y dolor de pared abdominal al octavo día posterior al accidente y se da de alta a domicilio con creatinina 0.8 mg/dl y CK total 126 U/L. **RESULTADOS y CONCLUSIONES.** La insuficiencia renal aguda como complicación del *casi ahogamiento* es una eventualidad rara que se resuelve en tres días en el 80% de los casos, es consecuencia de la hipotensión y la hipoxia que origina una necrosis tubular aguda. Otro de los factores que pueden contribuir a la necrosis tubular aguda es la rabdomiólisis que puede tener lugar tanto por la destrucción muscular consecuencia de la hipoxia tisular, como por el esfuerzo físico durante el accidente.

CARACTERIZACIÓN DE VALORES DE HEMOGLOBINA GLICOSILADA EN PACIENTES DIABÉTICOS DE CESFAM PEDRO PULGAR MELGAREJO DURANTE AÑO 2020

Sofía Guzmán Fredes, Francisca Riquelme Ruiz, Sebastián Navarrete Guzmán
Médicos EDF CESFAM Pedro Pulgar Melgarejo

INTRODUCCIÓN y OBJETIVOs: La infección por el nuevo coronavirus SARS-COV2 ha ocasionado una crisis sanitaria global, afectando a todos los niveles de salud. Por la interrupción y demora de varios servicios, es de esperarse que la pandemia tenga un impacto negativo respecto a los controles de patologías crónicas. Según la International Diabetes Federation (IDF) 2015, en Chile la prevalencia de diabetes mellitus era de un 11%, y actualmente uno de los indicadores utilizados para medir su grado de compensación metabólica es la hemoglobina glicosilada (HbA1C), clasificando a un paciente como compensado cuando su HbA1C es <7%. Este trabajo pretende caracterizar las hemoglobinas glicosiladas de los pacientes diabéticos pertenecientes al programa cardiovascular de nuestro centro previo al inicio de la pandemia y 3, 6, y 9 meses después. **MATERIAL Y METODO**: Estudio descriptivo, retrospectivo. Se seleccionaron todos los pacientes diabéticos del CESFAM Pedro Pulgar Melgarejo en Alto Hospicio, que se hubiesen realizado una HbA1C entre los meses de diciembre de 2019 y febrero de 2020. Posteriormente se analizaron los datos y se seleccionaron a aquellos pacientes que tuviesen una segunda HbA1c 3,6 o 9 meses después. Los datos se recopilaron desde los formularios del programa de salud cardiovascular del centro y el análisis se realizó en Excel 2013. **RESULTADOS y CONCLUSIONES**: De los pacientes analizados 83 cumplían el criterio de tener dos HbA1C, una previa y otra en los rangos de tiempo mencionados. De estos, 10% tenía su segunda HbA1C en los siguientes 3 meses iniciada la pandemia, 52,5% a los 6 meses, y 37,5% a los 9 meses. Los RESULTADOS se clasificaron en valores <7%, entre 7-9% y >9%: Para el grupo de los meses previos a la pandemia fueron 27,5%,31,25% y 41,25% respectivamente, a los 3 meses los porcentajes variaron a 12,5%, 75% y 12,5%, a los 6 meses a 28,57%, 28,57% y 42,86% y a los 9 meses a 16,67%, 33,33% y 50%. Respecto a la variación de valor de HbA1C de cada paciente, se dividieron en aumentos de menos de un punto, entre 1 a 2 puntos, entre 2 a 3 puntos y sobre 3 puntos, siendo a los 6 meses donde se registró el mayor aumento con 50% de los pacientes, de los cuales 12,5% aumentó en 3 puntos o más. **DISCUSIÓN O COMENTARIOS**: El porcentaje de pacientes que cumplen con la meta de control metabólico para diabéticos (HbA1C<7%) en los distintos grupos evaluados fue menor al descritos por otros estudios (34,5%). Destaca además el elevado porcentaje (50%) de pacientes con HbA1C superior a 9% en el grupo de los 9 meses, y el aumento en 12,5% de los pacientes en 3 o más puntos de la misma en el grupo de los 6 meses. Estos RESULTADOS muestran la necesidad de mejorar el cumplimiento de las metas metabólicas, ya sea mediante la optimización de exámenes periódicos, tratamientos y controles.

COINFECCIÓN SIMULTÁNEA DE COVID-19 Y TUBERCULOSIS, REPORTE DE UN CASO.

Alice Hamilton O'krey (1), Angélica Henríquez Flores (1), Camilo Cisternas Contreras (1), Pilar Villalobos Melo (2)
(1) Médicos EDF CESFAM Santa Laura, (2) Médica EDF, CESFAM Haydee López

INTRODUCCIÓN: A más de un año del inicio de la pandemia por Covid-19 a nivel mundial, nuestro país presenta sobre el millón de contagios confirmados a abril 2021 [(1)]. No obstante, a pesar de ser el virus SARS-CoV-2 el mayor agente infeccioso respiratorio durante el último año, la infección respiratoria por tuberculosis (TB) sigue presente en nuestro país, presentando una incidencia anual en aumento desde el año 2014, con 2759 casos registrados en último registro el 2019, y una tasa de 14.4 casos por cada 100.000 habitantes [(2)]. Si bien la mortalidad de la enfermedad ha ido en descenso desde el 2016, la coinfección con Covid-19 podría contribuir a una mayor gravedad y mortalidad. **CASO CLÍNICO:** Paciente masculino 35 años, consulta en SAPU por cuadro de 2 días de anosmia, dolor abdominal y diarrea, sin alteraciones al examen físico. Se toma PCR para SARS-CoV-2, resultado positivo, consultando 5 días después nuevamente por disnea, tos, mialgias, vómitos, saturando 92%, taquipneico 52 rpm, taquicárdico 145 lpm, febril 38.5°C. Destaca al examen físico enflaquecido, murmullo pulmonar disminuido en tórax izquierdo, con crepitaciones finas en ápice derecho y en base izquierda. Es trasladado a SAR, luego a centro hospitalario, donde permaneció 10 días con apoyo suplementario de oxígeno, sin necesidad de ventilación mecánica, realizándose en dicha hospitalización el diagnóstico concomitante de TB, e iniciándose el tratamiento. **DISCUSIÓN:** La evidencia en coinfección con Covid-19 y TB es limitada a nivel mundial. Un reporte de 49 casos de Covid-19 y TB en pacientes de 8 países con TB activa en 42 casos, informó que el 87.4% requirió hospitalización, 6 pacientes ventilación mecánica no invasiva y 14 apoyo de oxígeno suplementario, falleciendo 7 pacientes, demostrando un alto índice de mortalidad (14.3%) [(3)]. Se asoció dicho estudio en cohorte con otra cohorte de 20 personas hospitalizadas en Italia, destacando en ambos estudios que la mayoría de los pacientes infectados correspondían a migrantes, con una mortalidad total de 8 personas, en su mayoría hombres (7) y pacientes ancianos con comorbilidades, con una mediana de 70 años, concluyendo que, en todos los casos, el Covid-19 contribuyó a un agravamiento de la TB y/o a provocar la muerte [(4)(5)]. Un meta-análisis, sin embargo, intentó demostrar la asociación entre TB y la severidad y mortalidad por Covid-19, demostrando que la prevalencia de TB era mayor en los casos graves de Covid-19, no obstante, no pareciera asociarse a una mayor mortalidad [(6)]. **CONCLUSIÓN:** La coinfección de TB y Covid-19 podría implicar en una mayor gravedad en el **DESARROLLO** de ambas enfermedades, sin embargo, la evidencia y casos a nivel mundial son aún limitados para determinarlo, por lo que es de suma importancia poder identificar la coinfección, para así mejorar el pronóstico de los pacientes.

IMPACTO PANDEMIA POR CORONAVIRUS 19 EN CONTROL METABÓLICO DE PACIENTES CON DIABETES MELLITUS 2 Y/O HIPERTENSIÓN ARTERIAL

Stephanie Carol Harrison Muñoz (1), Natalia Alvarado Álvarez (2), Sebastián Vera Santibáñez (1)
(1) Médicos EDF, Cesfam Barrancas San Antonio, (2) Médica EDF, Postas de Salud Rural San Antonio

INTRODUCCIÓN y OBJETIVOS: La Hipertensión Arterial (HTA) y la Diabetes Mellitus 2 (DM-2) son importantes factores de riesgo para la ocurrencia de enfermedades cardiovasculares, las que representan una de las principales causas de muerte en el mundo. Durante los primeros meses de pandemia en Chile, los controles de éstas y otras patologías crónicas fueron en su mayoría suspendidos. El OBJETIVO del presente trabajo es evaluar el impacto que ha tenido la pandemia por Coronavirus 19 (COVID-19) en el control metabólico de pacientes con HTA y/o DM-2. **MATERIAL Y METODO:** Se seleccionaron aleatoriamente 99 pacientes con diagnóstico de HTA y/o DM-2, 70 mujeres y 29 hombres, que tuvieron control previo a la pandemia y durante ésta. Se registraron y analizaron en planilla Excel valores de exámenes de laboratorio de ambos periodos (colesterol LDL, hemoglobina glicosilada o HbA1c, etc.) así como también otras variables que inciden en el control metabólico de estos pacientes (sedentarismo, peso e índice de masa corporal, etc.) **RESULTADOS y CONCLUSIONES:** Previo a la pandemia, 51% de los pacientes evaluados presentaban colesterol LDL en el valor ideal de acuerdo a su riesgo cardiovascular. Durante la pandemia, este valor disminuyó a 46.8%. En cuanto a la compensación de DM-2, destaca que 27 de los 50 pacientes con diagnóstico de DM-2, aumentaron su HbA1c. Sin embargo, previo y durante la pandemia, el porcentaje de pacientes diabéticos compensados fue muy similar (52% y 54% respectivamente). Respecto a otros factores de riesgo, destaca que la mayoría de los pacientes (67.6%) aumentó su peso en pandemia. Además, el sedentarismo también aumentó de un 85.8% a un 91.8%. **DISCUSIÓN O COMENTARIOS:** Si bien es cierto que en la población de este estudio no hubo una mayor descompensación en cuanto a parámetros de laboratorio, sí hubo un importante porcentaje de pacientes que aumentaron tanto su peso como su sedentarismo, lo que con el tiempo sí puede generar descompensación de sus patologías crónicas con sus consecuentes complicaciones. Los sujetos evaluados en este estudio representan una pequeña parte del universo del total de los pacientes con patologías crónicas cardiovasculares. Son pacientes que efectivamente tuvieron control durante el periodo de pandemia, en general con buena adherencia a sus controles. Si se considerara el total de pacientes con estas patologías, se podría inferir que probablemente el impacto fue aún más negativo. De esta manera, resulta muy importante reforzar en los pacientes la relevancia de mantener un estilo de vida de saludable, así como también garantizar desde un nivel central (autoridades) la mantención de instancias para el DESARROLLO de actividades que favorezcan este estilo de vida aún en situaciones complejas. Actualmente en el país se ha impulsado una franja horaria para permitir la actividad física en comunas en cuarentena.

LUXACIÓN DE TOBILLO SIN RELACIÓN A FRACTURA: PRESENTACIÓN DE CASO POCO USUAL

Bruno Hazleby Soto (1), María Colinas Grilli (2), Gonzalo Arriagada Riquelme (3)
(1) Médico EDF CESFAM Huequén Angol, (2) Médico EDF DSM Nacimiento, (3) Médico DSM Angol

INTRODUCCIÓN y OBJETIVOS: La luxación de tobillo sin fractura es una lesión poco frecuente con pocas publicaciones a nivel mundial que ocurre por principalmente por traumatismos de alta energía. Las causas se pueden dividir en extrínsecas (mecanismo de alta energía y posición del pie) e intrínsecas.
Una de las causas intrínsecas son las alteraciones del tejido conectivo como Ehlers Danlos, el cual es un término usado a para un grupo de trastornos genéticos caracterizada por hiperextensibilidad de la piel, la hipermovilidad de las articulaciones y la fragilidad del tejido. Se presenta en 1 de cada 5000 personas, siendo el tipo más común el síndrome de hipermovilidad.
Se presenta caso de paciente de 18 años con antecedente de Ehlers Danlos que debido caída a nivel por salto sufre luxación tibio-astragalina derecha sin compromiso óseo que debió ser manejado inicialmente en servicio de urgencia (reducción) y posterior rehabilitación. **El OBJETIVO** de este trabajo es representar mediante un caso, la importancia de un diagnóstico y tratamiento oportuno, así como las consideraciones para así minimizar los riesgos y secuelas generadas por las lesiones de este tipo. **MATERIAL Y METODO:** Revisión de literatura con relación a caso de paciente con antecedente de Ehlers Danlos con una presentación atípica de luxación de tobillo **RESULTADOS y CONCLUSIONES:** Existe poca literatura en relación a luxaciones no asociadas a fracturas y con clasificaciones diversas, lo cual dificulta una investigación a profunda del tema. Sin embrago los pocos casos reportados sugieren la clasificación de Rivera et al como la más acorde para estos tipos de lesiones (anterior, posterior, medial lateral y posterior). Las causas en su mayoría fueron de tipo extrínsecas por accidentes de alta energía, asociados a factores de riesgo como deportes como basquetbol, accidentes de tránsito, hiperlaxitud ligamentosa, esguinces previos, debilidad muscular, acortamiento maléolo tibial o inestabilidad crónica de tobillo. Dentro de las complicaciones destacan lesiones vasculares de arteria pedía dorsal, atrapamiento flexor largo del halux, artritis infecciosa, pie equino permanente, perdida dorsiflexión, artrosis, inestabilidad, entre otros. El pronóstico suele ser bueno si se realiza tratamiento precoz. **DISCUSIÓN O COMENTARIOS:** Las luxaciones y luxo fracturas son patologías bastante comunes en atención primaria que deben tener sumo cuidado a la hora del primer enfrentamiento. Además, siempre se deben tener en consideración los antecedentes del paciente para así evaluar escenarios más difíciles y sus complicaciones en relación a éstas. Es necesario un correcto manejo por todo médico que trabaje en servicios de urgencia sin importar la complejidad de esta, ya que un correcto manejo y adecuado uso del tiempo puede evitar complicaciones mayores para el paciente

TUMORES ÓSEOS: EN RELACIÓN A CASO DE FRACTURA DE FÉMUR EN HUESO PATOLÓGICO

Bruno Hazleby Soto (1), María Colinas Grilli (2), Gonzalo Arriagada Riquelme (3)
(1) Médico EDF CESFAM Huequén Angol, (2) Médico EDF DSM Nacimiento, (3) Médico DSM Angol

INTRODUCCIÓN y OBJETIVOS: Una de las fracturas frecuentes a nivel pediátrico es la de fémur a nivel diafisario. Éstas principalmente de producen por mecanismos de alta energía (por lo que es importante el manejo inicial de las complicaciones asociadas) siendo una causa menos frecuente las fracturas en huesos patológicos. Se define fractura patológica a la que se produce a través de un hueso anormal (osteoporosis, fracturas de estrés o fracturas en lesiones benignas). Cada año se diagnostican aproximadamente 20,000 tumores benignos del sistema musculoesquelético, siendo el dolor de la fractura, el primer síntoma de un proceso patológico en el hueso. Los tumores óseos, aunque son infrecuentes, tienen edades de presentación, localización e imágenes radiológicas características. El abordaje radiográfico consiste en el análisis organizado de la lesión con atención en hallazgos como la localización del tumor, opacidad, márgenes, zona de transición, reacción perióstica, mineralización, tamaño y número de lesiones, componente de partes blandas y fractura. Se presenta el caso de paciente de 9 años el cual consulta en servicio de urgencia por dolor e impotencia funcional de pierna derecha, secundario a caída de compañero sobre pierna flectada. Durante atención se realiza radiografía que muestra fractura de fémur distal completa desplazada en relación a hueso patológico. **El OBJETIVO:** es presentar mediante un caso, las características de presentación radiológicas de lesiones patológicas en huesos, tanto benignas como malignas. **MATERIAL Y METODO:** Revisión de literatura en relación a características radiológicas de lesiones benignas y malignas en relación a caso de paciente que sufre fractura de hueso patológico de fémur. **RESULTADOS y CONCLUSIONES:** Los tumores óseos son lesiones infrecuentes en la práctica diaria; teniendo algunos de ellos consecuencias graves si no son diagnosticados y tratados precozmente. La radiografía simple sigue siendo la base para el diagnóstico diferencial de estas lesiones. **DISCUSIÓN:** Los tumores óseos, aunque no representan una patología frecuente, tienen edades de presentación, localización e imágenes radiológicas características La fractura puede ocurrir tanto en lesiones benignas como malignas, sin embargo, una brecha cortical extensa sugiere malignidad, sobre todo si hay extensión tumoral hacia partes blanda. Hay que saber las características de estas lesiones para el correcto manejo tanto en atención primaria como urgencia, para así realizar los controles y derivaciones adecuadas, logrando evitar complicaciones innecesarias.

HIPOCALCEMIA, CLAVES DIAGNÓSTICAS PARA EL MÉDICO GENERAL. A PROPÓSITO DE UN CASO.

Daniela Henríquez Torres, Aníbal Méndez Valdés, Paz Chávez Rojas, Cristopher Cofré González
Médicos EDF Hospital Dr. Benjamín Pedreros.

INTRODUCCIÓN y OBJETIVOs: Las manifestaciones clínicas de la hipocalcemia dependen de la severidad y el tiempo de instalación, con un amplio espectro de presentaciones: desde pacientes asintomáticos hasta arritmias malignas y muerte. Como médicos generales de zona en centros de baja complejidad -donde los recursos son escasos y no se cuenta con los medios para realización de exámenes de laboratorio- la anamnesis y examen físico son la única herramienta para el diagnóstico y priorización de traslado de pacientes. Se presenta un caso de hipocalcemia aguda diagnosticado en el servicio de urgencias con el fin de recordar esta patología y dar claves diagnósticas de la misma. **MATERIAL Y METODO:** Análisis descriptivo y retrospectivo de CASO CLÍNICO, exposición de signos clínicos mediante registro audiovisual. **RESULTADOS y CONCLUSIONES**: Paciente de sexo femenino 50 años de edad con antecedentes de Hipotiroidismo secundario a tiroidectomía total en febrero de 2020, en tratamiento. Consulta por cuadro de 4 días de evolución caracterizado por diarrea acuosa en múltiples oportunidades asociado a parestesias generalizadas y progresivas en región frontal, extremidades superiores e inferiores. Inicialmente es manejada con Sales de Rehidratación oral, no obstante, reconsulta durante la madrugada en urgencias, por persistencia de parestesias asociado a espasmo carpopedial de segundos de duración. Ingresa en buenas condiciones generales normocárdica, normotensa, afebril. Electrocardiograma evidencia QTc prolongado 488 ms. Al examen físico destaca signo de chvostek (+). Paciente es trasladada a centro de referencia para realización de exámenes de laboratorio donde destaca Calcemia 6.6 asociado a TSH 102 uIU/ml. Se inicia reposición de calcio y corrección de levotiroxina con resolución del cuadro. **DISCUSIÓN y COMENTARIOS:** En este caso la clave diagnóstica fue el signo de chvostek asociado al antecedente de tiroidectomía total, que desencadenó un hipoparatiroidismo primario el cual -dado el contexto de pandemia- no había recibido controles a nivel secundario. De esta forma se pudo dar tratamiento oportuno a la paciente y evitar un desenlace adverso. La hipocalcemia aguda es una complicación frecuente posterior a una tiroidectomía total. Se debe mantener un alto grado de sospecha en pacientes que consultan en servicio de urgencia con síntomas irritación neuromuscular y alteraciones electrocardiográficas. La anamnesis y examen físico en el contexto de hospitales de baja complejidad son la única herramienta disponible para la sospecha diagnóstica y posterior derivación de estos pacientes.

CÁNCER DE ÁNGULO ESPLÉNICO, A PROPÓSITO DE UN CASO.

Johana Hernandez Torrealba, Dianelys Herrada de la Cruz, Nertis Trujillo Gomez
Médicos General Cesfam Gustavo Molina Pudahuel

INTRODUCCIÓN: El cáncer colorectal (CCR) constituye el tercer tumor maligno más frecuente en la población mundial. Se estima que la tasa de incidencia ajustada es 19,7 por 100.000 habitantes. La frecuencia del CCR es superior en hombres que en mujeres. Del total de casos de CCR el 70 % representa al cáncer de colon y el 30 % al cáncer recto. Cabe también destacar que el 25 % de los CC presenta la enfermedad avanzada (etapa III) al momento del diagnóstico, a diferencia del CR donde esta ocurre en un 50 % (etapa II y III). **PRESENTACIÓN:** Paciente 63 años con antecedentes de HTA, intolerancia a la glucosa y anemia ferropénica de larga data, ya previamente estudiada. Consultó a inicios del año 2020 por dolor abdominal recurrente, el cual fue manejado con antiespasmódicos, semanas después pacientes consulta al agregarse al cuadro astenia, se indica hemograma que reporta HB de 11.3 g/dl, tratada con sulfato ferroso 200 mg cada 8 horas. Al cabo de 3 meses presenta episodios diarreicos alternados con constipación, cuadro exacerbado de debilidad, palpitaciones y decaimiento, sin sangrado activo, se evidenció al examen físico leve tinte ictérico en piel y mocosas, indicándose laboratorio urgente el cual informa hemorragia oculta en heces negativa, hemoglobina de 4.1 g/dl, por lo que se envía a servicio de urgencias hospitalario para reposición de glóbulos rojos, conjuntamente se deriva Medicina Interna por sospecha de CCR e indica estudio con imágenes y colonoscopia, TAC de abdomen y pelvis con contraste informa: engrosamiento parietal cólico en ángulo hepático de aspecto neoplásico indeterminado, nódulo hipodenso pulmonar de aspecto indeterminado y esplenomegalia. En la colonoscopia solo se logró llegar a ángulo esplénico debido a la lesión, tomándose biopsia de pólipos en región sigmoidea. El paciente se internó en la hospitalización de oncología médica y diagnostican cáncer de ángulo hepático con posible metástasis en pulmón (en estudio), actualmente post cirugía colónica en plan de quimioterapia. **DISCUSIÓN:** El cáncer de ángulo hepático o ángulo esplénico, es una entidad patológica que en su 90% es de origen esporádico, pero existe una porción menor asociada a componente hereditarios. La etiología de este puede determinarse por múltiples factores tales como: ambientales, genéticos, nutrición y estilo de vida. La importancia de la pesquisa a través del estudio de imágenes y endoscópicos para el diagnóstico de estos tumores en personas mayores de 60 años es de gran importancia para el pronóstico y manejo precoz. La presencia de anemia es un signo frecuente en el cáncer colon - rectal asociándose a la disminución de la sobrevida, aunque su papel pronostico se encuentra aún en estudio. Se ha demostrado que los pacientes que cursan con anemia tienden a tener menor sobrevida y pronóstico.

DERIVACIONES A TRAUMATOLOGÍA ADULTO DESDE EL CESFAM DALCAHUE DURANTE EL 2019. REVISIÓN ESTADÍSTICA Y PERTINENCIA.

Karen Hernández González (1), Alex Ramos Cifuentes (1), Daniela Castro Guzmán (2)
(1) Médico EDF CESFAM Dalcahue, Chiloé (2) Médico EDF Hospital de Achao

INTRODUCCIÓN y OBJETIVOS: El Programa Nacional de Salud 2018-2022 tiene entre sus OBJETIVOs la reducción de las listas de espera y una reforma a la salud primaria que busca hacer más resolutivos a los CESFAM. Muchas veces desde la visión del especialista las derivaciones desde APS no están justificada, por esto quisimos analizar cuantitativa y cualitativamente las derivaciones realizadas desde el CESFAM Dalcahue a traumatología adulto en el Hospital de Castro entre enero del 2019 y enero del 2020. A fin de poder implementar medidas locales que nos permitan como APS mejorar nuestra resolutividad **MATERIAL Y METODO:** Se extrajo el listado completo de interconsultas a traumatología adulto entre enero 2019 y enero 2020 del Registro Estadístico Mensual (REM-07). No se incluyeron las derivaciones a poli choque por trauma agudo. Cada diagnóstico se agrupó en temáticas generales (artrosis, lumbociática, trastorno de los tendones y ligamentos, trastorno de la sinovial, etc) luego se buscó la información clínica de cada interconsulta a través de la plataforma Rayen para determinar su pertinencia y las prestaciones otorgadas en APS antes de cursar la derivación. **RESULTADOS y CONCLUSIONES.** Se obtuvo un total de 109 interconsultas. Las patologías más frecuentes de derivación (61% del total) son los reumatismos intraarticulares (artrosis), reumatismos extraarticulares (trastorno de los tendones y ligamentos) y las lumbociáticas. De estos en promedio el 80% fueron derivados correctamente después de haber realizado el tratamiento farmacológico y no farmacológico disponible en APS, un 17,5% de estos casos no pudo analizarse debido a que la información no se encontraba en Rayen por pertenecer a postas rurales y finalmente solo un 2,5% no recibió un estudio y/o tratamiento completo antes de ser derivados. Esta tendencia se ve también reflejada en los grupos más pequeños. Los motivos de derivación más frecuentes son la refractariedad a tratamiento médico conservador o a la aparición de complicaciones, falta de recurso imagenológico en APS y la inminente resolución quirúrgica que ameritan ciertas patologías.
COMENTARIOS: Aunque quizás sean pocos los pacientes derivados por refractariedad a tratamiento médico conservador los que terminen con una resolución quirúrgica de su problema, el porcentaje de derivación a traumatología en nuestro CESFAM es bajo (3,1% según un análisis realizado el 2018) y la mayoría cuenta con el estudio y tratamiento necesario disponible en APS, aun podemos seguir mejorando nuestra resolutividad ampliando la oferta farmacológica, disponiendo de más estudios imagenológicos (solo contamos con radiografía simple), protocolizando las derivaciones y capacitando en procedimientos y actualizaciones a médicos de APS.

AFASIA PROGRESIVA PRIMARIA, A PROPÓSITO DE UN CASO.

Dianelys Herrada de la Cruz (1), Ernesto Vache Soto (2), Jhoana Hernández Torrealba (1), Odalbert Caraballo Vázquez (1)
(1) Médico Cirujano CESFAM Gustavo Molina, Pudahuel, (2) Químico Farmacéutico CESFAM Dr. Gustavo Molina, Pudahuel

INTRODUCCIÓN: La afasia progresiva primaria (APP) es un síndrome clínico de inicio insidioso que se caracteriza en etapas iniciales por un deterioro progresivo del lenguaje, con funciones no verbales relativamente conservadas durante los primeros 2 años. Se trata de una enfermedad neurodegenerativa con atrofia principalmente la región perisilviana del hemisferio dominante. La prevalencia en la población general de la APP es desconocida, sin embargo, se sabe que corresponderían entre un 20 al 40% del total de casos de demencias frontotemporales. Constituye una entidad de muy mal pronóstico, con una sobrevida aproximada desde el inicio de los síntomas de entre 7 a 10 años. **PRESENTACIÓN:** Paciente de 61 años, sexo femenino, con antecedente de infección por poliomielitis en la adolescencia. A partir de los 55 años sus familiares la llevan a consultar tras notar que su discurso se vuelve cada vez más coprolálico y difícil de entender lo que se asociaba a episodios de importante irritabilidad. Durante la primera consulta en atención primaria se pesquisan signos de deterioro cognitivo sugerentes de un cuadro demencial, derivándose a neurología para evaluación. Neurólogo indica iniciar tratamiento con quetiapina, menantina y trazodona, evolucionando con exacerbación de síntomas, destacando la omisión de palabras en su discurso, en especial de los verbos, apraxia del habla, heteroagresividad, desinhibición conductual, abulia y apatía llegando rápidamente a la pérdida total de su autovalencia. En control posterior se decide solicitar resonancia nuclear magnética que informa cambios involutivos encefálicos difusos, por sobre lo esperado para la edad. Con este resultado más los cambios clínicos descritos se decide llevar caso a comité interdisciplinario para su DISCUSIÓN, proceso que concluye con el diagnostico de APP de variante no fluente. En este punto paciente ya presenta deterioro conductual y motor graves. Con este diagnóstico se cambia tratamiento farmacológico a risperidona, ácido valproico y trazodona para ayudar en el manejo de síntomas conductuales más disruptivos y la regulación del ciclo sueño vigilia, además se educa a familiares en técnicas de estimulación y de manejo ambiental. En nuestro centro paciente es incorporada a programa de visitas domiciliarias y actualmente se encuentra estable en su condición, con escaso rendimiento en la realización de las actividades de la vida diaria. **DISCUSIÓN:** La APP es una entidad cuyo diagnóstico es cada vez más frecuente, conforme se avanza en su estudio dentro del grupo de las demencias. Es una enfermedad aún de muy mal pronóstico, sin tratamiento específico, donde la importancia radica en el abordaje multidisciplinario y el apoyo de la red de salud a los familiares del paciente, debido a esto es importante tener en cuenta su diagnóstico precoz y evitar confundirla con fases de la enfermedad de Alzheimer.

PANCREATITIS AUTOINMUNE, A PROPÓSITO DE UN CASO.

Dianelys Herrada de la Cruz (1), Carlos Riquelme Pizarro (2), Giancarlo Marcenaro Polini (3), Rodrigo Muñoz Peralta (4)
(1) Médico Cirujano, CESFAM Gustavo Molina, Pudahuel, (2) Médico Radiólogo, Hospital San José, Independencia,
(3) Médico nuclear, Hospital Dr. Sótero del Río, Puente Alto, (4) Residente Radiología, Hospital Clínico Universidad Católica, Santiago

INTRODUCCIÓN: La Pancreatitis autoinmune (PAI), es una enfermedad fibroinflamatoria benigna del páncreas, incluida dentro del espectro de las enfermedades mediadas por IgG4, siendo este un marcador clave para su diagnóstico. Comúnmente se presenta como un crecimiento focal o generalizado del páncreas que suele asociarse a ictericia obstructiva, por lo que se confunde con cáncer de páncreas. La PAI se presenta en ambos sexos, siendo dos veces más común en hombres que en mujeres, la edad de PRESENTACIÓN más frecuente es entre los 50 y 60 años. **PRESENTACIÓN:** Paciente masculino de 60 años, con antecedentes de hiperplasia benigna de próstata, sin consumo de drogas o alcohol, consulta a servicio de urgencias por cuadro de cuatro semanas de evolución caracterizado por ictericia progresiva, acolia con esteatorrea, coluria, prurito, pérdida de peso de cuantificada de 20 kilos durante dicho lapso. Se realiza examen físico y pruebas de laboratorio inicial, destacando aumento de volumen y dolor a la palpación profunda en hipocondrio izquierdo, sin signos de abdomen agudo, sin elevación de parámetros infecciosos, ni serología compatible hepatitis. Derivado a gastroenterología para iniciar estudio con imágenes y anticuerpos, encontrándose valores de IgG en 5338 mg/dL, con pruebas ANA, AMA y ANCA negativos, además de IgM y FR en rango normal. TAC de abdomen y pelvis con contraste revela la presencia de una masa peripancreática infiltrativa difusa. RMN de abdomen y colangioresonacia a su vez informan hallazgos sugerentes de pancreatitis autoinmune asociada a colangitis esclerosante, con infiltración linfoplasmocitaria de la vesícula y riñones, finalmente paciente completa evaluación con PET/CT cuyo informe confirma los diagnósticos previos sugiriendo considerar como primera posibilidad cuadro secundario a enfermedad por IgG4. Con estos RESULTADOS se decide iniciar tratamiento con corticoides, prednisona 20 mg cada doce horas inicialmente hasta completar veinte días. A los diez días de iniciado tratamiento paciente presenta significativa mejoría clínica, sin coluria, disminución del aumento de volumen en hipocondrio izquierdo y rápida recuperación ponderal, además en evaluación preliminar con ecotomografía abdominal aparecen signos claros de remisión de la enfermedad. **DISCUSIÓN:** La PAI es una patología benigna que responde rápidamente al tratamiento con corticoides, lo que resulta fundamental para su diagnóstico diferencial. Más de la mitad de los casos evolucionan sin recaída y sin consecuencias graves a largo plazo. El diagnóstico diferencial más importante es el cáncer de páncreas siendo clínicamente muy difícil su distinción, por lo que resulta fundamental el conocimiento de esta entidad con el fin de evitar intervenciones quirúrgicas innecesarias a las que frecuentemente se ven sometidos este tipo de pacientes.

INSTILACIÓN OCULAR ACCIDENTAL DE PEGAMENTO DE CIANOCRILATO. REPORTE DE UN CASO

Miguel Herrera Medina, Paulina Morales Ruiz, Sergio Bustos Vorphal,
Médicos EDF Hospital de Lonquimay

INTRODUCCIÓN: El Cianocrilato es un adhesivo de secado rápido y alta resistencia usado en la industria, en ámbito doméstico y clínico, desde su INTRODUCCIÓN en el mercado en 1958, siendo aliado actual de muchas especialidades medicas y con diversos usos para cierre de tejidos de procedimientos que contemplan perdida de continuidad del tejido. Sin embargo, los productores de dicho compuesto usan contenedores plásticos fácilmente confundibles con envases de medicamentos oftálmicos, lágrimas artificiales, entre otros colirios de uso medicinal, por lo cual existen variados reportes de instilacion Accidental de Dicho Compuesto en el ojo además de otros accidentes domésticos por el uso poco cauteloso del mismo. **CASO CLÍNICO**: Paciente de 45 años, Masculino, sin antecedentes morbidos, es derivado al Servicio de urgencia del hospital de Lonquimay desde un sector rural debido a presentar cuadro caracterizado por dolor ocular EVA 10/10, ojo rojo, adherencia de pestañas y pérdida de agudeza visual posterior a aplicarse de manera Accidental compuesto adhesivo de cianocrilato al confundir envase de lágrimas artificiales con dicho compuesto químico. A su ingreso se constata paciente con restos de pegamento en pestañas, cornea, perdida de agudeza visual con ojo afectado a cuenta dedos, ojo rojo superficial. Se hospitaliza por lo florido del cuadro y la falta de oftalmólogo de turno en la red, se realiza interconsulta a policlínico de choque que es resuelta 5 días posterior al evento encontrando paciente sin molestias, con agudeza visual conservada sin molestias. **DISCUSIÓN:** Si bien el cuadro clínico que ofrece la aplicación de cianocrilato en sobre el globo ocular y anexos es muy florido y que a su vez genera ansiedad en el equipo tratante, se debe recordar que es un compuesto muchas veces inocuo para los tejidos, siendo el compuesto de elección para adhesión y cierre de procedimientos en diferentes especialidad medicas, donde la oftalmología no es la excepción y que la resolución es autolimitada sin necesidad muchas veces de intervención mayor, al ser expulsado por el tejido de manera espontanea, por lo cual es rol del clínico que realiza el primer contacto la identificación del agente, la calma del paciente y la derivación a especialidad según disponibilidad y para descarte de situaciones asociadas.

ERITEMA MULTIFORME MENOR POR VIRUS HERPES SIMPLE COMO PRIMERA MANIFESTACIÓN DE VIH, REPORTE DE UN CASO

Xiomara Herrera Espinoza, Camila Osorio Irribarra, Daniela Galaz Springer
Médicas EDF CESFAM Purranque

INTRODUCCIÓN: El eritema multiforme (EM) es una enfermedad inmunomediada de piel y mucosas manifestada como lesiones eritematosas y vesiculo-ampollares, representado en el 80% de los casos en su forma Menor (EMM). Su principal etiología es secundaria a infecciones virales, describiéndose en un 60% de los casos por Virus Herpes Simple (VHS), el cual constituye una infección oportunista en pacientes con Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH). **CASO CLÍNICO:** Hombre de 47 años, sin antecedentes mórbidos de relevancia, consulta por cuadro de 5 días de evolución de ulceras orales que evolucionan con exantema de tronco y extremidades superiores (EESS), niega fiebre u otra sintomatología. Se indaga dirigidamente sobre actividad sexual, refiere pareja masculina estable hace 10 años. Al examen físico se constata exantema maculo-papular eritematoso confluente en tronco, EESS asociado a petequias en paladar blando y dos ulceras en mucosa oral en remisión, asociado a adenopatía retroauricular izquierda. Se sospecha EMM, se solicitan exámenes de laboratorio general y screening ETS por cuadro inmunomediado en paciente sano, pese a pareja estable. Del estudio complementario destaca IgM VHS (I y II) (+), VIH (+) confirmado por ISP. Se rescata a paciente a modo de informar resultado de examen, consejería y derivación oportuna a unidad correspondiente para su tratamiento. **DISCUSIÓN:** Si bien se desconoce la incidencia de EMM en pacientes con infección aguda por VHS, su incidencia anual es <1%, por lo que se considera una manifestación poco frecuente de la infección por VHS. Por otra parte, es reconocido el sinergismo entre VHS y VIH, puesto que la inmunodepresión favorece la replicación del VHS, traduciéndose en un aumento del número de recidivas, la duración de estas y la posibilidad de diseminación y complicaciones, como el EMM. **CONCLUSIÓN:** Resulta indispensable el alto grado de sospecha diagnóstica de VIH en pacientes con VHS, principalmente en presentaciones atípicas, a modo de realizar una pesquisa y tratamiento precoz.

ENFERMEDAD DE CREUTZFELDT-JAKOB, A PROPÓSITO DE UN CASO.

Ahmed Hidd Vivallos (1), Cristóbal Sánchez Troncoso (2), Carolina Toro Lara (1).
(1) Médicos EDF CESFAM Quiriquina, Servicio de Salud Ñuble, Chile
(2) Médico EDF CESFAM Penco, Servicio de Salud Talcahuano, Chile

INTRODUCCIÓN: La enfermedad de Creutzfeldt-Jakob (ECJ) es un trastorno neurodegenerativo de rápido y progresivo deterioro. Es causada por la acumulación de proteína priónica patológica en el sistema nervioso central. Se presenta de forma esporádica, hereditaria o adquirida. La esporádica es la más frecuente y representa el 85% de los casos, afectando a personas mayores de 40 años. En Chile tiene una letalidad de 2 personas por millón de habitantes, siendo un 90% dentro del primer año desde el diagnóstico. **PRESENTACIÓN DEL CASO**: Paciente femenina de 64 años, con antecedentes de hipertensión arterial, dislipidemia, autovalente y sin familiares con demencia. En noviembre de 2018 inicia cuadro de mareos, desequilibrio, disartria y confusión. Resonancia magnética (RM) de cerebro muestra hallazgos sugerentes de encefalopatía priónica. Se hospitaliza para estudio, evolucionando rápidamente con compromiso de conciencia, mioclonías, alucinaciones y déficit motor derecho. Electroencefalograma severamente alterado con disfunción lenta generalizada y puntas lentas en región frontotemporal izquierda, no se observan descargas pseudoperiódicas. Dado lo elocuente del cuadro clínico y RM, se decide no realizar punción lumbar. Se da de alta con lenguaje balbuceante, respuesta motora al estímulo nociceptivo, con paresia derecha, sin mioclonías y alimentándose por sonda naso-gástrica para cuidados paliativos de fin de vida. Familiares al tanto del pronóstico. Ingresa a programa postrados de CESFAM, presentando cuadros respiratorios reiterados, hiponatremias, desnutrición proteica y úlceras por presión, pese a evaluación nutricional, kinesiológica y médica constante. Fallece en septiembre de 2019 por neumonía. **DISCUSIÓN:** Dado el mal pronóstico de ECJ es sumamente importante el cuidado domiciliario para evitar complicaciones que puedan complejizar el manejo extrahospitalario. Desde el punto de vista de atención primaria, la adecuada educación a la familia, manejo nutricional y oportuna intervención médica son claves para prolongar la esperanza de vida al menos unos meses.

MIELOMENINGOCELE ROTO, COMO PARTE DE SÍNDROME, PRESENTACION DE UN CASO.

Ahmed Hidd Vivallos (1), Cristóbal Sánchez Troncoso (2), Pablo Filippi Calisto (3).
(1) Médico EDF CESFAM Quiriquina, Servicio de Salud Ñuble, Chile
(2) Médico EDF CESFAM Penco, Servicio de Salud Talcahuano, Chile
(3) Médico EDF CESFAM Lirquen, Servicio de Salud Talcahuano, Chile

INTRODUCCIÓN: Las disrafias espinales (DE) son defectos de cierre del tubo neural. En Chile su prevalencia es de 0,46 por 1.000 nacimientos. La etiología exacta no es conocida, incluiría factores genéticos, nutricionales y ambientales. Existe PRESENTACIÓN única o como parte de síndrome multisistémico. El Mielomeningocele (MMC) constituye su forma más grave. Compromete la médula espinal, las meninges y líquido cefalorraquídeo, que están contenidos en un saco quístico que protruye a través del defecto óseo, pudiendo o no estar roto. Clínicamente se expresa en deficiencias motoras, sensitivas y viscerales, dependiendo del nivel en que se produce el defecto. **PRESENTACIÓN DEL CASO**: Recién nacido de 37 semanas, diabetes gestacional materna. Nacimiento vía cesárea en Concepción por MMC lumbosacro a posteriori roto. Requirió ventilación mecánica por convulsiones. Tomografía con extensa dilatación bi-ventricular y escaso parénquima cerebral. Operado el día siguiente por MMC roto. A la semana se instala derivación ventrículo-peritoneal. Genetista diagnostica embriopatía diabética. En dos semanas es derivado a hospital de Chillán. No logra deglución, se mantiene con sonda nasogástrica (SNG). Neurología inicia antiepilépticos. Es contra derivado a atención primaria de salud (APS) para seguimiento. En APS (centro rural) se constata hipotonía y ausencia de reflejos primitivos. Fonoaudiología no logra estimular succión, manteniéndose SNG. Evaluado por diversas especialidades. Neurocirugía en control postoperatorio. Ortopedia por metatarso aducto bilateral. Cirugía infantil por vejiga neurogénica. Oftalmología por ulcera corneal, Nefrología infantil por infecciones urinarias recurrentes. A los 6 meses se derivó a otorrinolaringología para evaluar deglución. Por pandemia COVID-19, se retrasa hasta 6 meses. Videofluoroscopía concluye trastorno deglutorio severo. Gastrostomía actualmente pendiente. **DISCUSIÓN**: Destaca que madre del paciente, no tiene mayores antecedentes, fuera de diabetes gestacional, con partos previos normales. Para la complejidad del paciente, su contexto (ruralidad, pandemia) ha impedido el seguimiento oportuno de especialistas, lo que ha mermado su pronóstico psicomotor y nutricional.

TRASTORNO DELIRANTE CRÓNICO DE ORIGEN ORGÁNICO SECUNDARIO A ACV SECUELADO. REPORTE DE UN CASO.

Steffan Hoffmeister Vivanco (1), Julio Galaz Lobos (2), Katherine Soto Lillo (3)
(1) Médico EDF CESFAM Dr. Carlos Avendaño, (2) Médico EDF CESFAM Dra. Mariela Salgado Zepeda.
(3) Médico EDF CESFAM Padre Vicente Irarrázaval

INTRODUCCIÓN: El trastorno delirante crónico (TDC) es una patología poco común con ideas delirantes sistematizadas sin alucinaciones, deterioro del pensamiento o personalidad. En Chile la edad media de inicio es 41 años y los factores de riesgo son déficit sensoriales, consumo de sustancias y eventos estresantes recientes.[1] **CASO CLÍNICO:** Paciente masculino de 57 años con Hipertensión arterial, Fibrilación Auricular y un Accidente cerebrovascular (ACV) isquémico en Julio 2018 con hemiparesia faciobraquiocrural derecha parcialmente rehabilitada. Consulta con esposa, ambos refieren posterior a ACV inicia ideas celotípicas previamente no presentes. Esposa refiere previa leve hetero-agresividad y consumo de alcohol 3 Lt de cerveza semanal, sin otras sustancias ni diagnósticos previos. Destaca irritabilidad y alza de hetero-agresividad sobretodo verbal con hijo mayor (21 años) y esposa (47 años), no así con hija menor (11 años). Además, con síntomas depresivos leves dados por pérdida del auto-concepto desde ACV, insomnio de conciliación y mantención y apetito fluctuante. Sin suicidalidad ni autolesiones. Ideas delirantes son de contenido celotípico de engaños de esposa con vecino; que impresiona apodíctica, rumiante, recurrente e intrusiva, con vivencia egodistónica: “No tengo problemas con el vecino, pero no puedo parar de pensarlo”. Sin evidencia concreta y basada en correlaciones menores. Al examen físico sin signos de intoxicación aguda, con patologías de base compensadas. Al examen mental: Cooperador, con leve labilidad emocional dado funcionalidad motora. No agresivo ni facilitado con examinador. Discurso lógico e hilado, sin alucinaciones, juicio de realidad conservado, pero alteración del sentido de realidad dado ideas celotípicas, con insight interno parcial. Se inicia psicoterapia y Antipsicóticos: Risperidona 1 mg: 1/2-0-1. Se presenta además en consultoría con COSAM donde impresiona TDC de origen orgánico.
En control a los dos meses paciente refiere sentirse más tranquilo, con mejoría de relación de pareja dado psicoterapia y mejoría de sueño con menor intensidad de idea celotípica. Se inicia Sertralina 50 mg/día y Risperidona a 3 mg: 1/4-0-1 para optimizar efecto antipsicótico y manejar síntomas ansiosos restantes. **DISCUSIÓN**: Hay poca información respecto a la fisiopatología del TDC. En meta-análisis recientes de seguimiento post-ACV se ha visto que los fenómenos neuro-psiquiátricos pueden darse en 4.8% de pacientes tras 0,5-10 años, donde pueden darse trastornos delirantes y psicosis.[2] El reconocer este tipo de fenómenos post-ACV tanto en Neurología como en Atención primaria resulta vital para evitar mayor deterioro del paciente.

Bibliografia: *1 Mármol B, F., Luque L, R., Farouk A, M., & Fernández-Crehuet N, R. (2015). Estudio descriptivo de series de casos de trastorno delirante. Revista Chilena De Neuro-Psiquiatría, 53(4), 241-250.*
2 Stangeland, H., Orgeta, V., & Bell, V. (2018). Poststroke psychosis: a systematic review. Journal Of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry, 89(8), 879-885.

CONDUCTAS MASTURBATORIAS POR TRASTORNO ANSIOSO SECUNDARIO A TRASTORNO DE DÉFICIT ATENCIONAL NO PESQUISADO. REPORTE DE UN CASO.

Steffan Hoffmeister Vivanco (1), Julio Galaz Lobos (2), Katherine Soto Lillo (3)
(1) Médico EDF CESFAM Dr. Carlos Avendaño, (2) Médico EDF CESFAM Dra. Mariela Salgado Zepeda.
(3) Médico EDF CESFAM Padre Vicente Irarrázaval

INTRODUCCIÓN: El trastorno de déficit atencional con hiperactividad (TDAH) es un cuadro frecuente en atención primaria. En Chile aproximadamente un 52.7% de los casos posee además comorbilidades con diversos otros cuadros como Trastornos ansiosos.[1] **, CASO CLÍNICO**: Escolar de 10 años sin antecedentes importantes consulta con madre por cuadro de 4 años de evolución de conductas masturbatorias frecuentes con objetos en hogar, mal rendimiento escolar e inhibición social pese a deseo de vínculos con pares. Destaca conducta inhibida, marcadores ansiosos (bruxismo, diaforesis sin gatillante, taquicardia asociada a sensación de angustia) e insomnio de conciliación. Evaluada por asistente social, sin sospecha de abuso o vulneración. Estudio de familia: bajo riesgo. Hitos del **DESARROLLO** conservados, sin antecedentes perinatales adversos. Destaca repitencia escolar el año pasado. Específicamente consulta dado conductas masturbatorias en ambiente escolar sorprendidas por profesora con vivencia egodistónica: "No lo puedo controlar, nadie más en el curso lo hace".
Paciente evaluada en Consultoría de Salud mental infantil donde impresiona que conductas masturbatorias son secundarias a trastorno ansioso. Se recomienda educar a madre, iniciar Sertralina 25 mg/día y evaluar presencia de comorbilidad.
Al reevaluar caso; mal rendimiento escolar es por olvidos frecuentes de tareas y pruebas, dificultad de jugar con pares pues le cuesta seguir reglas de juego. Al examen mental: Retraída, mirada exploratoria sin fijar foco de atención mantenida, distractibilidad, para-respuestas al seguir hilo de conversación, psicomotricidad aumentada. Persistiendo conducta masturbatoria. Dado sospecha de TDAH como origen de trastorno ansioso y del sueño se agrega Metilfenidato 10 mg/día y Melatonina 3 mg/noche. A los 2 meses: Cese de conducta masturbatoria, mejoría del rendimiento, de síntomas ansiosos e insomnio de conciliación pese a sólo uso de Metilfenidato (no inició los otros dado buena respuesta). A los 4 meses: Dado término de año escolar sin uso de fármacos por indicación médica, sin reincidencia de síntomas ansiosos, normalización de apetito y sueño. Además, mejoría de rendimiento y auto-concepto que permitió postular a becas. Se indica retomar Metilfenidato al reiniciar año escolar. **DISCUSIÓN**: El TDAH es un trastorno multifactorial que puede tener comorbilidades asociadas por componentes genéticos o ser predisponente a otros trastornos.[2] En este caso se propone que un TDAH no pesquisado fue predisponente a un trastorno ansioso, del sueño y de conducta masturbatoria que resolvió sin necesidad de psicofármacos específicos para cada síntoma al tratar la posible causa de base.

Bibliografia: *1 Sandoval I, Angélica, (2009). Enfrentamiento terapéutico del trastorno por déficit atencional en una población infantil escolar perteneciente a la Región Metropolitana de Chile. Revista chilena de neuro-psiquiatría, 47(1), 34-42*
2 Puddu, Giannina, Rothhammer, Paula, Carrasco, Ximena, Aboitiz, Francisco, & Rothhammer, Francisco. (2017). Heritability and genetic comorbidity of attention deficit disorder with hyperactivity. Revista médica de Chile, 145(3), 368-372.

HERPES ZOSTER EN PACIENTE PEDIATRICO, REPORTE DE UN CASO

Matías Honorato Guzmán, Franz Verdugo Zúñiga, Diego Ramírez Charme
Médicos EDF Cesfam Chépica

INTRODUCCIÓN: el virus varicela zóster (VVZ) es el responsable de la varicela como primoinfección y del herpes zóster (HZ) cuando se produce la reactivación del virus latente en los ganglios sensitivos. En contraste con la primoinfección, que suele ocurrir con más frecuencia en la infancia, el HZ es más frecuente en pacientes mayores de 45 años y en inmunodeprimidos. Los principales factores de riesgo para el HZ infantil son la inmunosupresión y la varicela materna durante el segundo trimestre del embarazo o la varicela durante el primer año de vida del niño. Las dos últimas situaciones no permiten que se forme una respuesta anti-VVZ duradera por la inmadurez de su sistema inmune. El HZ en la infancia es una enfermedad leve, con excepción de inmunosuprimidos, que tienen mayor riesgo de complicaciones. El diagnóstico es clínico, en casos dudosos se puede realizar citodiagnóstico de Tzanck, serologías mediante inmunofluorescencia indirecta o directa, o la detección del ADN del virus por PCR. **PRESENTACIÓN DEL CASO:** paciente de 6 años de edad, sexo masculino, sin antecedentes mórbidos, consulta por cuadro de 2 dias de evolucion de aparicion de lesiones en region dorsal y toracica izquierda unilateral pruriginosas, no dolorosas, sin otra sintomatologia agregada. Al interrogatorio madre niega antecedentes familiares de infección por herpes, que paciente haya padecido varicela ni haber sido vacunado previamente. Al examen físico paciente se encuentra en buenas condiciones generales, afebril, IMC adecuado para la edad, al examen dermatológico se observan múltiples vesículas agrupadas en forma de racimo sobre una base eritematosa las cuales se distribuyen linealmente siguiendo el recorrido del dermatomo sensitivo T4 izquierdo. Dado clínica del paciente se diagnostica Herpes Zoster y se inicia tratamiento farmacológico con aciclovir vía oral junto con antihistamínicos. A los 10 días las lesiones secaron completamente y cayeron las costras sin dejar secuelas. **CONCLUSIÓN:** La exposición previa al virus de la varicela es un requisito indispensable para la reactivación del virus y la presentación de herpes zóster, sin embargo, es importante no descartar su diagnóstico en la infancia por ausencia de antecedentes de infección primaria de varicela. Debemos considerar todas las causas posibles que expliquen un herpes zoster en la infancia. El estado inmunológico del niño en el momento de adquirir la primoinfección es un factor determinante que aumenta las probabilidades de desarrollar HZ en la infancia.

TIROIDITIS DE QUERVAIN, REPORTE DE UN CASO

Matías Honorato Guzmán, Franz Verdugo Zúñiga, Diego Ramírez Charme
Médicos EDF Cesfam Chépica

INTRODUCCIÓN: la tiroiditis de De Quervain, también denominada Tiroiditis subaguda o tiroiditis de células gigantes es un proceso inflamatorio autolimitado de la tiroides de probable etiología viral, dado que no esta completamente dilucidada, frecuentemente precedida por un cuadro infeccioso del tracto respiratorio superior 2 a 8 semanas previas. Su diagnóstico es fundamentalmente clínico y la ecografía está indicada para excluir diagnósticos diferenciales. Su PRESENTACIÓN clínica consiste en dolor en la porción baja del cuello, fiebre, astenia, bocio y elementos clínicos de hipertiroidismo. En los exámenes de laboratorio revelan eritrosedimentación elevada, usualmente mayor de 50 mm/h, leucocitosis leve y dependiendo de la fase el perfil tiroideo puede revelar alteraciones de hipo o hipertiroidismo. La terapia está dirigida a disminuir el dolor y controlar los signos de excesos de hormonas tiroideas, si están presentes. **PRESENTACIÓN DEL CASO:** paciente de 57 años, sexo masculino, con antecedentes de hipertension arterial y gonartrosis leve, consulta por dolor en region cervical de 7 dias de evolucion que empeora con la deglucion, al examen fisico destaca frecuencia cardiaca de 100 latidos por minuto, faringe hiperemica sin exudado, amigdalas de tamaño conservado, examen cardiopulmonar sin alteraciones, cuello doloroso a su palpacion en cara anterior, bocio difuso sin nodulos ni adenopatias. Ante la sospecha de patología tiroidea se solicitan exámenes en lo cuales destaca hemograma 12.000 leucocitos, VSH 90 mm/h, PCR 120 mg/L, perfil tiroideo TSH 0.01 uU/ml, T4L 2,18 ng/dl, T3 530 ng/dl, anticuerpos antimicrosomales y anti tiroglobulina negativos, la ecografía de tiroides presenta una tiroides aumentada de tamaño con hipoecogenicidad global y escasa vascularización con la ecografía doppler. Se inició tratamiento con antiinflamatorios no esteroidales y propanolol con mejoría clínica del paciente y normalización del laboratorio en 8 semanas. **CONCLUSIÓN:** la tiroiditis de quervain es una entidad poco frecuente en APS, sin embargo, debemos poseer un alto índice de sospecha ante dolor anterocervical, elevación de la VSH y alteración de la función tiroidea. La ecografía es una herramienta clave para excluir diagnósticos diferenciales. Su fácil confusión con otras patologías de cuello más frecuentes como las faringoamigdalitis puede llevar al retardo en su diagnóstico. Actualmente disponemos de todas las herramientas necesarias para realizar el abordaje integral de la tiroiditis de quervain desde la atención primaria de salud, logrando evitar en consecuencia tratamientos innecesarios.

SÍNDROME DE BURNOUT EN EL PERSONAL CLÍNICO DEL CENTRO DE SALUD FAMILIAR (CESFAM) DE LAS COMPAÑIAS DE LA SERENA, EN TIEMPO DE PANDEMIA POR SARS-COV 2

Francisco Hoyos Bachiloglu (1), Solange Muñoz Araya (1), Camila Cifuentes Urzúa (2), Jorge Dubó Ortiz (1), Andrea Miranda Canihuante (1)
(1) Médico EDF, CESFAM Las Compañias, (2) Médico EDF, Hospital de Los Lagos

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS: La pandemia por SARS-CoV2 ha impactado de manera dramática a la humanidad, siendo el personal de la salud afectado tanto del punto de vista laboral como personal. La incertidumbre, la sobrecarga asistencial, el mayor riesgo de contagio, entre otros ha exigido una gran carga emocional tanto en Chile como en el resto del mundo. El "Informe preliminar Nº 1 Chile: Síntomas depresivos y malestar psicológico", (U. de Chile, 2020) mostró que el 31,4% reportó síntomas depresivos moderados o graves, casi el doble que otro estudio previo a la pandemia. Por lo anterior se pretende determinar la presencia de Síndrome de Burnout en el personal clínico del CESFAM de Las Compañías de la Serena en tiempos de pandemia por SARS-CoV2, así como su asociación con otras variables en estudio. **MATERIAL Y METODO**: Se realizó un estudio transversal analítico en personal del CESFAM. Se incluyó a funcionarios voluntarios, que se mantienen en interacción directa con pacientes, con más de 6 meses de permanencia en el centro. Se excluyeron a aquellos que durante el año 2020 cursaron con permisos especiales para apartarse del trabajo por el riesgo de presentar cuadro grave para SARS-CoV2, resultando en 34 personas. Para esto se aplicó la encuesta autoadministrada *Maslach Burnout Inventory - Human Services Survey (MBI-HSS)* mediante documento impreso o digital. Esta encuesta se subdivide en 3 subcategorías, agotamiento emocional (EE), despersonalización (DP) y realización personal (PA), cada una puntuada según la frecuencia de suceso de distintas situaciones. Además, de la encuesta MBI-HSS, se interrogó para las siguientes variables: sexo, edad, aumento del peso, tener hijos menores de 18 años, convivir con personas de riesgo, realizar turnos en SAPU o extensión horaria, pasatiempos, practicar actividad física regular y vacaciones el último año. Para el procesamiento de datos se usó la aplicación EPIDAT 3.1, con Intervalo de Confianza (IC) de 95%. **RESULTADOS Y CONCLUSIONES:** Del total, se excluyeron 3 encuestas debido a respuestas nulas o dobles. Se encontró que 21 funcionarios presentaban, al menos, alguna de las 3 subescalas alteradas, representando que el 67.74% presentaba Síndrome de Burnout. De las otras variables estudiadas, la prevalencia de EE en quienes hacen turnos SAPU o extensión horaria fue de 76,9% y para aquellos que no realizan de un 33,3%, con una Razón de Prevalencia (RP) de 2,307 (IC 95% 1,12 – 4,73, p 0,0421). No se evidenciaron otras asociaciones significativas. Se concluye que realizar turnos o extensión horaria aumenta en 130% la probabilidad de presentar EE. **DISCUSIÓN O COMENTARIOS:** El personal de salud se encuentra expuesto a múltiples factores no medidos en este estudio, que pueden influenciar en el DESARROLLO de Burnout, por lo que sería esencial abordar este síndrome en múltiples ejes. Particularmente en lo expuesto en este trabajo, sería útil buscar medidas para proteger la salud mental de los funcionarios de salud, como la implementación de horario protegido posturno y evitar turnos en días consecutivos. Sería interesante, además, realizar este estudio con más participantes.

SÍNDROME POLIGLANDULAR AUTOINMUNE TIPO II, A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO

Camilo Huerta mejías, Antonio Ramírez Hidalgo, Francisca Arriagada Prussing
Médicos EDF Hospital Comunitario de Til Til

INTRODUCCIÓN: El síndrome poliglandular autoinmune tipo II corresponde a un síndrome inmunoendocrinopático caracterizado por la triada de insuficiencia suprarrenal, tiroiditis de Hashimoto y diabetes mellitus tipo 1. Este síndrome suele diagnosticarse entre la tercera y cuarta década de la vida siendo más frecuente en mujeres que en hombres. **OBJETIVO:** Describir la atención de un paciente con Síndrome poliglandular autoinmune tipo II. **CASO CLÍNICO:** Paciente de 35 años sexo masculino, con antecedente de Diabetes Mellitus tipo 1, Hipotiroidismo e insuficiencia suprarrenal en tratamiento farmacológico con mala adherencia, consulta a Servicio de Urgencia por cuadro de 8 horas de vómitos, diarrea y dolor abdominal difuso. Ingresa en regulares condiciones, taquicárdico hasta 125 latidos por minuto, presión arterial con tendencia a la hipotensión con valores de 98/73, taquipneico hasta 28 rpm, HGT en 505. Al examen físico destacaba hidratación parcial, abdomen sensible a la palpación difusa. Se solicita test rápido de orina donde destaca glucosa +++ y cetonas +++ y exámenes rápidos donde destaca pH en 7.31, K 6.25. Se inicia SF 0.9% 1 litro y luego bolo de insulina junto a bomba de insulina. Control a las 2 hrs con exámenes, HGT en 129, pH en 7.25, K en 4.66. Se interpreta como insuficiencia suprarrenal aguda por antecedente de suspensión de cortisol hace 48 hrs, por lo que se indica hidrocortisona vía endovenosa, con dos de tres pilares del síndrome principal descompensados se logra coordinar traslado a Hospital de mayor complejidad. **DISCUSIÓN:** En el caso del paciente descrito anteriormente, este ya presentaba el diagnóstico de síndrome poliendocrino autoinmunitario tipo 2 dado por la tríada de enfermedades descritas anteriormente, caracterizada entonces por trastornos inmunes que destruyen los tejidos endocrinos. El tratamiento de este síndrome dependerá de las deficiencias encontradas, dado que también se puede acompañar de enfermedad celíaca, insuficiencia gonadal, miastenia gravis o con patologías del SPA tipo 1 (insuficiencia suprarrenal primaria con hipoparatiroidismo y candidiasis mucocutánea). Cabe destacar que algunas de estas patologías son pueden ser letales en caso de no reconocerlas, tratarlas y mantener la adherencia al tratamiento. **CONCLUSIÓN:** El paciente con los antecedentes entregados y al señalar su falta de adherencia a tratamiento, permitió administrar oportunamente un tratamiento adecuado para sus patologías ante la sospecha de cetoacidosis diabética e insuficiencia suprarrenal aguda, logrando su estabilización para poder ser trasladado.

HEMATOMA SUBDURAL AGUDO COMO FORMA DE PRESENTACIÓN DE PURPURA TROMBOCITOPÉNICO INMUNOLÓGICO, A PROPÓSITO DE UN CASO.

Alex Hurtado Molina, Carlos Varas Fernández, Catherin Marulanda Sepulveda
Médicos EDF Hospital de Yungay

INTRODUCCIÓN: El Púrpura Trombocitopénico Inmunológico (PTI) es una de las causas más frecuentes de trombocitopenia. Se origina por la presencia de autoanticuerpos dirigidos contra antígenos de la superficie plaquetaria, provocando sobrevida acortada y producción subóptima de plaquetas a nivel medular. Su diagnóstico es clínico. Muchos pacientes son asintomáticos. Los síntomas están relacionados con la trombocitopenia y hemorragia secundaria. La gravedad es variable, desde casos asintomáticos hasta una hemorragia grave. Aunque la hemorragia severa es rara, como se muestra en caso, debemos tener presente el PTI en todo paciente con trombocitopenia severa y focalización neurológica. (Aranguiz, y otros, 2021). **CASO CLÍNICO:** femenina de 86 años, sin antecedentes, que debuta de forma súbita con disartria y afasia, sin trauma previo, por lo que acude a Hospital de Yungay, donde se sospecha ACV en ventana siendo derivada al Hospital de Chillán. Destacaban en los exámenes iniciales hemograma con recuento plaquetario de 7000, con resto de otras líneas hematológicas normales. TAC de cerebro mostró un hematoma subdural agudo frontotemporal izquierdo. La exploración física mostro disartria leve y petequias. Al no tener indicación quirúrgica se contraderiva a su hospital para observación, donde cuadro neurológico se deterioró con mayor disartria, por lo cual se realiza otro TAC que mostró progresión del hematoma subdural. Un nuevo hemograma informó 5000 plaquetas. Se transfundieron 4 unidades de plaquetas y éstas ascendieron a 15000. Evaluada por hematología, se descartó causa secundaria de trombocitopenia con serología de hepatitis B, C, VIH, ANA negativos, EDA con test ureasa (-), por lo cual se diagnosticó de PTI y se instauró tratamiento con pulsos de dexametasona. La situación neurológica de la paciente mejoro con lo cual cedió la disartria y afasia. El último recuento plaquetario fue de 77000 plaquetas. **DISCUSIÓN:** El diagnóstico de PTI es básicamente clínico y de exclusión, descartándose otras causas de Trombocitopenia, especialmente si es aislada y sin otras citopenias asociadas. Se recomienda como estudio básico realizar hemograma, ANA, serología viral para descartar VIH e infecciones por hepatitis. No está indicado realizar estudio de médula ósea. El OBJETIVO del tratamiento es alcanzar un recuento plaquetario seguro evitando sangrado mayor. Para los pacientes con hemorragias graves (intracerebral, gastrointestinal) y recuento de plaquetas menor a 30.000/uL, se recomienda transfusión de plaquetas en conjunto con Gamaglobulina Hiperinmune (IVIG) y corticoides. **CONCLUSIÓN:** Como se analizó en este caso, se debe tener presente el diagnostico de PTI ante todo paciente con trombocitopenia severa y focalización neurológica, además de la toma precoz de una neuroimagen, con el fin de evaluar la presencia de hemorragia intracraneana e instaurar un tratamiento rápido evitando la progresión del sangrado y mejorando el pronóstico de la enfermedad, con las consecuencias que esto tiene en la calidad de vida del paciente.

PARAPARESIA ESPÁSTICA ASOCIADA A INFECCIÓN POR HTLV-I. CASO CLÍNICO

Carlos Ibáñez Toledo (1), Cristóbal Fuentes Banda (2), Sylvia Toledo Roldan (3)
(1) Médico EDF, CESFAM Coltauco, (2) Médico EDF CESFAM San Manuel, (3) Matrona UACH, particular

INTRODUCCIÓN y OBJETIVOS: El virus linfotrópico humano tipo 1 (HTLV-1) genera trastornos como la mielopatía inflamatoria crónica y progresiva, conocida como mielopatía asociada al HTLV-1 (MAH), caracterizada por un cuadro clínico de paraparesia espástica. Su período de incubación puede abarcar desde años hasta décadas y uno de sus mecanismos de transmisión ocurre por transfusiones sanguíneas. La terapia probada hasta la fecha ha sido amplia, pero con éxito limitado. Por el momento, el tratamiento es sintomático y rehabilitador, enfocado en el control de la espasticidad, el dolor neuropático y las alteraciones de los esfínteres. En 2015 Boostani y colaboradores obtuvieron RESULTADOS promisorios con una terapia triple consistente en dosis de 180 microgramos de IFN-α una vez a la semana, 10-20 mg/kg/día de ácido valproico y 5 mg/día de prednisolona durante 6 meses. **MATERIAL Y METODO:** Paciente femenina 65 años, año 1988 antecedente de transfusiones sanguíneas múltiples, en puerperio inmediato por hemorragia post parto. Evoluciona 20 años posterior con ITU recurrente, vejiga neurogénica, espasticidad de extremidades inferiores y alteración de la marcha. En Test Elisa y en muestra control ISP: PCR e inmunofluorescencia positiva para virus HTLV-I. Aplicación Escala espasticidad Ashworth, escala Osame discapacidad motora y cuestionario de incontinencia urinaria ICIQ-SF pre y post tratamiento. Se inicia tratamiento con Pegasys una vez a la semana, Valcote ER 750mg/día y prednisona 5mg/día. Se realizaron exámenes hemograma, pruebas de función hepática y pruebas de función tiroidea para investigar posibles complicaciones durante el periodo de tratamiento.

RESULTADOS y CONCLUSIONES

Escala Ashworth			
Articulación	**tiempo de tratamiento (meses)**		
	0	**2**	**6**
cadera derecha	0	0	0
cadera izquierda	0	0	0
rodilla derecha	1	1	0
rodilla izquierda	1	1	0
tobillo derecho	2	0	1
tobillo izquierdo	1	0	1

0= normal, 1= resistencia mínima, 2= resistencia moderada, 3= resistencia marcada difícil completar rango articular, 4= Contractura fija.
Evolución moderada en la discapacidad motora y espasticidad, 6 meses post tratamiento.
Escala motora discapacidad Osame= 4 puntos pre y post tratamiento: Necesita pasamanos para subir escaleras.
Cuestionario de incontinencia urinaria ICIQ-SF: Síntomas urinarios sin cambios.
Se necesitan más estudios para mejorar la estrategia de tratamiento en MAH.

BASES ANATOMICAS DE LAS TRANSFERENCIAS NERVIOSAS EN LESIONES DE NERVIOS MOTORES EN MIEMBRO SUPERIOR.

Carlos Ibáñez Toledo (1), Cristóbal Fuentes Banda (2)
(1) Médico EDF CESFAM Coltauco, (2) Médico EDF CESFAM San Manuel

INTRODUCCIÓN: Las lesiones nerviosas proximales del miembro superior y del plexo braquial, están asociadas con un mal pronóstico. Existen técnicas de transferencias nerviosas para la recuperación funcional en lesiones nerviosas graves. Se define transferencia nerviosa como aquella técnica quirúrgica consistente en la sección de un nervio o fascículo del mismo (donante), sacrificando su función original, para unirlo con el cabo distal de un nervio receptor, cuya función perdida se busca restablecer. **MATERIAL Y METODO:** El nervio donante ideal para una transferencia nerviosa motora debe ser: Un nervio motor, colocarse directamente en el nervio lesionado sin el uso de un injerto nervioso interpuesto, la coaptación directa puede ocurrir sin tensión, tener una gran cantidad de axones motores, no resultar en una perdida funcional, pues la función del nervio donante es prescindible o esta duplicada y tener una función sinérgica con el nervio receptor. **CASO CLÍNICO**: Paciente de 45 años masculino quien sufre una lesión por arma de fuego en el tórax. Seis meses posteriores a la lesión, presenta un déficit del plexo braquial derecho, que incluye un grado (MRC) 0/5 para la flexión de codo. La electromiografía (EMG) mostró una lesión parcial o completa de los nervios mediano, ulnar, radial, musculocutáneo y su rama del bíceps. Una vez aislados, la incisión se extendió a la axila para exponer el nervio toracodorsal lateral. Identificación de: rama del bíceps y la rama lateral del N. toracodorsal. Trasferencia de la rama lateral del nervio toracodorsal a la rama del bíceps y finalizando con coaptación. **RESULTADOS:** Control clínico a los 2, 4 y 12 meses. El paciente no presentó complicaciones del dorsal ancho a los 2 meses. El bíceps no demostró nuevas señales en la EMG. A los 4 meses, progresó al grado MRC 1/5 para la flexión del codo con una contracción muscular visible del tendón del bíceps. A los 11 meses, la EMG demostró una mejora en el bíceps y un aumento significativo de la anterior EMG. Las del dorsal ancho, permanecieron normales. Además, había progresado en fuerza muscular al grado MRC 4/5 con aumento de contracción del bíceps. **CONCLUSION**: Se cumplen los criterios aceptados como válidos para la transferencia nerviosa. Se necesitan estudios prospectivos más amplios para comprender el verdadero potencial de esta transferencia nerviosa y estandarizar técnicas quirúrgicas para el tratamiento de lesiones nerviosas complejas del miembro superior.

DEGENERACIÓN COMBINADA SUBAGUDA POR DÉFICIT DE VITAMINA B12: REPORTE DE CASO.
Edgard Ibáñez González, Camila Delgado Ávila, Sebastián Oyanedel Pérez, Diego Montesinos Toro
Médicos EDF SAR Miraflores

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS: Se le denomina Degeneración Combinada Subaguda (DCS) a la mielopatía por déficit de vitamina B12, este déficit puede causar debilidad, ataxia, parestesias que pueden progresar a espasticidad o paraplejia. Topográficamente, el compromiso afecta a los cordones posteriores o póstero-laterales de la médula espinal. El OBJETIVO de este trabajo radica en la importancia de mostrar una patología de baja frecuencia, alta gravedad y fácil tratamiento. **MATERIAL Y MÉTODO:** Se revisó bibliografía indexada en Pubmed bajo los conceptos MeSH "Vitamin B 12" AND "Subacute Combined Degeneration" OR "Spinal Cord Diseases". Bajo los filtros "Review" y "last 10 years". La información del CASO CLÍNICO fue obtenida de los datos de atención en la urgencia y hospital de referencia posterior a su derivación. **RESULTADO Y CONCLUSIONES:** Paciente femenina de 71 años con antecedente de hipertensión arterial, consulta por cuadro de 5 meses de evolución de debilidad de miembros inferiores e inestabilidad de la marcha progresiva. Al examen físico marcha débil con ataxia, fuerza M4 de extremidades inferiores y plantar equino con reflejo extensor bilateral. Se realiza estudio inicial que destaca megacariocitosis sin anemia. Resonancia nuclear magnética (RNM) de encéfalo, columna cervical, dorsal y lumbar sin hallazgos patológicos. Electromiografía (EMG) evidenció polineuropatía asimétrica distal de tipo mixto de predominio axonal - sensitivo de curso subagudo a crónico. Vitamina B12 con déficit en 100 pg/ml. Se indica tratamiento con complejo B 10.000 cada 7 días por 3 semanas. Al mes de control sin mejoría de síntomas. **DISCUSIÓN:** La deficiencia de vitamina B12 tiene una prevalencia del 1-2% en la población general y aproximadamente un 10-15% en adultos mayores y hospitalizados. Presenta dos síndromes típicos: Síndrome anémico y DCS de la médula espinal. El DCS debe sospecharse en pacientes mayores con cuadro de mielopatía de 3 o más semanas, macrocitosis, déficit de B12 con VCM aumentado y ausencia de otras lesiones. Esta patología es tratable y los síntomas son reversibles por lo tanto es necesario tratar de inmediato el déficit, ya que el pronóstico para la recuperación depende de la prontitud con la que se inicie.
Podemos concluir que es importante contar con un fácil acceso en la atención primaria a la detección de niveles de vitamina b12 ya que tiene fácil tratamiento y se evitarían cuadros clínicos que en ocasiones son severos, no reversibles y de pronóstico incierto.

ANEMIA DE CÉLULAS FALCIFORMES: DIAGNÓSTICO A CONSIDERAR EN EL CHILE ACTUAL
Alejandro Iglesias Manríquez (1), Valeria Pizarro Cortés (2)
(1) Médico EDF Hospital de Vicuña, (2) Médica EDF Departamento de Salud Municipal de Vicuña

INTRODUCCIÓN y OBJETIVOS: Con el aumento de la inmigración en Chile se han generado nuevas oportunidades y desafíos, dentro de los éstos últimos se encuentra el aumento de prevalencia de enfermedades poco frecuentes en Chile como lo es la anemia por células falciformes. La anemia por células falciformes es una patología autosómica recesiva de alta prevalencia en algunas regiones de África, Asia y América, en esta última principalmente en países con mayor población afrodescendiente, existiendo en Haití una prevalencia del 13.2%. La anemia por células falciformes se caracteriza por un defecto en la formación de la hemoglobina, provocando la deformación estructural del glóbulo rojo en la microcirculación y con ello hemólisis, oclusión de la microcirculación e infartos. Se asocia a alta morbimortalidad, siendo las crisis vasoclusivas dolorosas, las infecciones y el síndrome torácico agudo las manifestaciones más frecuentes. **MATERIAL Y METODO:** Revisión de un caso a partir de análisis de ficha clínica, exámenes y de literatura médica. **RESULTADOS:** Se presenta el caso de paciente de 28 años, de nacionalidad Haitiana, afrodescendiente, sin manejo del idioma español, con antecedente de anemia de células falciformes, sin controles ni tratamientos. Consulta por cuadro de 1 día de evolución de dolor intenso a nivel del brazo izquierdo y muslos. Al examen físico destaca ictericia de piel y mucosas, afebril. Se solicitan exámenes de laboratorio que destaca bilirrubina total de 3,97 (3,35 indirecta), hemoglobina 8,2 normocítica-normocrómica. Se hospitaliza en hospital de baja complejidad para manejo del dolor y observación. Al día siguiente se toman nuevos exámenes que destaca empeoramiento de la anemia la cual posee al frotis características hemolíticas. Durante su evolución destaca intenso dolor con requerimiento de opioides endovenosos. Al 5° día se agrega dolor torácico y lumbar intenso, incluyendo respuesta parcial a fentanyl, en estudio destaca ECG normal. Finalmente, el usuario es derivado a centro de mayor complejidad para continuar evaluación y manejo. **DISCUSIÓN y CONCLUSIONES:** El reconocimiento y manejo de patologías poco frecuentes en Chile y las barreras idiomáticas con algunos pacientes generan nuevos desafíos para los equipos de salud. Es de vital importancia la preparación del equipo para estas nuevas patologías para que, a través del reconocimiento precoz, estudio y manejo adecuado podamos mejorar de manera significativa la calidad de vida de las personas que las padecen.

GLAUCOMA CONGÉNITO. A PROPÓSITO DE UN CASO.
Claudio Iglesias Mohr
Médico EDF DESAMU El Carmen

INTRODUCCIÓN: El glaucoma congénito corresponde a un conjunto de anomalías oculares que traen como consecuencia el aumento de la PIO y posterior daño del nervio óptico, causando pérdida progresiva de la visión y eventual ceguera si no se corrige, siendo una causa importante de ceguera infantil en el mundo. Su incidencia es de 1 por cada 15000 nacidos vivos, siendo bilateral en el 75% de los casos y afectando más a varones (65%). Sus síntomas clásicos son fotofobia, blefaroespasmo y lagrimeo. El tratamiento de elección es la trabeculectomía, sin embargo, necesita controles de por vida. **Caso**: Se presenta el caso de una infante de 9 años, antecedentes de Glaucoma congénito ojo derecho operado a los 3 años de edad y coloboma izquierdo, en tratamiento con Brimonidina, Dorzolamida y Timolol, pero sin controles por especialidad hace más de un año. Reconsulta en UAPO del Hospital El Carmen por dolor ocular, fotofobia y ojo rojo. Agudeza visual: OD M/M, OI Sin visón. A la BMC: Queratitis epitelial +++, buftalmos y megalocornea. PIO OD: +52mmhg. Se inicia tratamiento con Bimatoprost 0.01% + Brimonidina 0.15% + Timolol 0.5%. Se realiza ecografía ocular por sospecha de tumor de iris, el cual es descartado. Mejoría clínica con terapia prescrita. PIO digital actual normal, pero con periodos intercurrentes de reactivación de queratitis. **CONCLUSIÓN**: Es importante para el equipo APS conocer la existencia de esta afección para su rápida detección, ya que el futuro visual del paciente dependerá en gran medida de la prontitud del diagnóstico e inicio del tratamiento, con el OBJETIVO de preservar en la mayor medida posible, la visión del paciente. Al momento del diagnóstico es importante que el médico siempre recalque a los padres que el tratamiento en la mayoría de las ocasiones es complejo y para toda la vida independiente de la cirugía.

MELANOMA OCULAR. A PROPÓSITO DE UN CASO.
Claudio Iglesias Mohr,
Médico EDF DESAMU El Carmen

INTRODUCCIÓN: Los tumores primarios malignos intraoculares son infrecuentes, presentándose 6 casos por millón de habitantes, siendo el melanoma el tipo más común adultos. Prolifera a partir de los melanocitos de la Úvea. El 95% de ellos se desarrolla en coroides y cuerpos ciliares, y excepcionalmente en iris. Afecta con mayor frecuencia a varones blancos entre los 50 y 70 años, cayendo su incidencia sobre los 70. El síntoma principal es la perdida de agudeza visual. Es un tumor agresivo y con particular afinidad por hígado, lugar donde se alojan la mayoría de sus metástasis. El pronóstico y tratamiento dependerá del grado de avance, siendo la enucleación el tratamiento de elección en la mayoría de los casos. **Caso:** Se presenta el caso de un varón de 57 años, antecedentes de traumatismo ocular ojo derecho en la infancia, quien consulta en el Hospital de El Carmen (Ñuble) por pérdida paulatina de la visión del ojo derecho de 1 mes de evolución. A la oftalmoscopía se observa un desprendimiento parcial de retina en polo superior asociado a una imagen ovoidea mal delimitada. Se plantea lesión tumoral como causa subyacente del desprendimiento. Se realizó una TC orbitaria que informa lesión nodular de aspecto neoplásico. Se complementó estudio con RNM que informa un probable melanoma ocular. Se realizó etapificación que fue negativa para metástasis extraocular, por lo que se realiza la enucleación. Biopsia: Cancer ocular uveal coroideo. Histología: Melanoma predominantemente epiteloideo. Actualmente paciente en controles, sin evidencia de metástasis a distancia.
CONCLUSIÓN: Si bien los canceres oculares son infrecuentes, es importante saber de su existencia, así como también considerar la importancia del manejo y entrenamiento en oftalmoscopía, un examen sencillo, disponible en la mayoría de los centros APS del país y que constituye una valiosa herramienta para valorar la salud visual de nuestros pacientes.

SEGUIMIENTO DE FUNCIONARIOS DE SALUD DE HOSPITAL MAULLÍN VACUNADOS CON VACUNA CORONAVAC EN ESQUEMA DE 2 DOSIS
Pablo Iglesias Narváez, Matías Garrido Valenzuela, Camila Ormeño Candia
Médicos EDF Hospital de Maullín

INTRODUCCIÓN: la vacuna CoronaVac fue aprobada para uso de emergencia en Chile con reportes de RESULTADOS preliminares de grupos de estudios internacionales en fase III, sin publicar aún un estudio de este tipo en la literatura internacional. **OBJETIVO**: dar seguimiento a la incidencia de sintomatología y diagnóstico COVID-19 en funcionarios de salud vacunados con CoronaVac en esquema 2 dosis. **METODOLOGÍA**: estudio longitudinal descriptivo en funcionarios de salud del Hospital Maullín que recibieron las dosis de la vacuna CoronaVac a contar del 3 de febrero de 2021. Desde la fecha de la primera inoculación, se realiza seguimiento semanal de reacciones adversas y de sintomatología COVID-19, como también seguimiento de RESULTADOS de PCR SARS-Cov-2 por un plazo de 10 semanas. Indicador primario: infección sintomática COVID-19, Indicadores secundarios: resultado PCR +, consultas en urgencia por COVID-19, hospitalización por COVID-19, frecuencia y duración de reacciones adversas. **RESULTADOS**: se enrolaron 41 voluntarios en el estudio. 60,98% mujeres, promedio edad 34,6 años, 21,9% tuvo COVID-19 previo a la vacunación. Tras la primera dosis, solo un funcionario tuvo COVID-19 dentro de los primeros 14 días de seguimiento. Ningún funcionario reportó síntomas sospechosos de COVID-19 ni PCR + posterior a los primeros 14 días tras la primera dosis. 47,4% tuvo alguna reacción adversa posterior a la administración de la primera dosis, 31% tras la segunda dosis. **DISCUSIÓN**: desde el inicio de la vacunación hubo solo un caso de covid-19 sintomático, con exposición muy precoz en relación a la administración de la primera dosis. Se observa a su vez una disminución de las reacciones adversas toleradas en la segunda dosis, en relación a la cifra reportada tras la primera. Esto último podría favorecer adherencia a esquemas con mayor cantidad de dosis, de ser necesarias en el futuro.

SEGUIMIENTO DE PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE EN ATENCIÓN PRIMARIA: UNA PERSPECTIVA VÍA TELEMEDICINA.

Pablo Iglesias Narváez, Mario Vargas Ross, Camila Garay Schmitt
Médicos EDF, Hospital de Maullín

INTRODUCCIÓN: la atención por especialidad vía telemedicina en atención primaria (APS) constituye una estrategia para enfrentar las brechas en horas de especialidad de los centros de referencia. **OBJETIVO**: describir la evolución de una cohorte de pacientes en controles por artritis reumatoide (AR) en un hospital de baja complejidad, supervisado por Reumatología vía telemedicina. **MATERIAL Y METODO**: estudio longitudinal no concurrente de pacientes con diagnóstico de artritis reumatoide ingresados a controles por telemedicina entre junio de 2017 a agosto de 2019. Se realiza seguimiento de las indicaciones por especialista por un plazo mínimo de 2 meses, revisando las fichas clínicas de atención primaria y centro de referencia. Indicador primario: valor del puntaje de actividad de la enfermedad (DAS-28), Indicador secundario: porcentaje de descenso de parámetros inflamatorios, presencia de erosiones en radiografía, número de antirreumáticos e indicación de terapia biológica. **RESULTADOS y CONCLUSIÓN:** se seleccionaron 17 pacientes con diagnóstico de AR que aceptaron seguimiento en atención primaria. 4 pacientes con diagnóstico AR seronegativa. Promedio seguimiento 11 meses, mediana 9 meses. Promedio DAS-28 ingreso: 5,18, promedio DAS-18 último control: 3,57, descenso mensual promedio DAS-28 0,14. Porcentaje de descenso promedio de parámetros inflamatorios: 14% para VHS y -66% para PCR. 2 casos nuevos de erosiones articulares durante el seguimiento. 11 pacientes con monoterapia antirreumática, 4 con 2 antirreumáticos, 2 con 3 antirreumáticos, una de ellas con indicación de terapia biológica. **DISCUSIÓN**: hubo una disminución de la actividad de la enfermedad en el seguimiento en APS supervisado vía telemedicina. Esto podría ser una alternativa viable para mantener controles de artritis reumatoide en pacientes con escasa oportunidad de acceder a atención directa por especialista, sin embargo, no se sabe que grado de severidad se beneficia más de esta estrategia.

CASTRACIÓN QUIMICA EN TRASTORNO HIPERSEXUAL

Ariel Alexis Illanes Retamal, Fernanda Urrizola Barrientos
Médicos EDF Hospital de Curacautin

INTRODUCCIÓN: El Trastorno Hipersexual (THS) puede provocar comportamientos difíciles de manejar, enfocados principalmente a terapias psicológicas (terapia cognitivo conductual, terapia familiar, mindfulness, etc) sin embargo no existe un tratamiento optimo y validado por expertos. **OBJETIVO:** El OBJETIVO de este estudio es otorgar una alternativa terapéutica a los THS mediante la castración química. **MATERIAL Y METODO:** Revisión de CASO CLÍNICO. **RESULTADOS:** Paciente masculino de 30 años con antecedentes de epilepsia en la infancia, déficit cognitivo leve y alcoholismo. En controles con Psiquiatra desde 2018 por conductas hipersexuadas, además de psicosis en relación a consumo de alcohol. Se inicio tratamiento con psicoterapia y farmacoterapia inicial (Acido Valproico, Risperidona, Diazepam, Disulfiram, Modecate) con buena respuesta a episodios psicóticos y logrando abstinencia alcohólica, pero persistiendo conductas inadecuadas e hipersexuadas con los consecuentes problemas sociales. Es por esto que se decide presentar a comité de ética, donde se autoriza terapia hormonal con Triptorelina FA 22,5 mg IM c/6 meses, evolucionando con respuesta satisfactoria desde entonces. **CONCLUSIÓN:** Las conductas inadecuadas en relación a hipersexualidad se controlaron con éxito posterior a la administración de la terapia hormonal logrando una castración química que benefició al paciente. **COMENTARIOS:** Los THS pueden provocar comportamientos difíciles de manejar, pero los MÉTODOs farmacológicos como la Castración Química pueden controlar con éxito estos comportamientos y ofrecer una alternativa terapéutica a estos pacientes.

CARACTERIZACIÓN DE PACIENTES CON COVID19 CON TEST DE ANTÍGENO NEGATIVO Y PCR POSITIVO, ESTUDIO PRELIMINAR.

Josefina Ankara Illanes Muñoz, Jaime Patricio Olivares Ligena
Médicos EDF Hospital de Mariquina

INTRODUCCIÓN y OBJETIVOS: La enfermedad por Sarscov2 o COVID19 ha implicado un desafío para la ciencia y la salud pública que aún no se ha podido controlar a pesar de la vacunación y las estrategias de testeo, trazabilidad y aislamiento. Por ello es importante tener una mirada crítica frente a las nuevas tecnologías para así mejorarlas. **MATERIAL Y METODO:** Desde el 1 de abril al 9 de abril del 2021 en el SAR barrios bajos, comuna de Valdivia, región de los ríos, se implementó el test de antígeno con un protocolo que permitía tomarles una PCR (reacción en cadena de la polimerasa) a los RESULTADOS antígeno negativo. Se testeó a 316 pacientes por sospecha de COVID19 (2 síntomas, 1 síntoma cardinal o el antecedente de contacto sintomático), de ellos 240 pacientes se les toma el test de antígeno de laboratorio Roche (Sarscov antigen rapid test-sd biosensor inc), roche informa especificidad del 99,2% y Sensibilidad del 95,5%. El resultado del test aplicado mostró una tasa de positividad del 18% (44 test positivos). Se testeó a 240 pacientes, 130 fueron masculinos, 110 femeninos, edad entre 9 y 99 años con un promedio de 34,4 años, 56 pacientes con diagnóstico de COVID19 por positividad de alguno de los 2 test, 1 paciente con PCR indeterminada. De los 56 pacientes con test positivo, 44 fue por antígeno y 12 por PCR positiva a pesar de test de antígeno negativo. Las consultas iban de 0 a 14 días de síntomas con un promedio de 3,3 días, 13 fueron contactos de pacientes COVID, el promedio de síntomas fue 3,5, los más frecuentes fueron cefalea, mialgia, odinofagia y anosmia. Los 12 casos con PCR positiva y antígeno negativo no mostraron diferencias significativas entre sexo, edad, antecedente de contacto o comorbilidades, en ambos grupos el síntoma más frecuente era la cefalea, sin embargo, la tos fue mucho más frecuente en los pacientes con antígeno positivo (61%) frente al segundo grupo (25%). La utilización de estos test arrojó los siguientes RESULTADOS preliminares: Sensibilidad 79%, Especificidad 100% (dato no claro por no contar con casos falsos positivos), el likelihood ratio negativo fue de 0.21, lo cual nos dice que es un test de utilización clínica regular. **DISCUSIÓN:** La pandemia supone un desafío enorme para los equipos de salud a nivel transversal, por ello la utilización de nuevos test diagnósticos deben ser confiables para frenar la transmisibilidad de la infección, las características epidemiológicas de los pacientes no mostraron ser un factor determinante en la tasa de negatividad de los test de antígenos. Es importante en el futuro considerar y estudiar tanto los casos falsos negativos y falsos positivos para evaluar un test diagnóstico en la práctica clínica, esto debe ser individualizado en poblaciones y comparando el Gold estándar (PCR) vs el test de antígeno. Además, para aumentar la confiabilidad de estos RESULTADOS es necesario aumentar el tamaño muestral.

NEUMONÍA RECURRENTE EN PACIENTE ADULTO SECUNDARIA A CUERPO EXTRAÑO BRONQUIAL. REPORTE DE UN CASO.

Katherine Illanes Suánez, Alberto Vejar Mansilla, Sebastián Sanhueza Viveros
Médicos EDF Hospital de Río Bueno

INTRODUCCIÓN: La aspiración de cuerpo extraño es más común en niños que en adultos, siendo un 80% en menores de 15 años. En adultos suele tener una PRESENTACIÓN oligosintomática, por lo cual muchas veces el diagnóstico se retrasa. Es necesario un alto índice de sospecha clínica por la escasez de hallazgos en imágenes. La confirmación diagnóstica se realiza con la visualización del cuerpo extraño, generalmente mediante fibrobroncoscopía. **CASO CLÍNICO**: Paciente masculino de 68 años diabético Insulinorequiriente. Consultó en urgencia por cuadro de 3 días de tos productiva, disnea, mialgias y sensación febril. Al examen físico subfebril, taquicárdico, con crepitaciones en base pulmonar derecha. Los exámenes evidenciaron elevación de parámetros inflamatorios, VHS de 97 y PCR >30. Sin insuficiencia respiratoria aguda.
Se hospitalizó como Neumonía Bacteriana, con PCR SARS COV 2 negativa. Con buena respuesta a tratamiento antibiótico. En historial clínico se evidenció antecedente de Neumonía seis meses previos, con misma localización. Frente a cuadro recurrente y VHS elevada se decidió ampliar estudio.TAC de tórax mostró imagen densa ubicada en lumen del bronquio segmentario del lóbulo inferior derecho. Se realizó Fibrobroncoscopía en donde se objetivó cuerpo extraño (hueso) en bronquio intermediario, logrando su extracción. **DISCUSIÓN**: La presencia de cuerpo extraño bronquial corresponde a una entidad poco frecuente en el adulto. Debido a su carácter oligosintomático, se debe sospechar en pacientes con síntomas crónicos como tos o neumonías recurrentes, especialmente cuando afecta el mismo segmento anatómico. En el CASO CLÍNICO presentado la sospecha diagnóstica se basó en la presencia de cuadro respiratorio recurrente, en misma localización anatómica, asociado a elevación de VHS. Resultó útil el acceso a imagen que orientó al diagnóstico, sin embargo, la confirmación sólo se obtuvo por visualización directa del cuerpo extraño por fibrobroncoscopía.

INFLAMACIÓN PAROTÍDEA Y DOLOR ABDOMINAL COMO DEBUT DE LEUCEMIA AGUDA EN PEDIATRÍA.

Melissa Valentina Illanes Contreras, Carolina Cares Parra, Paula Ricke Vergara
Médicos EDF SS Bio-Bio.

INTRODUCCIÓN: La leucemia aguda, es el cáncer más frecuente en pediatría. Correspondiendo al 35-45% de ellos, siendo la leucemia linfoblástica aguda el 80% del total. Los síntomas más comunes son dolor óseo, hematomas, epistaxis, gingivorragia, linfoadenopatías y esplenomegalia. **CASO CLÍNICO:** paciente femenina de 12 años, sin antecedentes conocidos. Consulta en servicio de urgencia 06/02/2021 por dolor abdominal de 2 semanas de evolución, localizado en hemiabdomen superior, de intensidad moderada, asociado a aumento de volumen parotídeo y submaxilar. Se sospecha parotiditis aguda, se envía a domicilio con tratamiento sintomático y estudio ambulatorio. Paciente acude a control el día 22/02/2021, con persistencia de sintomatología, asociado a diaforesis nocturna, astenia, adinamia y anorexia, sin fiebre, dolor óseo, gingivorragia ni epistaxis. Al examen fisico destaca taquicardia, palidez mucocutánea, aumento de volumen submandibular bilateral de consistencia pétrea. Abdomen blando, depresible, doloroso a la palpación profunda. Sin visceromegalia palpable. Exámenes 09/02/2021 destaca: HTO 40.3 VCM 87.4 hb 14.4 plaquetas 64.000 leucocitos 43.500. Crea 0,75. Ecografía abdominal que informa esplenomegalia y nefromegalia bilateral. Se deriva a servicio de urgencia. Al ingreso. Exámenes evidencian: HB 6.96 HTO 20.3 VCM 85 HCM 29 Plaquetas 38.000 leucocitos 90.000 con 95% linfocitos. Van: 1950 neutrófilos con granulaciones tóxicas, 32% de células inmaduras. PCR: 37. Glucosa 114 mg/dl Lactato 40,2 VHS 44. Hoja hepática, gases arteriales, electrolitos y pruebas de coagulación normales. Se decide ingreso a UTI para estudio y es trasladada a hospital de mayor complejidad donde se confirma diagnóstico de leucemia linfoblástica aguda. **DISCUSIÓN:** la patología de las glándulas salivales más prevalente en la infancia es la parotiditis aguda, sin embargo, dentro de los diagnósticos diferenciales, se encuentra la leucemia, secundaria a infiltración glandular. En relación al dolor abdominal, si bien no es un elemento cardinal, se genera secundario a la distensión de la cápsula hepática o esplénica y por infiltración de adenopatías mesentéricas. **CONCLUSIÓN:** la leucemia aguda, es hoy en día una patología con alta probabilidad de curación. Reconocer distintas formas de PRESENTACIÓN, es clave para su diagnóstico precoz y derivación oportuna.

CARACTERIZACIÓN DE PACIENTES ATENDIDOS EN EL REANIMADOR DE UN HOSPITAL COMUNITARIO DE SALUD FAMILIAR ENTRE LOS AÑOS 2017 Y 2020.

Karina Ilufí Salgado, Marcela Toloza González, Rogelio Colmenares Bohórquez
Médicos EDF Hospital de Coelemu

INTRODUCCIÓN: La consulta de urgencia supone una demanda asistencial por la heterogeneidad de problemas que se presentan, una parte de resolución local y otra requiere atención en centros de mayor complejidad. Diariamente esto aumenta, especialmente en la comuna de Coelemu donde su Hospital cuenta con el único servicio de urgencias, por lo que surge la necesidad de estudiar la epidemiología local para conocer el comportamiento poblacional. **OBJETIVO:** Caracterizar los pacientes atendidos en el reanimador del Hospital Comunitario de Salud Familiar de Coelemu entre los años 2017 y 2020.
MATERIAL Y METODO: Estudio descriptivo y retrospectivo; se revisaron atenciones del servicio de urgencias mediante la Plataforma DAU del 2017 al 2020, seleccionando pacientes categorizados C1 y C2, caracterizandolos por edad, sexo, diagnósitico y destino de egreso. **RESULTADOS:** De 269 consultas, 57% fueron C2 y 43% C1. Sexo: 53,15% masculinos y 46,85% femeninos. Rango etáreo: 60,22% mayores de 60 años, 28,25% entre 30 y 59 años, 11,53% menores de 30 años. Diagnósticos más frecuentes: Paro cardíaco 14,5%, Accidente cerebrovasular (ACV) 10,4%, Infarto agudo del miocardio (IAM) 7,4%, Insuficiencia respiratoria aguda (IRA) 7,4%, Epilepsia 7,1% y Traumatismo encefalocraneal (TEC) 6,7%. Destino de egreso: 40% nivel secundario, 33% domicilio, 20% hospitalización local y 7% Servicio Médico Legal. **DISCUSIÓN:** El servicio de reanimación presenta un número importante de consultas, requiriendo su mayoría derivación al nivel secundario. El perfil etáreo es concordante al nacional. Destaca las causas de muerte Paro cardíaco, siendo pacientes que ingresan sin signos vitales, lo que llama a fortalecer la red de urgencia prehopitalaria para brindar una atención coordinada, oportuna y de calidad. Las causas cardiovasculares (ACV e IAM) concuerdan con la realidad nacional y rango etáreo, se requiere fortalecer el programa de salud cardiovascular para disminuir su incidencia, mejorar la compensación de los pacientes y calidad de vida. Los casos IRA y Epilepsia fueron pacientes crónicos con mala adherencia a tratamiento, denotando la carencia de planes locales en esta materia. Finalmente, la incidencia de TEC demuestra la necesidad de fortalecer el programa adultos mayores, especificamente la actividad física y educación en riesgos de caídas para disminuir estos eventos.

CARACTERIZACIÓN DE PACIENTES EN SEGUIMIENTO POR TRATAMIENTO ANTICOAGULANTE ORAL EN UN HOSPITAL COMUNITARIO DE SALUD FAMILIAR

Karina Ilufí Salgado, Camila Pacheco Vergara, Rogelio Colmenares Bohórquez
Médicos EDF Hospital de Coelemu

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS: El tratamiento anticoagulante oral (TACO) en nuestro país está predominantemente a cargo de la atención secundaria, no obstante, cada vez más la atención primaria se ha volcado a esta tarea, lo que ha permitido mejorar el acceso y adherencia a terapia. Este estudio busca caracterizar a los pacientes en control por el programa local de TACO del Hospital Comunitario de Salud Familiar de Coelemu. **MATERIAL Y METODO:** Se realizó un estudio descriptivo, transversal, no aleatorizado. Análisis de datos obtenidos de la plataforma TaoNet, utilizada para la atención de pacientes ingresados al Programa TACO. Se registró para análisis: sexo, edad, diagnostico causal de ingreso a programa, fármaco utilizado e Índice Internacional Normalizado (INR) del ultimo control a marzo 2021. **RESULTADOS:** Se encontró registro de 250 pacientes en control, de los cuales 56% corresponde a sexo femenino, las edades van de 24-94 años y concentrándose el 59.6% entre 70-90 años. El diagnóstico de ingreso más frecuente fue fibrilación auricular con el 75.6% de los pacientes, Trombosis Venosa con el 18.4%, y el 6% restante otros diagnósticos como: recambio valvular, trombofilia, entre otros. Los fármacos utilizados fueron acenocumarol (92.8%) y warfarina (7.2%). Los rangos INR terapéuticos utilizados para seguimiento fueron 2.0-3.0 (95.6%) y 2.5-3.5 (4.4%). Los RESULTADOS de INR fluctuaron entre 1.0-8.0, encontrándose el 40% en rango terapéutico, 33.4% bajo rango y 26.6% sobre rango requerido. De los que se encontraron fuera de rango se observa que el 39.3% presenta una variación del INR no mayor a 0.3 del rango terapéutico. **DISCUSIÓN:** Si bien la terapia anticoagulante puede requerirse a lo largo de todo el ciclo vital, su uso se concentra predominantemente en adultos mayores puesto que los diagnósticos asociados incrementan considerablemente con el envejecimiento. Por esto es necesario lograr una buena adherencia y un adecuado monitoreo del INR para así detectar a tiempo posibles eventos adversos, más frecuentes a su vez a mayor edad. La atención primaria además de tener tasas de éxito muy cercanas al nivel secundario, ha logrado mejorar sustancialmente la accesibilidad de muchos pacientes con dificultades por costo, distancia, movilidad reducida o situación de discapacidad, haciendo el tratamiento más costo-efectivo para el sistema y el paciente.

TIROIDITIS SUPURATIVA AGUDA: REPORTE DE UN CASO.

Manuel Alejandro Irausquin Sánchez (1), Yuliany Coromoto Oliveira Morales (2), Miguel Alejandro Flores Espinoza (3)
(1) Médico Hospital de Villarrica, (2) Médica CESFAM Cóndores de Chile, El Bosque,
(3) Médico CESFAM Bernardo Leighton, Puente Alto

INTRODUCCIÓN: La infección de la glándula tiroides es un fenómeno raro debido a que es un órgano extraordinariamente resistente a la infección**.** Los agentes etiológicos más frecuentes incluyen la flora orofaríngea normal. Se presenta en la adolescencia con predominio en el varón (relación10:7), comienzo brusco con tumefacción dolorosa del área tiroidea, tortícolis, fiebre, odinofagia. El tratamiento tradicional de esta enfermedad ha sido la cirugía junto con la terapia con antibióticos dirigida, sin embargo, estudios recientes de series pequeñas han demostrado buenos RESULTADOS utilizando enfoques menos invasivos. **CASO CLÍNICO:** Paciente masculino de 12 años de edad consulta por presentar odinofagia, malestar general, astenia y fiebre, sin alteración inicial en el examen físico, tratado de manera sintomática. Sin embargo, evoluciona a los 10 días, con mayor odinofagia, fiebre, compromiso del estado general, y aumento de volumen en región cervical anterior, con signos de flogosis. Se solicitan exámenes, resaltando: PCR: 133.8 mg/L, Leucocitos * 13.730, Neutrófilos % * 77.2 %, TSH * 0.01 uUI/mL, T4 Libre ** 4.43 ng/dL, TAC de cuello: Gran proceso expansivo inflamatorio-infeccioso y flegmonoso dependiente del lóbulo tiroideo izquierdo. Se indica tratamiento con cloxacilina y propanolol con mejoría total. Egresa con propanolol 20 mg cada 8 horas, el cual se logra suspender 6 meses posteriores al cuadro. **DISCUSIÓN:** El tejido tiroideo parece estar protegido de infecciones por varias razones como su cápsula y rica vascularización, su extenso drenaje linfático, y el alto contenido de yodo y de peróxido de hidrógeno. La destrucción del tejido tiroideo puede liberar a la circulación grandes cantidades de hormona tiroidea requiriendo tratamiento médico transitorio como el caso de este paciente, sin embargo, la destrucción masiva de la glándula puede desarrollar un hipotiroidismo definitivo, por lo cual se aconseja vigilar la función tiroidea posterior al alta.

PARÁLISIS PERIÓDICA HIPOKALEMICA TIROTÓXICA (PPHT): OTRA CAUSA DE PARÁLISIS FLÁCIDA AGUDA.

Manuel Alejandro Irausquin Sánchez (1), Cristóbal Adoni Pinar Pacheco (1), Roberto Philippo Benavente Salazar (1)
Vicente Jara Escobar (2)
(1) Médico EDF Hospital de Villarrica, (2) Médico Internista, Hospital de Villarrica

INTRODUCCIÓN: Las parálisis periódicas primarias son canalopatías poco frecuentes, de las cuales hacen parte: la parálisis periódica hipokalémica, la parálisis periódica hiperkalémica y el síndrome Andersen-Tawil; son caracterizadas por ataques de paresia generalizada, con recuperación de la fuerza entre los ataques. La miopatía aguda asociada con tirotoxicosis se ha descrito en poblaciones asiáticas, principalmente. Habitualmente se presentan como episodios agudos recurrentes de parálisis flácida, ya sea después de una actividad física intensa o un exceso de carbohidratos. **CASO CLÍNICO:** Adulto hombre de 36 años, sin antecedentes médicos, ni quirúrgicos, técnico paramédico, refiere presentar de manera súbita paraparesia de miembros inferiores, lo que le produce caída de nivel con imposibilidad de recuperar la marcha, recibe ayuda por compañeros y asocia el cuadro a ejercicio físico realizado durante el día, sin embargo, evoluciona con aumento de la paresia, simétrica, ascendente hasta llegar a la tetraparesia y retención urinaria, es trasladado a hospital donde se solicitan exámenes, evidenciándose: K: 1.4 mEq/L, TSH 0.01 uUI/mL, T4 8.87 ug/dL, Electrocardiograma: Anomalías inespecíficas del ST difusas. Se realiza reposición de K con un control de 4.9 mEq/L mejorando totalmente sintomatología sin secuelas. Actualmente el paciente se mantiene asintomático con aporte KCl oral y tratamiento antitiroideo. **DISCUSIÓN:** La PPHT se genera por la redistribución rápida y masiva del K del espacio extracelular al intracelular dependiente de un aumento de la actividad de la bomba Na/K ATPasa la cual es estimulada por las hormonas tiroideas a través de la estimulación del sistema adrenérgico y a su vez por la insulina, es por ello que el ejercicio y el aumento de ingesta de carbohidratos pudiesen desencadenar los episodios. Finalmente consideramos de importancia sospechar la PPHT como otro diagnóstico diferencial en el paciente con parálisis flácida aguda.

CARACTERIZACIÓN DE FALLECIDOS POR COVID-19 EN RENCA SEGÚN SEXO, EDAD Y COMORBILIDADES

Abelino Jara Navarrete (1), Diego Godoy Fernández (2), Julio Echavarría Merino (3)
(1) Médico EDF, CESFAM Dr. Hernán Urzúa Merino, Renca, (2) Médico EDF, CESFAM San Pedro, San Pedro.
(3) Médico EDF, CESFAM Fernando Monckeberg, Peñaflor.

INTRODUCCIÓN: La enfermedad por infección con el virus SARS-CoV 2 (COVID-19), identificada desde enero de 2020 en la ciudad de Wuhan, China, ha afectado de forma agresiva a la población mundial, causando cuadros clínicos variados, desde un resfriado leve hasta neumonía grave con síndrome de distrés respiratorio, SIRS, sepsis y falla multiorgánica, con importante mortalidad asociada en los casos más severos. En el contexto local, este agente ha provocado una mortalidad considerable. De acuerdo a información entregada por el MINSAL, a 10 de abril de 2021, nuestro país registra 24.213 fallecidos confirmados por COVID-19. En el mismo período la Región Metropolitana (RM) registró 13.225, mientras que Renca, comuna urbana de nivel socioeconómico medio-bajo ubicada en la zona nor-poniente de Santiago, registró 300. **OBJETIVO:** Caracterizar en términos de sexo, rango etario y comorbilidades a los pacientes fallecidos con COVID-19 confirmado durante etapa de infección aguda u hospitalización en la comuna de Renca en el período comprendido desde el 03 de marzo de 2020 hasta el 10 de abril de 2021. **MATERIAL Y METODO:** Estudio observacional, descriptivo, de corte transversal con un universo de 300 pacientes renquinos fallecidos mientras cursaban COVID-19 en etapa aguda u hospitalización por complicación de dicha infección. Utilizando las proyecciones de población derivadas del último censo (2017) de acuerdo a rango etario para el año 2020 en Renca, se calculó la tasa de mortalidad de acuerdo a edad y sexo. De los 300 pacientes, se revisaron los registros en ficha electrónica Rayen de 260 de ellos, a través de la cual se obtuvieron registros de comorbilidades, tabulándose para determinar su prevalencia entre los pacientes fallecidos. **RESULTADOS:** En el período estudiado, se registraron 300 fallecimientos con los criterios definidos, el menor de los cuales tenía 20 años, mientras que el mayor, 103 años. De estos pacientes, 190 correspondieron a hombres (63.3%) mientras que 110 a mujeres (36.7%). La edad mediana de los pacientes fallecidos fue 70.1 años ± 14. La edad media de las mujeres fallecidas fue 72.8 años ± 12, mientras que la edad media de los hombres fallecidos fue 68,6 años ± 36. La tasa de mortalidad más alta se dio en hombres sobre 75 años, con 31,9 fallecidos por COVID-19 por cada 1000 hab. Del análisis de comorbilidades se rescata que 63.5% de los fallecidos revisados estaban diagnosticados con hipertensión arterial, 39.6% con diabetes mellitus, 26.9% con dislipidemia y 20.8% con obesidad. **CONCLUSIONES:** Los hombres tuvieron una tasa de mortalidad significativamente mayor en todos los rangos etarios, mientras que la edad es un factor que incide directamente en la mortalidad, aumentando esta de forma exponencial junto con los años del paciente. El mayor salto en la mortalidad se da al pasar de los 65 años. Al analizar las patologías más prevalentemente asociadas a la mortalidad por COVID-19 nos encontramos con que la hipertensión, diabetes, dislipidemia y obesidad fueron las 4 más prevalentes, al punto que 3 de cada 5 renquinos fallecidos que se revisaron tenían al menos una de estas 4 enfermedades.

CARACTERIZACIÓN EPIDEMIOLÓGICA DE USUARIOS CON CONDICIÓN DE MULTIMORBILIDAD PERTENECIENTES A CENTRO DE SALUD FAMILIAR CORDILLERA ANDINA Y SUS IMPLICANCIAS EN EL PROCESO DE PRIORIZACIÓN 2020"

Felipe Jara Aniñir, Francisca Rosso Miranda, Javier Soto Pizarro,
Médicos EDF CESFAM Cordillera Andina

INTRODUCCIÓN y OBJETIVOS: En Chile, en los últimos años, se ha producido un aumento en la prevalencia de enfermedades crónicas. Considerando esto, emerge el concepto de **Multimorbilidad***; la existencia de 2 o más patologías crónicas en el mismo paciente*. Debido a la gran cantidad de usuarios en el sistema de atención pública con dicha condición y al impacto de ellos en los distintos niveles del Sistema de Salud, es necesario priorizarlos para su mejor atención, para lo cual se consideran distintas variables epidemiológicas. En el Centro de salud familiar (CESFAM) Cordillera Andina de Los Andes, a contar del año 2020, se comienza a implementar la "Estrategia de Atención a Usuarios con condición de Multimorbilidad" para la cual se priorizan pacientes. El OBJETIVO principal del presente trabajo será evaluar implicancias en el proceso de priorización 2020 en base a las características epidemiológicas de los usuarios con condición de Multimorbilidad. **MATERIAL Y METODO**: Para el estudio se ocuparán datos de pacientes inscritos en CESFAM Cordillera Andina durante año 2019 (a través de una base datos anonimizada), no fallecidos y con condición de Multimorbilidad. El estudio será cuantitativo, de carácter descriptivo, de corte transversal y retrospectivo. Se describirán variables (cantidad de usuarios, sexo, edad y número de patologías) y su impacto en el proceso de priorización. **RESULTADOS y CONCLUSIONES**: Durante el año 2019 en el CESFAM Cordillera Andina se atendieron 6392 personas con condición de Multimorbilidad. De las cuales 61,9% corresponden a pacientes de sexo femenino y 38,1% de sexo masculino. Con respecto a las edades: 52% corresponde a personas entre 18 y 64 años y 47% a mayores de 65 años. En relación con las patologías; de las 6392 personas, 3113 padecen Hipertensión Arterial (48,7%), 1926 padecen Diabetes Mellitus (30,1%), 1070 padecen Hipotiroidismo (16,7%), 928 padecen Artrosis (14,5%) y 209 padecieron al menos un evento cardiovascular (accidente cerebrovascular o infarto agudo al miocardio) que corresponde al 3,2%. Finalmente considerando sólo los mayores de 65 años, el 19,7% de ellos tiene 5 o más condiciones crónicas. Una vez analizados estos datos por equipo de CESFAM, se determina que no es factible atender a todos los usuarios con condición de Multimorbilidad en un año, debido a la escasez de horas médicas y de otros profesionales. Por lo cual, se establecen criterios más selectivos, y se incluyen en la estrategia: adultos mayores de 65 años, que pertenezcan al programa de Salud Cardiovascular, y que padezcan tanto Hipotiroidismo como Artrosis, lo que arroja un número final de 70 pacientes (correspondiente 1% del grupo original), quienes finalmente ingresan al programa. **DISCUSIÓN O COMENTARIOS**: El número de usuarios con condición de multimorbilidad sobrepasa con creces la capacidad de atención médica en el nivel Primario de Salud. Considerando esto parece urgente establecer estrategias de priorización y ampliar la cobertura de atención. Para lograr esto, se debe caracterizar a la población a cubrir previo a diseñar las estrategias. El presente trabajo puede servir como insumo para estudios posteriores, donde se aborde el tema de Multimorbilidad y su impacto en los distintos niveles de atención en Salud.

SARCOIDOSIS EN ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD: A PROPÓSITO DE UN CASO

Alejandra Jensen Heresi (1), Fernanda Pizarro Pennaroll (1), Valentina Belmar Korsholm (2)
(1) Médicas EDF Cesfam Pablo de Rokha, (2) Médico EDF Cesfam Los Quillayes.

INTRODUCCIÓN: la sarcoidosis es un trastorno granulomatoso multisistémico que se caracteriza por la presencia patológica de granulomas no caseificantes en los órganos comprometidos. Afecta principalmente a adultos jóvenes y es de etiología desconocida. Se puede presentar como adenopatías hiliares bilaterales, opacidades reticulares pulmonares y/o lesiones cutáneas, articulares u oculares. Se distribuye de forma global, con prevalencia real desconocida, que afecta con mayor frecuencia a personas afroamericanas. **CASO CLÍNICO**: se presenta el caso de una paciente femenina de 46 años, colombiana, con antecedentes de obesidad, hipertensión arterial y monorrena que consulta en Atención Primaria de Salud (APS) por cuadro de 3 meses de evolución de baja de peso significativa, polidipsia, poliuria, polifagia, fatiga y náuseas. Se diagnostica Diabetes Mellitus 2 insulinorequiriente (DM2IR) y se comienza tratamiento correspondiente. Al poco tiempo comienza con dolor en extremidades, parestesias y espamos musculares, se sospecha origen neuropático. Dos meses después, reconsulta por dolor lumbar irradiado a hemiabdomen superior asociado a náuseas, se sospecha cólico renal. Paciente persiste durante meses con dolor intenso abdominal y lumbar, con múltiples consultas en servicio de urgencia (SU). Posteriormente, asiste a hospital con TAC de abdomen y pelvis (TAC AP) que informa hallazgos previos a lo cual se suma: múltiples adenopatías mediastínicas e hiliares y la presencia de nódulos pulmonares bilaterales inespecíficos. Se hospitaliza para estudio con sospecha de síndrome linfoproliferativo, donde es evaluada por especialista que por medio del estudio solicitado diagnostica Sarcoidosis. **DISCUSIÓN**: frente a un cuadro de dolor crónico que no responde a analgesia convencional y síndrome consuntivo, sobretodo en personas con descendencia afroamericana, se debe considerar el diagnóstico diferencial de sarcoidosis para poder diagnosticar de forma precoz e indicar al menos un tratamiento analgésico adecuado para sobrellevar esta enfermedad de clínica y curso variable, que puede presentarse con dolor intenso como es en este caso.

CARACTERIZACIÓN DE UROCULTIVOS Y RESISTENCIA ANTIBIÓTICA EN USUARIOS DE PROGRAMA DE DEPENDENCIA SEVERA DE CESFAM PEDRO PULGAR DE ALTO HOSPICIO PERIODO DE ENERO 2019 A DICIEMBRE 2020

Nicolás Jerez Velásquez (1), Cecilia Segura Pallacán (2), Diego González Culí (3)
(1) Médico EDF Cesfam Pedro Pulgar, (2) Médico EDF Cesfam Yandry Añazco Montero,
(3) Médico EDF Consultorio General Rural de Huara

INTRODUCCIÓN: La infección del tracto urinario (ITU) es de las patologías más frecuentes en la práctica clínica. Algunos factores de riesgo son sexo femenino, diabetes, sondaje vesical, incontinencia urinaria, edad avanzada, inmunosupresión y otras que con frecuencia se presentan en pacientes con dependencia severa (DS). La resistencia a antimicrobianos constituye un problema cada vez de más impacto en las atenciones de salud. **OBJETIVOS:** Caracterizar RESULTADOS de urocultivos (UC) realizados a pacientes del programa de DS del Cesfam Pedro Pulgar, identificar los microorganismos (MO) más frecuentes y su sensibilidad (S) antibiótica. **MATERIAL Y METODO:** Estudio retrospectivo, descriptivo y transversal. Se analizaron 85 UC de usuarios del programa de DS obtenidos entre los años 2019-2020. Se registró en Excel tipo de MO, susceptibilidad a las principales familias de antibióticos (ATB) y producción de betalactamasa de espectro extendido (BLEE). **RESULTADOS:** De 85 UC, el 69,4% fue positivo para uropatógenos. 67,8% de los positivos son pacientes de sexo femenino. 78% corresponde a mayores de 65 años. Los MO obtenidos fueron E coli (47,5%), Klebsiella spp (20,3%), Proteus spp (11,9%), Enterococcus spp (8,4%) y otros (11,9%).18,6% fueron cepas productoras de BLEE. La S a ATB fue de Aminoglicosidos (92,6%), Cefaloesporinas de 3ª G (73,1%), Nitrofurantoina (61,4%), Cotrimoxazol (57,7%), Cefuroximo (49%), Ciprofloxacino (46,3%), Cefadroxilo (23,6%), y Ampicilina (10,7%). Respecto a MO multirresistentes (MR) la S a ATB fue de Carbapenemicos (93,3%), seguidos de Piperacil/Tazobactam (47,7%) y Cefepime (21,4%). **CONCLUSIÓN y DISCUSIÓN:** A pesar de que E. coli es el MO más frecuente, la distribución difiere respecto a la población general, donde esta abarca hasta el 90% de los casos ambulatorios. Existe disminución de la S a distintas familias de ATB en comparación con la población general, asociado a aumento de cepas productoras de BLEE. Estas diferencias podrían darse por factores propios de pacientes con DS. Cada vez se hace más imperativo el uso racional de ATB durante todo el ciclo vital, sobre todo en poblaciones de mayor riesgo, ya que la presencia de MO MR es cada vez mayor, más necesidad de ATB de amplio espectro de uso hospitalario, más gasto para el sistema de salud y más probabilidad de complicaciones derivadas del manejo.

SIGNO DE CHILAIDITI POST COLANGIOPANCREATOGRAFÍA ENDOSCÓPICA RETRÓGRADA. REPORTE DE UN CASO.

Jaime Jiménez Muñoz (1), Karen Valenzuela Salazar (2), Patricio Cano Valenzuela (3), Kamila Placencia Ravanal (4)
(1) Médico EDF, Hospital de Traiguén (2) Médico EDF Cesfam Victoria, (3) Médico EDF Hospital de Traiguén,
(4) Médico EDF Hospital de Nueva Imperial

INTRODUCCIÓN: Documentado desde comienzos del siglo XX, el signo de Chilaiditi corresponde a un hallazgo imagenológico extremadamente infrecuente (alrededor de 0.02% de las exploraciones radiológicas). Caracterizado por interposición de vísceras huecas (generalmente colon transverso) entre el diafragma y el hígado, este hallazgo es de PRESENTACIÓN generalmente asintomática. Cuando se presenta con síntomas como distensión abdominal, náuseas y dolor, se denomina síndrome de Chilaiditi, requiriendose manejo quirúrgico en hasta el 25% de los casos. La causa de esta alteración no es del todo clara, sin embargo, se ha asociado a múltiples factores de riesgo: cirugía abdominal previa, constipación crónica, aerofagia, EPOC, procedimientos endoscópicos, entre otros. A continuación, presentamos el reporte de un paciente que post-procedimiento endoscópico, presenta con dicho hallazgo de manera asintomática. **REPORTE DEL CASO:** Paciente de 91 años, hipertenso, con limitación crónica del flujo aéreo y constipación. Ingresa por ictericia y parámetros inflamatorios altos, diagnosticandose colangitis biliar aguda y realizándose ERCP. Posterior a dicho procedimiento se mantiene hospitalizado a la espera de colecistectomía. Evoluciona con requerimientos de oxígeno, diagnosticandose neumonía, en cuyo contexto se realiza radiografía de tórax, encontrándose imágenes donde se ve colon a nivel de base pulmonar derecha, y se plantea posibilidad de hernia diafragmática complicada, por lo que se complementa estudio con tomografía computada de tórax y abdomen, caracterizándose mejor anatomía y apreciándose realmente interposición de colon entre diafragma e hígado. El paciente se maneja con laxantes y ajustes dietarios, evolucionando sin complicaciones asociadas al fenómeno descrito. **DISCUSIÓN y CONCLUSIONES:** El signo de Chilaiditi corresponde a un hallazgo imagenológico raro. El paciente de nuestro reporte presentaba como factores predisponentes su patología pulmonar obstructiva, constipación crónica, y su intervención biliar endoscópica. La importancia de este signo corresponde a que la mayoría de las veces no se asocia a sintomatología, y el desconocer esta variante como un hallazgo pudiese conducir a estudios y/o procedimientos innecesarios. En este caso por requerimientos de oxígeno se decidió precisar mayormente la anatomía para descartar diagnóstico diferencial de hernia diafragmática. Además, se describe que hasta el 75% de los casos sintomáticos responden a manejo conservador (laxantes, manejo dietario, evaluar interacciones farmacológicas y eventualmente descompresión con sonda nasogástrica), y no requieren cirugía ni otras intervenciones invasivas.

TUBERCULOMAS PULMONARES COMO DIFERENCIAL DE TUMORES PULMONARES. REPORTE DE UN CASO".

Jaime Jiménez Muñoz, Macarena Tobar Jofré, Matías Hidalgo Perazzo, Gabriela Toro Vildosola
Médicos EDF Hospital de Traiguén

INTRODUCCIÓN: La tuberculosis aún es una causa importante de morbimortalidad a nivel mundial, sin embargo, con una menor incidencia en países desarrollados respecto a tiempos previos. En ese sentido, es esperable que las presentaciones típicas descritas en los textos de medicina pueden no ser la PRESENTACIÓN clínica de nuestros pacientes. Describimos el caso de una mujer de 50 años con masas pulmonares y suprarrenales a la que se le realiza estudio de neoplasias, sin embargo, finalmente diagnosticado una infección por *M. Tuberculosis.* **REPORTE DEL CASO:** Paciente de 50 años, con antecedentes de diabetes insulinorrequiriente e hipertensión. Consulta de manera ambulatoria por 3 años de tos seca, sin otros síntomas asociados, sin uso de fármacos tusígenos ni con reflujo gastroesofágico. Dentro del estudio se toma radiografía de tórax, donde se aprecian múltiples imágenes circulares radiopacas en ambos pulmones, sospechándose neoplasia pulmonar o metástasis. Se realiza tomografía computada donde se describen masas pulmonares de aspecto neoplásico, algunas cavitadas, otras con signos compatibles con infiltración pleural, posible compromiso adenopático hiliar derecho y mediastínico, y posible compromiso secundario en glándula suprarrenal derecha. Se realiza estudio de búsqueda de primarios con endoscopía, colonoscopía, ecografía tiroídea, mamografía y tomografia de abdómen y pelvis contrastada sin encontrar hallazgos sugerentes de un tumor primario. Se realiza punción y biopsia de masas pulmonares con hallazgos sugerentes de proceso inflamatorio crónico granulomatoso y caseosos, diagnosticándose tuberculosis mediante técnica de biología molecular a dichas muestras. **DISCUSIÓN y CONCLUSIONES:** En el caso de esta paciente nos encontramos con masas pulmonares múltiples, encontrando finalmente un proceso granulomatoso atribuible a tuberculomas. Si bien es relevante considerar dicho diagnóstico dentro del diferencial de masas pulmonares, es interesante que la PRESENTACIÓN de este caso fuese atípica dentro del espectro de tuberculosis pulmonar, dado que nunca se presentó con síntomas sistémicos ni con tos productiva, por lo que no se pudo realizar estudio de TBC como parte esencial del estudio de tos crónica. Es interesante además notar la presencia de tuberculosis suprarrenal en este caso.

ACCIDENTE CEREBROVASCULAR DE CAUSA HEMODINÁMICA, A PROPÓSITO DE UN CASO
Paula Joublan Rocamora, Daniel Salgado Valenzuela, Camila Cárdenas Fernández
Médicos EDF Hospital de Quirihue

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS: El accidente cerebrovascular (ACV) de causa hemodinámica corresponde a la manifestación de síntomas y signos neurológicos secundarios a hipoperfusión cerebral. Puede ser regional en un territorio arterial con obstrucción fija, o global, cuando es secundario a hipoperfusión por hipotensión sistémica grave. Estos últimos corresponden al 10% de los ACV y afecta el polígono de Willis. El curso clínico es usualmente más benigno y con mejor pronóstico que los infartos tromboembólicos. A continuación, se presenta caso de paciente que desarrolla ACV de causa hemodinámica. **MATERIAL Y METODO:** Revisión de literatura y análisis de CASO CLÍNICO. **PRESENTACIÓN DEL CASO:** Paciente masculino, 76 años, antecedentes de hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo 2 sin insulinoterapia, dislipidemia, insuficiencia cardíaca congestiva (ICC) y dos ACV previos sin secuelas. Hospitalizado por descompensación de ICC, en manejo depletivo con diuréticos endovenosos. Buena respuesta desde el punto de vista cardiológico, pero con falla renal aguda y episodio agudo de hipotensión con Presión Arterial Media de 53 mmHg; asociado a aparición de amaurosis y confusión. Examen físico: pupilas anisocóricas, doble hemianopsia con anosognosia sin paresias ni alteraciones sensitivas. Neuroimagen evidencia infartos occipitales y talámicos posteriores bilaterales, estenosis carotídea >95%. Tras manejo médico, neuroprotección, estabilización y normalización de presión arterial, paciente presentó buena evolución clínica, con anisocoria secuelar. **DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN:** Los ACV pueden ocurrir por causas tromboembólicas como hemodinámicas; siendo esta última de menor frecuencia y mejor pronóstico. En este caso tenemos un paciente de alto riesgo cardiovascular, con patología cerebrovascular previa, en quien la terapia depletiva desencadenó la alteración de la perfusión renal y cerebral, evolucionando con isquemia y destrucción de tejido cerebral. En este tipo de pacientes, adquiere mayor importancia un seguimiento muy estricto del balance hídrico, función renal y presión arterial, para evitar generar cuadros como el previamente presentado.

ESTUDIO DESCRIPTIVO RADIOGRAFÍAS DE TOBILLO EN SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL DE QUIRIHUE AÑO 2018
Paula Isidora Joublan Rocamora, Marcelo Ignacio San Martin Flores, Camila Catalina Cárdenas Fernández
Médicos EDF Hospital de Quirihue.

INTRODUCCIÓN y OBJETIVOS: En muchas ocasiones los servicios de urgencia (SU) atienden pacientes que sufren eventos traumáticos en articulaciones. Como OBJETIVO analizaremos radiografías de tobillo solicitadas en SU Hospital de Quirihue y caracterizaremos a la población consultante de enero a diciembre del 2018. **MATERIAL Y METODO:** Estudio descriptivo retrospectivo de solicitudes de radiografías de tobillo en SU del Hospital de Quirihue desde enero 2018 hasta diciembre 2018. Fuente de información hoja DAU (Dato de atención de Urgencia). **Resultado:** En el período analizado se solicitaron 229 solicitudes de radiografías de tobillo en el SU, promediando 19 solicitudes por mes. Del total de radiografías solicitadas, 125 (54,5%) corresponden a sexo femenino y 104 (45,5%) a sexo masculino. Dentro de los diagnósticos médicos cabe destacar que 136 (59,3%) resultó en Esguince, 47 (20,5%) diagnósticos como contusión/herida, 33 (14,4%) resultaron como fracturas de tobillo y 13 (5,8%) en otros (sano, absceso, artritis, osteomielitis, celulitis, etc). Respecto a la clasificación de gravedad 188 pacientes fueron categorizados como C4 o C5 (82,1%), 33 pacientes C3 (14,4%) y 8 pacientes C2 (3,5%). **RESULTADOS:** Del total de radiografías solicitadas en SU Hospital de Quirihue en un 73,7% se logró diagnosticar fractura o esguince de tobillo. Esto justifica el uso del recurso “Radiografía” en el SU del Hospital de Quirihue, ya que puede determinar conductas a realizar con nuestros pacientes.

EDEMA PALPEBRAL COMO SÍNTOMA DEBUT DE LINFOMA DE CÉLULAS DEL MANTO: A PROPÓSITO DE UN CASO.
Adolfo Kahler Catalán, Daniela Villarroel Mansilla
Médicos EDF Hospital de Achao

INTRODUCCIÓN: El linfoma de células del manto es un subtipo poco de frecuente de Linfoma no Hodgkin y generalmente de mal pronóstico. En general es detectado en etapas avanzadas y con múltiples adenopatías, compromiso óseo, hematológico y esplénico. Aunque la PRESENTACIÓN en glándulas lagrimales está descrita, muy rara vez es el motivo de consulta por el que se llega al diagnóstico. **CASO CLÍNICO:** Paciente femenina de 77 años, sin antecedentes mórbidos oncológicos. Consulta por aumento de volumen palpebral derecho de un mes de evolución. Posteriormente se agrega eritema y dolor local, además de edema en párpado contralateral. Evoluciona con obstrucción del campo visual, sensación febril y baja de peso no cuantificada. Evaluada por oftalmología se indica biopsia informando Linfoma de células del manto clásico con patrón difuso. Al estudio imagenológico inicial destaca tomografía con adenopatías infraclaviculares izquierdas, peritraqueales, periesofágicas, nódulo tiroideo izquierdo. Además de presencia de adenopatías supra e infradiafragmáticas y leve esplenomegalia. Se inicia quimioterapia con rituximab. **DISCUSIÓN:** El diagnóstico de los linfomas constituye un desafío para el clínico. La historia y el examen físico suele encontrar hallazgos poco específicos, por lo que la búsqueda dirigida de síntomas y signos conocidos es fundamental. Dado su mal pronóstico es fundamental el reconocimiento clínico precoz para poder realizar el estudio histológico y genético que oriente al mejor tratamiento posible.

IMPLEMENTACIÓN DE PROGRAMA DE REHABILITACIÓN TRAS HOSPITALIZACIÓN POR ENFERMEDAD AGUDA EN PACIENTES SOCIOSANITARIOS CON DEPENDENCIA.

Adolfo Kahler Catalán, Daniela Villarroel Mansilla
Médicos EDF, Hospital de Achao

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS: Las hospitalizaciones pueden afectar el grado de independencia de adultos mayores y pacientes frágiles. Esto puede prolongar hospitalizaciones y aumentar la necesidad de cuidados por parte de familias y la red de salud. El OBJETIVO es desarrollar un programa de rehabilitación en atención cerrada para disminuir el grado de dependencia y el riesgo de caídas al momento del alta. **MATERIAL Y METODO**: Se dispuso de seis camas a cargo de un equipo multidisciplinario dirigido por médico general, enfermera, terapeuta ocupacional y kinesiólogo. Además, vía telemática se realizaron evaluaciones estructuradas por fisiatra presencial al inicio y luego vía telemática a los tres meses, además de apoyo de otras especialidades médicas según demanda. Se realizan evaluaciones por enfermería mediante escalas estandarizadas al mes y los tres meses desde el ingreso. **RESULTADOS**: Se realiza seguimiento a seis pacientes, todos completan el periodo de observación. El índice de Barthel que mide autonomía en actividades básicas de la vida diaria, tenía un valor promedio al ingreso de 6,8 puntos (dependencia total) y a los tres meses de 40 puntos (dependencia moderada). El índice de Katz de valoración de actividades de la vida diaria presentó una disminución en la media de 4,4 puntos a 3,4 puntos. La escala de Tinetti que evalúa marcha y equilibrio se aplicó a tres de los seis pacientes y presenta un cambio de 20,6 a 25 puntos a los tres meses. Durante el seguimiento no se observan caídas **CONCLUSIONES**: La rehabilitación realizada por un equipo multidisciplinario de atención cerrada puede disminuir el grado de dependencia de adultos mayores tras una hospitalización. Se deben utilizar más herramientas que permitan evaluar el grado de recuperación para optimizar los tiempos de rehabilitación.

HALLAZGO INCIDENTAL DE ESTENOSIS SUBGLÓTICA EN PACIENTE ADULTO CON LARINGITIS AGUDA SEVERA.

Helenne Klett Moya (1), Jorge Donoso Pérez (1), Wilmer Rangel Becerra (2)
(1) Médico EDF CESFAM Canela, (2) Médico Otorrinolaringólogo Hospital de Illapel

INTRODUCCIÓN: La estenosis subglótica (ES) es una patología compleja dado su alta morbimortalidad y baja sospecha que retrasa el diagnóstico y tratamiento. Las causas de ES se dividen en congénitas o adquiridas. De éstas últimas, las secundarias a instrumentalización de la vía aérea son las más frecuentes. La laringitis aguda (LA) en edad pediátrica y adulta se comporta como entidad diferente por la conformación anatómica de la laringe en el niño, que lo hace más susceptible a la obstrucción severa, en comparación al adulto, que por lo general es leve a moderada. En edad pediátrica, el compromiso es principalmente subglótico, mientras que en el adulto es glótico y supraglótico, con manifestaciones clínicas diferentes.
PRESENTACIÓN DEL CASO: Masculino de 79 años, con antecedentes de DM2 NIR, HTA, FA en TACO, hospitalización prolongada de noviembre – enero 2021 por Síndrome Coronario Agudo, con post operatorio tórpido, que requirió ventilación mecánica prolongada y traqueostomía percutánea; consulta en marzo 2021 en SAPU Canela, por cuadro de 1 semana caracterizado por síntomas catarrales, tos productiva y disnea progresiva hasta Capacidad Funcional IV. Ingresa con apremio respiratorio, disnea en reposo, tiraje intenso, estridor inspiratorio y tos disfónica. Al control de signos vitales taquicárdico, taquipneico, afebril, saturando 93% FIO2 ambiental. Al examen físico faringe congestiva, estoma de traqueostomía indemne. Murmullo pulmonar disminuido globalmente. Se administra oxigenoterapia, corticoides sistémicos y se nebuliza con adrenalina corriente, evolucionando favorablemente. Se decide traslado a Urgencia Hospital de Los Vilos con PCR SARS-CoV-2 descartada, donde se toman exámenes de laboratorio destacando parámetros inflamatorios bajos y radiografía de tórax sin foco de condensación. De forma ambulatoria se solicita nasofibrolaringoscopía y TC cuello evidenciando estenosis subglótica grado II. **CONCLUSIONES:** La ES es una entidad poco frecuente, con sintomatología inespecífica, que si no se sospecha puede tardar el diagnóstico y el tratamiento, aumentando la morbimortalidad. Cuando existe un proceso agudo infeccioso agregado, el paciente puede manifestar un cuadro de laringitis aguda similar al evidenciado en edad pediátrica, por lo que se debe considerar como diagnóstico diferencial, especialmente si existe el antecedente de intubación endotraqueal prolongada.

CALIDAD DEL SUEÑO EN LA POBLACIÓN ADULTA DEL PROGRAMA DE SALUD MENTAL EN EL CONSULTORIO RURAL DE CAMIÑA.

Roberto Gonzalo Klinger Guerra (1), Gonzalo Andrés Vera Santis (2), Diego Alejandro González Culí (3)
(1) Médico EDF CGR Camiña, (2) Médico EDF CGR Colchane, (3) Médico EDF CGR Huara

INTRODUCCIÓN: El sueño es un periodo fisiológico de reposo que permite al cuerpo y la mente descansar y restablecerse. Una buena calidad de sueño se encuentra asociada con un buen estado de salud y a la disminución del riesgo de sufrir enfermedades metabólicas y de la esfera mental. El insomnio es una patología muy frecuente en la población general. En Chile, el 63,2% de los mayores de 15 años reconoce tener problemas para dormir según la Encuesta Nacional de Salud (ENS) el año 2010, motivo de consulta que ha ido en aumento los últimos años. **OBJETIVO:** Es proporcionar información sobre la calidad del sueño y el impacto del mismo en la calidad de vida en un grupo de pacientes adultos mayores de 15 años con comorbilidades relacionadas con su salud mental, la gran mayoría de ellos identificados con la etnia Aymara. **MATERIAL Y METODO**: Estudio observacional descriptivo en la comuna de Camiña realizado durante el periodo de julio a diciembre del año 2020, aplicándose la Escala de Calidad de Sueño de Pittsburgh (PSQI) a los 27 adultos mayores de 15 años perteneciente a los registros del Programa de Salud Mental (PSM) del CGR Camiña. Se incluyeron pacientes de ambos sexos de edad comprendida entre los 15 a 55 años, cuyo único criterio de inclusión fue mantener controles regulares en el PSM con médico y psicóloga. Para cada sujeto se registró sexo, edad, nacionalidad, etnia representativa, nivel educacional, y se tabularon sus respuestas del PSQI en sistema informático Microsoft Excel. **RESULTADOS**: Se encuestaron a un total de 27 personas, de las cuales 24 (88,9%) se identificaron con la etnia Aymara, con un promedio de edad de 30,6 años, el 59,3% residente de la localidad Camiña. Respecto a la calidad del sueño de la muestra, la puntuación total del PSQI fue de 9,13. Al utilizar el punto de corte (5 puntos), se observó que el 92,6% eran“ Malos dormidores” y un 7,4% se identificaron como “Buenos dormidores”. Respecto a la calidad subjetiva del sueño; Un 70,3% de los pacientes evaluados están ‘‘Satisfechos” con su calidad del sueño. Un 62,9% presentan una latencia de sueño patológica (>60 minutos). Sólo un 18,5% de los encuestados refirió dormir más de 7 horas. Mientras que un 74% refirió consumo de fármacos hipnóticos con una frecuencia mayor a 3 veces por semana para poder conciliar el sueño.
CONCLUSIÓN: En nuestro trabajo, el promedio de la puntuación global del PSQI en ambos sexos de 9,13 (H: 8,92; M: 9,35) reflejó una pobre calidad de sueño de los pacientes encuestados. Esto se contrapone a los datos relacionados a la calidad subjetiva del sueño los cuales demuestran que 19 personas afirmaron tener una buena calidad del sueño. Los factores de latencia de sueño patológica y utilización de medicación hipnótica nos sugiere que los trastornos en la conciliación del sueño son los trastornos más frecuentes comparado con trastornos de mantenimiento del sueño.

TOXOCARIASIS COMO CAUSA DE FALSO ASMA DE CONTROL DIFICIL: REPORTE DE UN CASO

Ingrid Kraudy Klenner (1), Macarena Campos Sánchez (2), Soledad Castillo Orrego (3)
(1) Médico EDF, Cesfam Jorge Ahumada Lemus, Santa María, (2) Médico EDF, Cesfam Papudo.
(3) Médico EDF, Cesfam Mateo Bencur, Punta Arenas.

INTRODUCCIÓN: El asma de control difícil (ACD) se define como enfermedad no adecuadamente controlada pese a un correcto tratamiento, correspondiente al nivel 4 del GINA (800ug Budesonida o dosis equivalente de corticoides, asociado a broncodilatadores de acción prologada), por un periodo de al menos 6 meses. Dentro de estas causas encontramos con frecuencia un diagnostico incorrecto de asma, patologías concomitantes, factores ambientales, mala adherencia a tratamiento, entro otros. A su vez el ACD se clasifica en verdadero y falso, correspondiendo este último a causas externas, las que determinan una mala respuesta al tratamiento
PRESENTACIÓN DEL CASO: Se presenta caso previa autorización de sus padres. Adolescente de 11 años, con antecedentes de Síndrome bronquial obstructivo recurrente desde los 6 meses. Posterior diagnostico de asma, con episodios reiterados de neumonía, uso frecuente de corticoides vía oral, controles irregulares y mala adherencia a tratamiento. Se decide derivar a nivel secundario donde se insiste en una buena técnica inhalatoria, educación de enfermedad y se optimiza tratamiento con corticoide inhalado, asociado a broncodilatador de larga acción e inhibidor de leucotrienos. Se solicita exámenes donde destaca espirometria con alteración obstructiva severa, que no se normaliza postbroncodilatador. Hemograma con recuento de leucocitos de 7000, diferencial de eosinofilos 12%. IgE total de 1562. Serología para toxocariasis: IgG (+). Ante estos RESULTADOS se indica tratamiento con Mebendazol al paciente y tratamiento a sus mascotas. Luego de completar tratamiento, se disminuye paulatinamente dosis de inhalador, con buena respuesta clínica. Sin nuevos episodios de neumonía, ni requerimientos de corticoides vía oral. Disminución significativa de la disnea y uso de salbutamol. Se realiza nueva espirometria luego de 6 meses donde destaca alteración obstructiva moderada, que se normaliza postbroncodilatador.
DISCUSIÓN: El asma de control difícil es poco frecuente en pediatría. Antes de realizar este diagnostico es necesario descartar en primer lugar mala adherencia a tratamiento y una mala técnica en el uso de los inhaladores, siendo ésta una de las principales causas un mal control de síntomas. Por otro lado, se requiere descartar patologías concomitantes, las cuales podrían estar influenciando en una mala respuesta al tratamiento. En este caso, se realiza diagnostico de toxocariasis, la cual debe sospecharse ante pacientes que estén en contacto frecuente con perros, asociado a síntomas como tos crónica, espasmos bronquiales, síndrome de Löffler, episodios de sibilancias o asma de control difícil.

HIDROCEFALIA CRÓNICA DEL ADULTO, COMO CAUSA DE PARKINSONISMO SECUNDARIO: REPORTE DE UN CASO

Ingrid Kraudy Klenner (1), Macarena Campos Sánchez (2), Soledad Castillo Orrego (3)
(1) Médico EDF, Cesfam Jorge Ahumada Lemus, Santa María, (2) Médico EDF, Cesfam Papudo.
(3) Médico EDF, Cesfam Mateo Bencur, Punta Arenas.

INTRODUCCIÓN: El parkinsonismo secundario es un conjunto de patologías que tienen una clínica similar a la Enfermedad de Parkinson, sin embargo, corresponden a una etiología diferente. Dentro de una de las causas de parkinsonismo secundario encontramos la Hidrocefalia crónica del adulto (HCA), la que corresponde a una patología clínicamente caracterizada por alteración de la marcha, deterioro cognitivo e incontinencia urinaria, asociado al crecimiento del sistema ventricular cerebral, con presión normal del líquido cerebroespinal. Su prevalencia aumenta con la edad, siendo alrededor de 0,2% entre los 70 y 80 años, la cual aumenta hasta 6% posteriormente. Según la revisión sistemática de Martin-Láez et al, respecto a la epidemiología de la HCA, actualmente existe un subdiagnóstico de esta enfermedad. **PRESENTACIÓN DEL CASO:** Paciente de sexo masculino, de 75 años de edad, autovalente, con antecedentes de hiperplasia prostática benigna, operada hace 2 años. Posterior a la cirugía evoluciona con rigidez corporal y alteración de la marcha. Fue evaluado por neurólogo, quien indica tratamiento con Levodopa/Benserazina. Durante el periodo que recibió tratamiento (1 año), presenta aumento de la rigidez corporal, presenta caídas frecuentes y episodios de incontinencia urinaria. En este contexto de deterioro clínico el paciente vuelve a consultar, donde se solicita TAC de cerebro, que evidencia dilatación ventricular supratentorial significativa. Con este resultado se deriva a nivel secundario, donde se realiza diagnóstico de HCA y se procede a la instalación de válvula ventrículo-peritoneal. Paciente evoluciona con remisión de los síntomas, con cese de la rigidez corporal, marcha parkinsoniana y sin nuevos episodios de incontinencia urinaria a la fecha. **DISCUSIÓN:** El parkinsonismo secundario debe sospecharse en todo paciente con síntomas rápidamente progresivos, falta de respuesta a levodopa u otros signos, tales como compromiso de esfínter, caídas frecuentes o deterioro cognitivo precoz, como en el caso de la HCA. La relevancia del diagnóstico de esta patología, es que actualmente es la única causa reversible y tratable de demencia subcortical. Y su diagnostico precoz y oportuno, permite a los pacientes optar a una resolución quirúrgica, con posterior mejoría clínica en más del 80% de los casos.

CUANDO LA "ANGINA ESTABLE" DEJA DE SER "ESTABLE" Y LA IMPORTANCIA DEL ALTO ÍNDICE DE SOSPECHA DIAGNÓSTICA. REPORTE DE CASO SÍNDROME DE WELLENS TIPO 2 EN PACIENTE CON ALTO RIESGO CARDIOVASCULAR.

Jorge Kutscher Barrera (1), Vania Fernanda Cari Gormaz (2), Antonio Aramayo Kirsinger (3)
(1) Médico EDF CESFAM Puertas Negras, (2) Médico EDF CESFAM Quilpué, (3) CESFAM Puertas Negras.

INTRODUCCIÓN: La angina estable es clásicamente definida como una sensación de incomodidad o dolor en el pecho, brazo o mandíbula producido por factores predecibles que incrementan la demanda de oxígeno miocárdica, y que es aliviada por el reposo o uso de nitroglicerina en menos de 10 minutos (1). Responde a la obstrucción parcial del lumen coronario en rangos que fluctúan entre el 65-75% generando una perfusión miocárdica subóptima transitoria. Esta "estabilidad" de la placa ateromatosa puede afectarse por diversos factores originando un síndrome coronario agudo (SCA), empañando el pronóstico y morbimortalidad de los pacientes. **CASO CLÍNICO:** Paciente de sexo masculino 65 años, residente en la comuna de Valparaíso, con antecedentes de hipertensión arterial y tabaquismo IPA 30, sin controles médicos ni tratamientos. Refiere cuadro de 6 meses de dolor precordial opresivo, EVA 10/10, gatillado por esfuerzo físico moderado que aliviaba con el reposo. Desde hace 1 mes que angina se presenta con esfuerzos menores de tipo labores domésticas y emociones fuertes. El 03 de enero de 2021 a las 8 am, despierta con dolor retroesternal opresivo intenso y cortejo neurovegetativo. 3 horas tras iniciado el dolor consulta en SAPU donde le realizan electrocardiograma (ECG): ritmo sinusal, T bifásica en V1. Se maneja con analgésico IV y se deriva con analgesia a domicilio. Sin embargo, persiste con angina y reconsulta en otro servicio de urgencias 5 horas tras iniciado el dolor. Ingresa en buenas condiciones generales, hipertenso 175/108 mmHg, 87 lpm, sat 99% ambiental, eupneico, destacando al examen físico yugulares planas en 45º, RR2T sin soplo, crépitos bibasales finos, edema maleolar +/+. Se realiza ECG V1: onda T bifásica, en V2: T invertida profunda y en V3-5: Ondas T invertidas de menor profundidad que en V2. Troponina I 0.101 ng/mL (VR hasta 0.034), CK Total 93 U/L (normal), CKMB 12 U/L (normal). Se realiza manejo inicial de infarto agudo al miocardio (IAM) y se traslada a unidad de hemodinamia con diagnóstico Síndrome de Wellens Tipo 2, sospecha de obstrucción de arteria coronaria descendente anterior proximal. **CONCLUSIONES:** En Chile, el Infarto Agudo al Miocardio (IAM) causa más de 5.800 muertes y casi 8 mil egresos hospitalarios al año, además de ser la principal causa de años de vida ajustados por discapacidad, en los varones mayores de 60 años (2). En este caso, hombre con alto riesgo cardiovascular con disminución de umbral gatillante anginoso progresivo con dolor torácico persistente, resulta urgente complementar el estudio dirigidamente hacia IAM, realizando curva de cardioenzimas, ECG seriados, etc. **DISCUSIÓN:** Dado el gran impacto en la morbimortalidad de los pacientes que desarrollan un SCA, es que se sugiere aumentar el índice de sospecha en pacientes con alto riesgo cardiovascular que consulta en servicios de urgencia por dolor torácico. Para ello sería necesario poder derivar de manera oportuna a centros de mayor complejidad que cuenten con marcadores de laboratorio de isquemia miocárdica, para aumentar la sensibilidad del estudio, incluso sin alteraciones electrocardiográficas iniciales.

NEFROLITIASIS COMO PRESENTACIÓN DE HIPERPARATIOIDISMO PRIMARIO: REPORTE DE UN CASO

Nicole Lama Muñoz (1), Felipe González Rodríguez (2), Nicolás Lecaros Donoso (3)
(1) Médico EDF, Hospital de Diego de Almagro (2) Médico EDF, Cesfam Carén, (3) Médico EDF, Hospital de Tocopilla

INTRODUCCIÓN: El hiperparatiroidismo primario se produce por un aumento de la secreción de la hormona paratiroidea (PTH) responsable de la regulación del metabolismo del calcio. Por ende, la hipercalcemia juega un rol clave en el diagnóstico de la patología. **PRESENTACIÓN DEL CASO:** Paciente femenina de 62 años con antecedentes de hipotiroidismo en tratamiento, hospitalizada con diagnóstico de sepsis de foco urinario secundario a ureterolitiasis obstructiva que requirió manejo invasivo en UTI por shock séptico refractario a volumen e instalación de catéter doble J. Dada de alta por mejoría clínica y de parámetros de laboratorio. Reingresa posteriormente por cuadro de 15 días de evolución de astenia, anorexia, vómitos y constipación. En los exámenes de laboratorio destaca una hipokalemia e hipercalcemia severa (calcio corregido en 14.96 mg/dl). Estudio de etiología evidencia una PTH en 257 pg/ml y ecografía cervical con adenoma paratiroideo. Se realiza paratiroidectomía con resolución completa de cuadro clínico. **DISCUSIÓN:** Dentro de las causas más frecuentes de hipercalcemia se encuentra el hiperparatiroidismo primario. La importancia de realizar el estudio a tiempo radica en descartar las causas tumorales y evitar la progresión a hipercalcemia severa, cuadro potencialmente letal. Los síntomas mas frecuentes del aumento del calcio plasmático son la litiasis renal en aproximadamente 15-20% de los pacientes, nefrocalcinosis, otras manifestaciones gastrointestinales como náuseas, vómitos, constipación, anorexia, pancreatitis, manifestaciones neuromusculares como astenia, debilidad, depresión leve, disfunción cognitiva o letargia, psicosis y coma en hipercalcemia severa y por último las manifestaciones óseas con disminución de la densitometría ósea y osteítis fibrosa quística en un menor porcentaje.

DIAGNÓSTICO, MANEJO, TRATAMIENTO Y SOBREVIDA DE UN PACIENTE CON ANTECEDENTE DE HIDATIDOSIS CEREBRAL RECIDIVANTE EN ZONA RURAL EXTREMA: A PROPÓSITO DE UN CASO.

Dulce Lara Martínez (1), Martín Rodríguez Laporte (2), Ignacio Pozo Márquez (2) Silvana Bustos Astudillo (2), Diego Hidalgo Vergara (3), Belén Vásquez Silva (4)
(1) Médico Cirujano Artículo 9. Hospital de Chaitén, (2) Médico Cirujano EDF Hospital de Chaitén
(3) Médico Cirujano Articulo, Hospital Padre Hurtado, Santiago, (4) Fonoaudiologia Hospital de Chaitén

INTRODUCCIÓN: La equinococosis es una infección parasitaria provocada por *Echinococcus granulosus* y el humano es un hospedero accidental. Los quistes hidatídicos se ubican frecuentemente en hígado y pulmón, mucho más raro en riñón, bazo, corazón y cerebro, siendo este último entre el 0,5-3% del total de los casos. Presenta posibles secuelas relacionadas a la ubicación, tamaño y distribución quística. El abordaje es médico quirúrgico. **CASO CLÍNICO:** Femenino de 7 años, sin antecedentes mórbidos, a partir de 1988 consulta en Hospital de Chaitén por episodios repetitivos de cefalea intensa y vómitos, sin focalidades neurológicas. En 1990 es derivada al Hospital de Puerto Montt, donde al ser evaluada por neurología, destaca edema de papila y signo de Babinski positivo. En tomografía computarizada cerebral se evidencia lesión quística que compromete gran parte del hemisferio derecho. Se practica craneotomía temporo-parietal descompresiva, extrayendo masa quística, cuya biopsia reporta quiste hidatídico. Farmacoterapia de egreso con mebendazol. Durante postoperatorio tardío debuta con crisis convulsivas tónico-clónicas generalizadas, por lo cual inicia tratamiento con fenobarbital. Entre 1990 y 1992 presenta nuevos quistes cerebrales, y es sometida a otras 4 intervenciones quirúrgicas, en una de ellas se obtiene 24 lesiones quísticas. Paciente continúa antiparasitario en dosis altas por 6 semanas. Presentó parresia en hemicuerpo izquierdo hasta el año 2015 y última crisis convulsiva en 2016. Actualmente sin secuelas, mantiene tratamiento anticonvulsivante, controles en atención primaria y seguimiento anual por neurología. **DISCUSIÓN:** La PRESENTACIÓN cerebral de la hidatidosis es poco frecuente, con manifestaciones clínicas de carácter insidioso y poco específicas, sin embargo, al encontrarnos en una zona endémica de esta patología, se debe tener una alta sospecha clínica y ser considerada entre los diagnósticos diferenciales de entidades neurológicas. Es importante desarrollar a nivel regional, programas de prevención primaria y actividades de diagnóstico precoz que permitan disminuir la incidencia y prevalencia general.

MACROADENOMA HIPOFISIARIO NO FUNCIONANTE, A PROPÓSITO DE UN CASO.
Daniela Lavín Vásquez (1), Viviana Villalobos Labra (2), Boris Uribe Arriagada (2)
(1) Médico EDF SSMS, CESFAM Barros Luco, (2) Médico EDF SSMS, CESFAM Cóndores de Chile

INTRODUCCIÓN y OBJETIVOs: Los adenomas hipofisiarios son los tumores benignos más frecuentes de la glándula hipofisiaria y se manifiestan clínicamente por compresión de las estructuras adyacentes y por hiper o hipofunción hormonal. Se clasifican según tamaño (macroadenoma si >10mm y microadenoma si <10mm) o en funcionales/no-funcionales según la presencia clínica o no de un exceso hormonal. Dependiendo de sus características, su manejo puede ir desde la observación, al manejo médico y hasta la cirugía. El OBJETIVO de este trabajo es presentar un CASO CLÍNICO de un macroadenoma hipofisiario no funcionante y su manejo. **METODOLOGÍA:** Se realizó revisión bibliográfica y reporte de un CASO CLÍNICO.
CASO CLÍNICO: Paciente masculino de 52 años sin antecedentes mórbidos con historia de 4 años de disminución de agudeza visual por lo que consulta. Al examen se evidencia hemianopsia bitemporal por lo que se deriva para estudio. En fondo de ojo se observa disminución de CFN con patrón quiasmático y TAC cerebral informa proceso expansivo selar y supraselar sugestivo de macroadenoma hipofisiario con compresión quiasmática por lo que es derivado a neurocirugía. En exámenes de laboratorio destaca perfil hormonal con panhipopituitarismo y RNM de silla turca muestra tumor hipofisiario de 37 mm con compresión de vía visual. Se deriva a endocrinología para compensar cuadro hormonal y se indica cirugía. Se realiza resección transesfenoidal sin complicaciones, pero durante estadía destaca aumento de déficit visual con amaurosis derecha. Se realiza TAC cerebral que informa hematoma y apoplejía hipofisiaria secundaria por lo que es intervenido nuevamente de urgencia. Luego de esto evoluciona favorablemente por lo que se da de alta con suplementación hormonal.
DISCUSIÓN: Los adenomas hipofisiarios no funcionantes tienen una alta prevalencia en la población (16.7%), abarcando el 50% de los tumores hipofisiarios. En general corresponden a tumores secretores de gonadotrofinas o subunidades de ellas, pero también están descritos adenomas silentes. Se manifiestan principalmente por efecto de masa (cefalea 25%, déficit visual 50%, alteración campo visual 14%, convulsiones y rinorrea de LCR raro), hiperprolactinemia secundaria e hipopituitarismo (hipogonadismo 77%, hiperplolactinemia 37%, adrenal 28%, tiroídeo 22%) y por útimo incidentaloma. El riesgo de crecimiento de un microadenoma no funcional es de 3.2 – 12.5%, a diferencia de un macroadenoma no-funcional que es de 50%, por lo que se recomienda el seguimiento en los microadenomas y la resección quirúrgica de los macroadenomas.
CONCLUSIONES: El tratamiento de los tumores de hipófisis, siendo los adenomas los más frecuentes, requiere de un manejo multidisciplinario debido a sus características (neurocirugía, endocrinología, otorrinolaringología, oftalmología, etc). Si bien se han publicado guías de manejo con recomendaciones, hay muchos aspectos de su tratamiento que aún no están definidos con estudios de suficiente calidad. En este sentido, el enfoque de un grupo de profesionales con mayor experiencia en el manejo de ellos, con tratamientos adecuados a cada paciente, podrían ofrecer los mejores RESULTADOS.

APENDICITIS EN ADULTOS SIN ELEVACIÓN DE PARÁMETROS INFLAMATORIO, REPORTE DE UN CASO
Fernando Lavín Rivera (1), Kevin Allar Nogales (2), Daniela Leyton Quirino (3), Javiera Muñoz Morales (3)
(1) Médico EDF Hospital El Salvador de Peumo, (2) Médico EDF Hospital de Pichidegua,
(3) Interna de Medicina, Universidad Diego Portales

INTRODUCCIÓN: La apendicitis es la inflamación del apéndice cecal secundario a la obstrucción de su lumen, siendo esta una causa común de abdomen agudo en el servicio de urgencias. La distribución etaria los más afectados son entre los 20 y 40 años con un peak entre los 10 y 19 años. Clínicamente el dolor es su síntoma principal presentándose en el 95% de los pacientes, siendo el patrón migratorio de epigastrio a fosa iliaca derecha común y con sensibilidad del 60% y especificidad cercana al 80%, asociado a estos puede presentarse con náuseas, vómitos y anorexia. Dentro de los exámenes de laboratorio más del 80% presenta sobre los 10500 leucocitos y más del 75% desviación a la izquierda, la PCR está elevada en más del 95% de los casos, siendo útiles para apoyar el diagnóstico. **CASO CLÍNICO:** Paciente masculino de 60 años con antecedentes de Hipertensión arterial en tratamiento, sin cirugías previas, consulta cuadro de 24 horas de evolución caracterizado por dolor epigástrico difuso, náuseas e inapetencia. Al examen físico destaca abdomen distendido con blumberg esbozado. Exámenes de laboratorio con parámetros inflamatorios dentro de rangos normales, pero ante la sospecha clínica se realiza una tomografía computarizada de abdomen y pelvis que informa “signos compatibles con apendicitis aguda”, por lo que es evaluado por cirugía e ingresa a pabellón para apendicectomía vía laparoscopía. Biopsia informa pieza con signos compatibles con apendicitis aguda úlcera-flegmonosa. **CONCLUSIÓN:** La apendicitis es una de las principales causas de abdomen agudo diagnosticados en la urgencia por la clínica y apoyo de exámenes de laboratorio siendo importantes para la toma de decisiones de derivación a cirugía. Es menester tener claro los signos y síntomas de una probable apendicitis y siempre considerarla independiente del grupo etario, sobre todo en pacientes mayores a 50 años a pesar de no ser el grupo etario más frecuente para disminuir la morbimortalidad asociada.

XANTOMA BILATERAL EN TENDÓN DE AQUILES EN PACIENTE CON TRASTORNO LIPIDICO DESCARTADO, REPORTE DE UN CASO

Fernando Lavin Rivera (1), Camila Mora Rioseco (1), Daniela Leyton Quirino (2), Javiera Muñoz Morales (2), Bastián Mora Rioseco (3)
(1) Médico EDF Hospital El Salvador de Peumo, (2) Estudiante de Medicina, Universidad Diego Portales
(3) Interno de Medicina, Universidad de Talca

INTRODUCCIÓN: El xantoma es un tumor dérmico benigno compuesto por la degradación de colesterol y acúmulo de macrófagos en zonas con abundante tejido conectivo, como lo son, por ejemplo, los tendones, en general se manifiestan en pacientes con trastornos genéticos del metabolismo lipídico. El tendón de Aquiles es el tendón más resistente del cuerpo y con frecuencia, el más afectado. **CASO CLÍNICO:** Paciente masculino de 38 años con antecedentes de hipertensión arterial, consulta en policlínico por cuadro de 8 años de evolución caracterizado por aumento de volumen progresivo, no doloroso, en región posterior de ambos tobillos. Se solicita radiografía que no informa lesiones, en ecografía se reporta tendones de Aquiles con aumento de volumen y ecogenicidad bilateral asociada a microcalcificaciones. Se deriva a traumatología donde se decide resección quirúrgica de dichas lesiones por ser limitantes funcionales en la marcha del paciente. La pieza quirúrgica es enviada a anatomía patológica quienes la informan como "Xantoma". En el estudio posterior se descarta trastorno lipídico asociado y paciente es derivado a rehabilitación motora. **CONCLUSIÓN:** Presentar una lesión xantomatosa en el tendón de Aquiles es una afección rara, principalmente si es bilateral, al ocurrir este fenómeno, podemos asegurar en el 90% de los casos que estamos en presencia de un trastorno lipídico genético, sin embargo, en nuestro caso fue descartado, por lo que es necesario realizar un estudio más acabado de los posibles diagnósticos de base que podría presentar o bien, determinar que estamos dentro del 10% de casos idiopáticos.

EMERGENCIA HIPERTENSIVA: HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA EN URGENCIAS DE HOSPITAL RURAL, REPORTE DE UN CASO

Fernando Lavín Rivera (1), Camila Mora Rioseco (1), Daniela Leyton Quirino (2), Javiera Muñoz Morales (2)
(1) Médico EDF, Hospital El Salvador de Peumo, (2) Interna de Medicina, Universidad Diego Portales

INTRODUCCIÓN: La emergencia hipertensiva es un tipo de crisis hipertensiva en donde el alza brusca de las cifras tensionales de PAS ≥ 180 mmHg y/o PAD ≥ 120 mmHg, amenaza la vida del paciente o la integridad de algún órgano vital. Dentro de las causas neurológicas se encuentran las hemorragias subaracnoideas debido a ruptura de aneurisma cerebrales. **CASO CLÍNICO:** Paciente masculino 63 años con antecedentes de hipertensión arterial en tratamiento irregular, consulta al servicio de urgencias por cuadro de 30 minutos de evolución caracterizado por síncope que evoluciona con cefalea holocraneana de inicio súbito de alta intensidad. Al ingreso con presión arterial 285/163 mmHg taquicardia de 105 latidos por minutos sin dolor torácico, examen neurológico glasgow 12 pupilas isocóricas reactivas, pares craneales sin alteraciones, fuerza M5 y sensibilidad conservada en ambas extremidad superiores e inferiores. En la urgencia se maneja con labetalol, sufre crisis convulsiva tonico-clonica de menos de 5 minutos de duración, por lo que se realiza carga de anticonvulsivantes con fenitoína. y se deriva a centro de mayor complejidad vía SAMU, llega a centro de referencia estable, vigil, reactivo, con persistencia de cefalea, se realiza tomografía computarizada de cerebro que muestra hemorragia subaracnoidea aguda fisher 4, por lo que finalmente en ingresado Es ingresado en unidad de paciente crítico para manejo. **CONCLUSIÓN:** La hemorragia subaracnoidea tiene un amplio espectro de PRESENTACIÓN, en el cual el déficit neurológico focal suele ser un síntoma tardío que indica más la sospecha de una complicación como vasoespasmo que una PRESENTACIÓN aguda. Por esto la anamnesis y examen físico son relevantes para la sospecha precoz, sin esperar la PRESENTACIÓN de síntomas neurológicos y así iniciar el manejo en el Servicio de Urgencias que implica una serie de medidas que son de gran impacto con respecto al pronóstico neurológico y vital del paciente.

MENINGITIS BACTERIANA SIN PATÓGENO AISLADO, A PROPÓSITO DE UN CASO.

Kevin Lee Angulo, Hugo Lucero Correa, Martín Acuña Valenzuela, Antonia Sanchez Aguilera
Médicos EDF CESFAM Pitrufquen

INTRODUCCIÓN: La meningitis es una inflamación patológica de las leptomeninges, que es el tejido que acompaña al cerebro y a la medula espinal, definida como un aumento de linfocitario en el líquido cerebroespinal. Las infecciones bacterianas presentan una altísima morbimortalidad, con una imperiosa necesidad temprana de diagnóstico y de tratamiento, debido a que su retraso puede ser perjudicial e incluso fatal para el paciente y sus cercanos. **OBJETIVO**: Exponer un caso de Meningitis bacteriana, con énfasis en su sospecha clínica y diagnóstico. **REPORTE DE CASO**: Paciente femenino de 84 años con sobrepeso, asmática, epiléptica bien controlada, dislipidémica e hipertensa con buena adherencia a tratamiento crónico. Es derivada desde otro servicio de urgencias por cuadro de 3 días de fiebre persistente hasta 38.9°C, compromiso del estado general, mialgias, cefalea, tos seca y desorientación. Al examen destacaba agitación, desorientación, no emitiría lenguaje y rigidez cervical dudosa ante la agitación. Se derivó a centro terciario bajo sospecha de ACV, se toma Scanner cerebro sin contraste sin lesiones y Punción lumbar clara, ligeramente turbia, sedimento escaso con lactato en lcr (20.07), proteínas LCR 4922, LDH 203, glucosa 1mg/dl. Citologico con leucocitos 1755. Sin gérmenes ante la tinción. Con microbiológico negativo para ADN viral y bacterias aisladas. La paciente se contrarefirió para estudio y tratamiento en centro de atención 2ria. Se hospitalizo en agudos aislada y se inició tratamiento antibiótico en dosis meníngeas y antivirales. Ante compromiso de consciencia hasta coma, crisis convulsivas a repetición de difícil manejo y mala progresión clínica al 5to día, se decidió finalmente limitación de esfuerzo terapéutico y cuidados de fin de vida. **DISCUSIÓN y CONCLUSIÓN:** El diagnostico tardío asociado al retraso de la antibioterapia puede llevar un daño irreversible neurológico, incluyendo el desenlace fatal. Por lo que la sospecha clínica y sus signos de alarma deben obligarnos a descartar esta enfermedad e iniciar con tratamiento empírico tan pronto sea posible. Lamentablemente no siempre se logra aislar un patógeno debido a los limitantes diagnósticos y muchas veces el desenlace es inminente.

SÍNDROME DE TAKO-TSUBO, A PROPÓSITO DE UN CASO.

Kevin Lee Angulo (1), Christian Flores Neumann (2), Hugo Lucero Correa (1), Katherine Lee Angulo (3)
(1) Médico EDF, Hospital Pitrufquén, (2) Médico EDF Hospital Psiquiátrico de Putaendo, (3) Médica EDF, CESFAM Calbuco

INTRODUCCIÓN: El síndrome coronario agudo tiene diagnósticos diferenciales relevantes y uno es el síndrome de Tako.Tsubo (STT), el cual tiene una clínica muy similar, pero con importante diferencia en su morbimortalidad, pronostico y tratamiento. **OBJETIVO:** Exponer un caso de STT, enfatizando su necesidad de estudio y diagnostico retrospectivo. **REPORTE DE CASO:** Paciente femenino de 58 años solo con antecedente de sobrepeso. Es derivada desde el SAPU al servicio de urgencias Hospital San Juan de Dios por un cuadro de dolor torácico intenso 10/10 iniciado posterior a la noticia de fallecimiento de un familiar directo, opresivo que irradia hacia extremidad superior izquierda y con sudoración profusa, pese a ello estable hemo dinámicamente. El estudio inicial concluye un electrocardiograma con supra desnivel de ST en V2 y V3, por lo que se maneja ante una clínica típica de un síndrome coronario agudo con aspirina, clopidogrel y atorvastatina. Es llevada a la Urgencia hospitalaria donde se constata alza de troponinas hasta 321ng/ml, por lo que se decide estudio con Coronariografía, la cual es concluyente con ausencia de lesión coronaria, ventrículos con volúmenes conservados, aquinesia no adelgazada e hipercontractibilidad de la base y punta, compatible con STT. **DISCUSIÓN y CONCLUSIÓN:** El STT se cree que es inducido por un gran nivel de catecolaminas, que producen disfunción ventricular transitoria de los segmentos apicales y medios, asociado a su dilatación. Y en general estas alteraciones de la motilidad ventricular se extienden sobre la distribución de alguna arteria coronaria, por lo que es clínicamente compatible con un síndrome coronario agudo, el cual tiene alta morbimortalidad, por lo que es necesario descartar un infarto agudo al miocardio entre otros. En nuestro CASO CLÍNICO se necesito realizar una coronariografía para poder descartar otras enfermedades y confirmar el STT.

SÍNDROME SHOCK TÓXICO ESTREPTOCÓCICO COMO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL EN INFECCIONES DE PARTES BLANDAS.

Estefanía León Rosales, Alexis Sánchez Zúñiga,
Médicos Cirujanos EDF Hospital de Santa Bárbara, Santa Bárbara.

INTRODUCCIÓN: El Síndrome de Shock Tóxico Estreptocócico (SSTE) corresponde a una infección invasiva por Estreptococo Beta-Hemolítico del grupo A (EBHGA), asociada a shock y falla multiorgánica. Con una incidencia anual de 5 a 10 casos por 100.000 habitantes, se presenta mayormente entre los 20 y 50 años, con una tasa de mortalidad entre el 30 y 80% de los casos. Es una infección rápidamente progresiva, que afecta la piel, tejido celular subcutáneo, fascia superficial y ocasionalmente profunda, puede producir también necrosis hística y severa toxicidad sistémica. **DESCRIPCIÓN DEL CASO CLÍNICO:** Hombre de 41 años, con antecedentes de Epilepsia. Consultó en servicio de urgencia rural por dolor súbito en pierna derecha que asoció a traumatismo con leño, indicándose manejo analgésico. Por persistencia, consultó 12 horas después, constatándose lesión eritematosa, caliente, edematosa y sensible al tacto a nivel poplíteo. Se diagnosticó Celulitis y se inició manejo antibiótico empírico. Minutos después, reconsulta por malestar general, vómitos, dificultad respiratoria y extensión de lesión en pierna, encontrándose pálido, sudoroso y con tendencia al sueño, por lo que fue referido a centro derivador, donde se constató hipotenso, febril, hipoglicémico, con compromiso cualicuantitativo de conciencia, mal perfundido, dificultad respiratoria importante y lesión eritemato-violacea que abarcaba pierna derecha en toda su extensión. Se apoyó con oxígeno adicional, se inició reanimación con volumen y se administró glucosa endovenosa hasta corregir hipoglicemia, destacando persistencia de disnea, rigidez y pupilas no reactivas a la luz. Presentó episodio convulsivo, por lo que se realizó manejo avanzado de vía aérea, mejorando mecánica ventilatoria, y se administró antibioticoterapia por sospecha de Sepsis, destacando rápida progresión de eritema en pierna, extendiéndose hasta cadera derecha. Paciente evolucionó con paro cardio-respiratorio con asistolía, que no revirtió a reanimación cardio-pulmonar. Hemocultivos post mortem evidencian DESARROLLO de EBHGA. **DISCUSIÓN:** El SSTE es un proceso de rara PRESENTACIÓN que ha manifestado un incremento progresivo en su incidencia en los últimos 20 años. Si bien se han reportado casos asociados a diabetes, patologías cardio-pulmonares crónicas, inmunodeficiencias y uso de drogas endovenosas, suele presentarse sin comorbilidades. Se han descrito casos de transmisión horizontal de la infección, por lo que se plantea la existencia de una pre-disposición individual a esta infección grave. También, se ha asociado a factores de riesgo como infecciones virales y el uso de antiinflamatorios. La mayoría de las veces una solución de continuidad de la barrera cutánea es la puerta de entrada del EBHGA y su PRESENTACIÓN inicial suele ser la Celulitis. Las manifestaciones clínicas iniciales son variadas e inespecíficas, de allí la importancia de sospecharlo.

CUANTIFICACIÓN DE LA ESTEATOSIS HEPÁTICA COMO HALLAZGO EN EL RESULTADO DE ECOGRAFIA ABDOMINAL EN LA POBLACIÓN DE UN CESFAM URBANO DE LA REGIÓN METROPOLITANA.

Francisca Andrea León Castro, Anita Sanhueza Vásquez, Guillermo Véliz Sanzana, Loreto Soto Valdés
Médicos EDF CESFAM Santa Anita, Lo Prado, Santiago

INTRODUCCIÓN: El Hígado graso no alcohólico (HGNA) es la enfermedad hepática más común en países occidentales y un problema de salud en aumento a nivel mundial. Se reconocen ciertos factores de riesgo como la obesidad, diabetes mellitus tipo 2 (DM2), resistencia a la insulina, síndrome metabólico y ser de raza hispana. En Chile, un estudio estimó la prevalencia de hígado graso en un 23% según los hallazgos en ecografía abdominal. **OBJETIVO:** Estimar la prevalencia de esteatosis hepática según los RESULTADOS de las ecografías abdominales realizadas en el año 2019 en el CESFAM Santa Anita de la comuna de Lo Prado. **MATERIAL Y METODO:** Estudio descriptivo transversal. Se seleccionaron las ecografías abdominales realizadas entre enero y diciembre de 2019 en el CESFAM Santa Anita. Los datos fueron extraídos de los informes entregados por el centro imageneológico y posteriormente tabulados en planilla Excel. Además, se revisaron la ficha clínica electrónica, para extraer los datos de edad, peso, talla, IMC y presencia comorbilidades. **RESULTADOS:** Se analizaron 315 ecografías abdominales. La edad promedio del total fue de 54,87 años, con un promedio de IMC de 30,56. Su distribución según diagnóstico nutricional es: bajo peso 1 (0,31%), normal 51 (16,19%), sobrepeso 106 (33,65%) y obesidad 157 (49,85%). Del total evaluado, 55 (17,46%) tiene DM2, 147 (46,66%) Hipertensión arterial (HTA), 62 (19,68) Dislipidemia (DLP) y 28 (8,88%) Intolerancia a la glucosa (IGO). 204 (64,76%) ecografías informan esteatosis hepática, con un promedio de edad de estos pacientes de 56,14 años y un promedio de IMC de 32,21. Su distribución según diagnóstico nutricional es: bajo peso 0 (0%), normal 18 (8,82%), sobrepeso 61 (29,90%) y obesidad 125 (61,27%). En relación a la presencia de comorbilidades, del total de pacientes que presentan esteatosis hepática, 42 (20,58%) tienen DM2, 107 (52,45%) HTA, 51 (25%) DLP y 23 (11,27%) IGO. **DISCUSIÓN O COMENTARIOS:** En los RESULTADOS evaluados en este estudio, se observa que la prevalencia de esteatosis hepática según los hallazgos de ecografía abdominal es mayor al reportando en la literatura para la población chilena. En relación a las posibles causas destaca la alta prevalencia de obesidad, diabetes mellitus tipo 2 e hipertensión arterial en el total población evaluada y en el grupo que presenta esteatosis hepática, todas con una prevalencia mayor a la prevalencia nacional estimada según la ENS 2016-2017. En necesario implementar programas eficientes para la prevención y tratamiento de las condiciones crónicas asociadas al HGNA, considerando que esta es la base de su manejo.

EVALUACIÓN DE LA PREVALENCIA DE SINDROME DE BURNOUT EN MÉDICOS DE APS DURANTE LA PANDEMIA DE COVID-19

Francisca Andrea León Castro, Anita Sanhueza Vásquez, Guillermo Véliz Sanzana, Loreto Soto Valdés
Médicos EDF CESFAM Santa Anita, Lo Prado, Santiago

INTRODUCCIÓN: La pandemia de COVID-19 ha implicado una sobrecarga para todo el sistema de salud. En marzo de 2021 Chile experimentó un importante aumento de casos de COVID-19, lo que ha generado una gran repercusión en los funcionarios de salud, tanto a nivel laboral como emocional y físico. En este contexto, se hace relevante evaluar el efecto que tiene la exposición prolongada a un mayor estrés laboral en este grupo de personas, considerando que esto puede desencadenar síndrome de burnout y otras patologías de salud mental. **OBJETIVO:** Estimar la prevalencia de síndrome de burnout en los médicos que trabajan en el CESFAM Santa Anita durante la pandemia de COVID-19. **MATERIAL Y METODO:** Estudio descriptivo transversal. Se aplicó en abril de 2021 una encuesta online al equipo médico del CESFAM Santa Anita, que incluyó la evaluación de datos generales de los participantes y el cuestionario Maslach Burn-out Inventory – Human Services Survey for Medical Personnel (MBI-HSS(MP)). Los participantes responden de manera voluntaria y anónima la encuesta. Se tabulan los RESULTADOS en una planilla Excel para su posterior análisis. **RESULTADOS:** De los 15 médicos que respondieron la encuesta, 40% (n=6) son hombres y 60% (n=9) son mujeres, con un promedio de edad de 33,13 años y un promedio de 4,42 años de trabajo en APS. El 100% trabaja por contrato 44 horas. 86,66% (n=13) de los médicos refiere trabajar horas extra a su jornada laboral, con un promedio estimado de 53,26 horas trabajadas a la semana. 26,66% (n=4) realiza turnos de urgencia, ya sea en SAPU o en Servicio de Urgencia de nivel terciario. Un 60% (n=9) trabaja los fines de semana. La prevalencia de síndrome de burnout fue de 80% (n=12). En el análisis de subescalas, 66,66% (n=10) muestra niveles altos de agotamiento emocional, 40% (n=6) tiene niveles altos de despersonalización y 26,66% (n=4) muestra niveles bajos de realización personal. **DISCUSIÓN:** Los RESULTADOS de este análisis muestran que existe una alta prevalencia de burnout en el estamento médico de este CESFAM, destacando los síntomas de agotamiento emocional y despersonalización. Esto demuestra las consecuencias que ha generado la pandemia de COVID-19 en la salud mental de los profesionales de la salud, debido a la sobrecarga laboral y emocional que esta enfermedad ha generado. Se hace fundamental generar estrategias de autocuidado para todos los funcionarios de la salud, tomando en cuenta la alta prevalencia de este síndrome y la incertidumbre respecto a la duración de esta pandemia.

CARACTERIZACIÓN DE UN POLICLÍNICO DE NANEAS EN UN CENTRO DE SALUD FAMILIAR DE LA REGIÓN DE TARAPACÁ

Daniel Lira Muñoz (1), Paulina Salas Cornejo (2), Tahía Alarcón Sarria (1)
(1) Médico EDF, CGU Héctor Reyno, Alto Hospicio, (2) Médico EDF, CESFAM Cirujano Guzmán, Iquique

ANTECEDENTES: Durante las últimas décadas se ha observado una gran reducción en la mortalidad infantil en Chile, y con ello un aumento en el número y complejidad de los pacientes pediátricos con enfermedades crónicas. Así surge el concepto de "Niños y adolescentes con necesidades especiales de salud" (NANEAS) para definir esta nueva población. Actualmente no existen estudios locales en la región de Tarapacá que describan las características de este grupo en policlínicos de atención primaria (APS). **OBJETIVO:** Definir las características clínicas y demográficas de los usuarios NANEAS inscritos en un Centro de APS de la Región de Tarapacá. **SUJETOS Y MÉTODOS:** Se reportaron 37 pacientes NANEAS inscritos en el Consultorio General Urbano Dr. Héctor Reyno G. de Alto Hospicio. Se recolectó información respecto a su género, edad, diagnósticos principales, comorbilidades y presencia de control en nivel primario o secundario. Para aquellos pacientes ingresados al policlínico NANEAS se registró necesidades de atención y grado de complejidad. **RESULTADOS:** No se observaron diferencias por género. Respecto al diagnóstico principal 9 (51,4%) fueron trastornos neurológicos, 9 (24,3%) genéticos y malformaciones, 4 (10,8%) respiratorios, 2 (5,4%) prematuros, 2 (5,4%) digestivos y 1 (2,7%) infeccioso. 10 (27%) presentaron comorbilidades asociadas. 13 (35%) se controlan únicamente en nivel secundario, y sólo 10 (27%) participan del policlínico de NANEAS, de los que 9 (90%) mantienen control con especialistas, 5 (50%) requieren medicamentos crónicos, 1 (10%) alimentación especial y 9 (90%)rehabilitación por discapacidad, ningún paciente requiere tecnología para vivir ni necesidad educativa especial. De este grupo 7 (70%) fueron de baja complejidad de atención, 3 (30%) de mediana complejidad, sin casos de alta complejidad. **DISCUSIÓN:** Se desconoce información sobre la complejidad de necesidad de atención de un grupo importante de pacientes, dado que carecen de control en APS, a pesar de que el manejo recomendado de NANEAS es un enfoque biopsicosocial e integral, centrado en niño y su familia, que en conjunto con un Modelo de Salud Familiar y un esfuerzo coordinado en red aspira a maximizar el potencial del niño y proveerle un cuidado sanitario óptimo. **CONCLUSIONES:** Se logró describir las características clínicas de pacientes NANEAS inscritos en el CGU Héctor Reyno. Se observó homogeneidad en cuanto a género, alta prevalencia de patologías neurológicas, y un grupo no menor sin control en APS ni en Policlínico de NANEAS, la mayoría poseen baja complejidad de necesidad de atención. Para lograr un manejo ideal de NANEAS se debe considerar el Modelo de Salud Familiar, estimulando la derivación a APS; sólo de esta manera y actuando en conjunto con toda la red de atención es que podremos lograr otorgarle a esta población una salud de excelencia.

MANEJO DE LA HIPERLIPIDEMIA FAMILIAR COMBINADA EN LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD: A PROPÓSITO DE UN CASO.

Jaime Andrés Lira Muñoz (1), Francisco Hernán Olivares Garrote (2), Gianella Alejandra Aceituno Benvenuto (2)
(1) Médico EDF Hospital San José de Casablanca, (2) Médico EDF CESFAM Placilla

INTRODUCCIÓN y OBJETIVOS: La hiperlipidemia familiar combinada, descrita en primera instancia por Goldstein en el año 1973, corresponde a un trastorno hereditario autosómico dominante del metabolismo de los lípidos, que se asocia a hiperlipidemia mixta y enfermedad cardiovascular prematura. El diagnóstico se realiza mediante criterios clínicos, y son importantes la variabilidad del fenotipo lipídico y la historia familiar de hiperlipidemia. Se presenta un CASO CLÍNICO con el OBJETIVO de actualizar sobre la PRESENTACIÓN y los tratamientos efectivos según la bibliografía más reciente, además de dar a conocer el nivel de complejidad de los pacientes manejados en la atención primaria de salud (APS) de nuestro país. **MATERIAL Y METODO**: Presentamos el caso de una paciente con diagnóstico de hiperlipidemia familiar combinada manejado en el CESFAM de Placilla de Peñuelas, región de Valparaíso. **RESULTADOS y CONCLUSIONES**: Paciente femenina de 58 años con antecedentes de hiperlipidemia familiar combinada, hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo 2 no insulino requiriente, hiperuricemia, cardiopatía coronaria, insuficiencia cardiaca y tabaquismo crónico, acude durante enero del año 2021 con el OBJETIVO de retomar controles en el programa cardiovascular del CESFAM Placilla de Peñuelas por indicación del nivel secundario tras hospitalización reciente en contexto de infarto agudo al miocardio. La paciente presentaba controles regulares en APS de larga data, con mal control metabólico pese a adherencia adecuada a tratamiento indicado, fue además derivada a la especialidad de medicina interna en múltiples oportunidades sin respuesta. En su ficha clínica destacan controles desde el año 2014 donde se informan múltiples perfiles lipídicos alterados con valores de colesterol total de hasta 400 mg/dl y triglicéridos en rangos fluctuantes entre 500 y 1985 mg/dl. En septiembre del año 2020, en contexto de hospitalización por insuficiencia cardiaca descompensada, se ajusta tratamiento farmacológico hipolipemiante con estatinas manteniendo perfil lipídico alterado. En enero y febrero del 2021 se mantiene con perfil lipídico en valor crítico (triglicéridos mayores a 1900 mg/dl); se deriva en tres ocasiones al servicio de urgencia del nivel secundario donde se indica mantener terapia y considerar el uso de fibratos desde la APS. En el contexto descrito se decide iniciar tratamiento con ciprofibrato en dosis de 100 mg dos veces al día adicional a su terapia actual con estatinas y cambios en el estilo de vida. Se explica a paciente que ciprofibrato no se encuentra dentro del arsenal terapéutico del CESFAM y accede a su compra. En abril del 2021 se realiza control con exámenes donde destaca colesterol total de 173 mg/dl y triglicéridos de 283 mg/dl. La paciente actualmente se mantiene en controles y seguimiento estricto por parte del equipo multidisciplinario del programa cardiovascular del CESFAM. **DISCUSIÓN:** El manejo de la hiperlipidemia familiar combinada se presenta como un desafío para los profesionales de la APS dado por la falta de medicamentos dentro del arsenal terapéutico y la dificultad en el acceso a la atención secundaria, condición agravada en el contexto de pandemia actual. En relación con los hipolipemiantes, el ciprofibrato disminuye significativamente las lipoproteínas de muy baja densidad) y los triglicéridos, efecto que se acompaña de una reducción modesta (5 a 10%) de las LDL, que a su vez se potencia con el uso de atorvastatina. El manejo adecuado de esta patología es una rePRESENTACIÓN del enfoque actual de la APS que posee como uno de sus ejes principales el concepto de prevención de eventos cardiovasculares futuros.

EFECTOS DE LA ACTIVIDAD FISICA EN EL CONTROL METABÓLICO DE PACIENTES DIABETICOS

Paz Lira Lukacs (1), Jorge Cortés González (2), Jorge Contreras Aguilera (3)
(1) Médica EDF, CESFAM Dr. Manuel Ferreira Guzmán, (2) Médico EDF, CESFAM Quellón,
(3) Médico EDF, Hospital Comunitario de Queilen

INTRODUCCIÓN: En Chile la mayor cantidad de defunciones son causadas por enfermedades crónicas no transmisibles, a expensas principalmente de enfermedades cardiovasculares. Estas patologías se asocian a estilos de vida poco saludables (sedentarismo e inadecuada nutrición), los cuales son modificables. La práctica de actividad física se asocia a disminución de la mortalidad prematura, eventos cardiovasculares, mejor calidad de vida y adherencia al tratamiento. **OBJETIVOS:** Analizar los efectos de la actividad física en la compensación metabólica de los pacientes diabéticos del programa cardiovascular del CESFAM Dr. Manuel Ferreira Gúzman. **MATERIAL Y MÉTODO:** Se analizaron los RESULTADOS de hemoglobina glicosilada, presión arterial y peso de 12 pacientes diabéticos ingresados al programa "protocolo de ejercicios intermitentes de alta intensidad y corta duración (high intensity interval training, HIIT)". Los pacientes realizaron actividad física 2 a 3 veces por semana durante 36 sesiones en donde se se aplicó medición de parámetros de compensación (presión arterial, hemoglobina glicosilada y peso corporal) al inicio y al final de la intervención. **RESULTADOS Y CONCLUSIONES:** 42% de los pacientes intervenidos lograron meta de compensación en diabetes mellitus con hemoglobina glicosilada < 7%. 83% de los pacientes disminuyeron cifras de presión arterial (PA sistólica en 10 mmhg y diastólica en 5 mmhg). 83% de los pacientes evaluados presento disminución del peso corporal hasta 5,5 kg. Otro aspecto observado fue la disminución en la dosis farmacológica de medicamentos crónicos. **DISCUSIÓN:** La actividad física en pacientes diabéticos bajo control logra mejoría en cuanto a disminución de las cifras de presión arterial y valor de hemoglobina glicosilada. Asimismo, ayudó en la disminución de peso corporal y dosis de medicamentos crónicos por patología cardiovascular. Es fundamental el ejercicio como parte del tratamiento de las patologías crónicas cardiovasculares y debería implementarse como pilar del tratamiento para pacientes del programa cardiovascular.

LESIONES URTICARIFORMES COMO MANIFESTACIÓN CLÍNICA DE INFECCIÓN POR SARS-COV-2.

Paz Lira Lukacs (1), Jorge Cortés González (2), Jorge Contreras Aguilera (3)
(1) Médica EDF, CESFAM Dr. Manuel Ferreira Guzmán, (2) Médico EDF, CESFAM Quellón,
(3) Médico EDF, Hospital Comunitario de Queilen

INTRODUCCIÓN: La infección por el virus SARS-CoV-2, causante de la pandemia global actual, a presentado un amplio espectro de manifestaciones clínicas de la enfermedad llamada COVID-19. En un comienzo se consideraban dentro de estas manifestaciones solo las que afectaban al sistema respiratorio, sin embargo, con el paso de los meses se han detectado manifestaciones gastrointestinales, neurológicas, cardiológicas e incluso cutáneas. En este último punto se han descrito en la literatura exantemas, erupciones varicela-like, lesiones acro-isquémicas, erupciones urticarifome, entre otras. **CASO CLÍNICO:** Paciente femenina de 29 años sin antecedentes mórbidos, se encontraba bajo seguimiento por equipo de epidemiología del CESFAM Dr. Manuel Ferreira Guzmán luego de presentar PCR positiva para SARS-CoV-2. Durante los primeros días de enfermedad presenta odinofagia, mialgias, congestión nasal, anosmia y ageusia. Al octavo día de evolución presenta aparición de lesiones pruriginosas tipo habones en zona de muslos y piernas hasta nivel de los tobillos. Los días anteriores solo había recibido tratamiento intermitente con paracetamol 1 gr cada 8 hrs. Al día siguiente presenta migración de dichas lesiones a palmas y plantas, con aumento de prurito. En este contexto se deja tratamiento sintomático con antagonista de receptor de H1, resolviendo por completo las lesiones y prurito asociado a los 3 días del inicio de las lesiones. Finalmente, paciente es dada de alta a los 14 días de cuarentena asintomática y sin complicaciones. **CONCLUSIONES:** La enfermedad por SARS-CoV-2 presenta un sin número de manifestaciones clínicas tanto al inicio como durante el DESARROLLO del cuadro clínico, por lo cual resulta importante estar atentos a la evolución de los pacientes hasta el último día del seguimiento. Dentro de las manifestaciones cutáneas se han descrito casos de erupciones urticariformes dentro de un 1,4 a un 19% de los pacientes infectados (dependiendo de la bibliografía), sin embargo, el cuadro resulta indiferenciable de la urticaria común, por lo cual se dificulta su diagnóstico. COVID-19 es una enfermedad de la cual aún se está investigando, por lo cual resulta de gran importancia la sospecha diagnóstica ante la presencia de síntomas o signos atípicos en nuestros pacientes para así poder realizar el diagnóstico de forma precoz y evitar la mayor propagación del virus.

PUENTE MIOCARDICO (*FENOMENO DE MILKING*) DE LAS ARTERIAS CORONARIAS: A PROPOSITO DE UN CASO.

Gustavo Llanos Avendaño, Teresa Vergara Arratia, Josefa Feres García
Médicos EDF Hospital de Coinco, Coinco, Región del Libertador Bernardo O'Higgins

INTRODUCCIÓN: Los puentes miocárdicos (PM) o trayectos miocárdicos constituyen una variante anatómica de haces de fibras musculares que recubren un trayecto variable de la arteria coronaria. Generalmente tienen pronóstico benigno, asintomático, sin embargo, se considera causa de angina, arritmias malignas, infarto de miocardio y muerte súbita. **OBJETIVO:** Presentar un caso de síndrome coronario agudo (SCA) secundario a un puente miocárdico. **CASO CLÍNICO:** Mujer de 37 años con antecedentes de hipertensión arterial en tratamiento, con buena adherencia. Antecedentes familiares muerte súbita hermano por PM. Consulta por cuadro de 6 horas de evolución caracterizado por dolor retroesternal, tipo opresivo, intensidad EVA 9/10, irradiado a región mandibular, desencadenado en reposo asociado a síntomas neurovegetativos. Electrocardiograma destaca: taquicardia sinusal regular, frecuencia cardiaca 111x, QRS estrecho, sin desplazamiento del punto J, QTc 444ms, con ondas T negativas en V2-V4. Laboratorio inicial evidencia CK total 2003 mg/dL, CK-MB 88 mg/dL, Troponina <40 mg/dL. Se deriva a hospital de alta complejidad con diagnostico de SCA sin supra desnivel del segmento ST. Equipo de cardiología decide hospitalización para curva de enzimas cardiacas. Paciente evoluciona tórpidamente con angina refractaria a terapia vasodilatadora y enzimas cardiacas en ascenso. Coronariografía diferida temprana pesquisa PM en tercio distal de la arteria descendente anterior (ADA) con estenosis luminal mayor a 50%, efecto "*milking",* no se describen lesiones angiografías significativas. Se inicia tratamiento con beta bloqueo y terapia antiplaquetaria evolucionando con disminución de intensidad y frecuencia del dolor, se decide alta al sexto día con estudio ambulatorio para eventual resolución cardioquirúrgica, dependiendo de su evolución. **DISCUSIÓN:** Los PM constituyen una variante anatómica de haces de fibras musculares que recubren un trayecto variable de la arteria coronaria. Pueden producir, durante la sístole, una estenosis de la luz arterial mayor del 50%, conocido como "fenómeno de *milking",* debido a la presión que ejercen las fibras miocárdicas sobre la arteria. La perfusión coronaria es fundamentalmente diastólica, la existencia aislada de un PM no explica por sí misma la existencia de isquemia, por lo que se consideran mecanismos como el aumento del inotropismo y cronotropismo, accidente de placa o vaso espasmo para su justificación. Estos fenómenos se localizan con mayor frecuencia en los segmentos mediales y distales de la ADA. Se consideran benignos, descritos generalmente como variaciones anatómicas que no se asocian a fenómenos angiográficamente significativos. No obstante, el caso presentado constituye la etiología del evento isquémico en pared anteroseptal. Si bien el tratamiento médico con beta bloqueadores, que disminuyen el inotropismo y cronotropismo cardiaco, es el tratamiento de primera línea, pacientes refractarios a terapia médica con persistencia de síntomas y eventos isquémicos serian candidatos a bypass coronario. **CONCLUSION** - La patología de puente miocárdico es considerada como una entidad benigna, sin embargo, puede ser causa desconocida, subdiagnósticada de un SCA.

SÍNDROME DE BURNOUT EN EL PERSONAL DEL CESFAM DE VICTORIA

Rafael Lobos Urbina, Camila Riffo Gutiérrez, Cristobal Cofré Figueroa, Yinniva Troncoso Bravo
Médicos EDF CESFAM Victoria

INTRODUCCIÓN y OBJETIVOS: El Síndrome de Burnout es una respuesta emocional al estrés crónico. La OMS el año 2000 lo declaró como un factor de riesgo laboral, por la capacidad que tiene para afectar la calidad de vida y la salud mental. Se caracteriza por agotamiento emocional, malestar físico, pérdida de motivación, sensación de fracaso y sentimientos de alienación, éstos producto de excesivas demandas de energía, fuerza y recursos. La prevalencia varía según las características del individuo y el ambiente donde se desempeña. El OBJETIVO de este trabajo es identificar el nivel de Síndrome de Burnout en una muestra de la población de los funcionarios del CESFAM de Victoria. **MATERIAL Y METODO:** Estudio descriptivo transversal. Se entregó de forma aleatoria el Inventario de Burnout de Maslach (MBI) a los funcionarios del CESFAM de Victoria para su auto aplicación en febrero 2021. **RESULTADOS:** 25,7% de la muestra presenta síntomas severos de agotamiento emocional y el 21.2% presenta síntomas moderados. El 22.7% de funcionarios presenta síntomas severos de despersonalización y un 19.6% síntomas moderados. El 24.2% presenta síntomas severos de falta de realización personal en su puesto laboral y el 30.3% presenta síntomas moderados. **CONCLUSIÓN y DISCUSIÓN:** Existe un alto porcentaje de síntomas moderados o severos dentro de las esferas evaluadas, mayor al observable en la literatura. Es necesario la realización de estrategias para la prevención, detección temprana y manejo de este síndrome, el cual puede afectar negativamente tanto la vida personal como laboral de una cantidad importante de funcionarios del CESFAM de Victoria.

Bibliografia: *Olivares Faúndez Víctor. Laudatio: Dra. Christina Maslach, Comprendiendo el Burnout. Cienc Trab, 2017, 19 (58), 59-63.*

Vilà M, Cruzate C, Orfila F, Creixell J, González M, Davins J, Burnout y trabajo en equipo en los profesionales de Atención Primaria, Atención Primaria, Vol 47, 2015, 25-31.

MENINGIOMA EN EL ADULTO MAYOR: A PROPÓSITO DE UN CASO

Gislen López Bravo (1), José Rodríguez Cid (1), Marcela Riquelme Moya (2)
(1) Médico EDF, CESFAM Dr. Alberto Reyes Tomé, (2) Médico APS CESFAM Dr Alberto Reyes Tomé

INTRODUCCIÓN: Los tumores del Sistema Nervioso son procesos expansivos en general de larga evolución, dando cuenta de variados síntomas clínicos, no sólo de la esfera neurológica. **DESCRIPCIÓN DEL CASO:** Mujer de 71 años, autovalente, con antecedentes de Diabetes mellitus tipo 2, Hipertensión arterial y Dislipidemia. Consulta en Servicio de Urgencias de Alta Resolución, por cuadro de 2 días caracterizado por dos caídas en hogar, evolucionando con compromiso de consciencia cualitativo, desorientación intermitente, astenia. Al ingreso: T 38.7°C, FC 108, PA 140/70mmHg, SatO2 97%, buen estado general, desorientada en tiempo. Radiografía de cráneo F-L muestra tenue imagen radiopaca de 58 mm de longitud sobre-proyectado al hemicráneo derecho. Se complementa con evaluación por neurología con persistencia de desorientación tiempo- espacio, inatenta, sin otras alteraciones al examen físico y neurológico. TAC Cerebro S/C: parénquima cerebral muestra importante proceso expansivo extraaxial frontal central de 4.7x6.4x5.7 cm en sus diámetros principales, de bordes irregulares, marcadamente calcificado, determina hipodensidad periférica de aspecto edematosa. Se complementa con RNM Cerebro con contraste: compatible con meningioma de señal atípica. Paciente evoluciona en buen estado general, asintomática, decide manejo conservador, por lo que se da de alta con control ambulatorio. **DISCUSIÓN y CONCLUSIÓN:** En nuestro país, el cáncer actualmente constituye la segunda causa de muerte. Dentro de este, los tumores de sistema nervioso central representan un 1.2% del total de neoplasias. En relación a su clasificación, de la Organización Mundial de la Salud ha establecido una clasificación, que incluye histología y que también se usa para determinar tratamiento. En el caso de los tumores benignos, la tasa de incidencia es de 1.21 por 100 mil habitantes en el caso del Meningioma, el que, además, corresponde al tipo más frecuente en los adultos. Un gran porcentaje de este tipo de tumores son asintomáticos y frecuentemente incidentalomas. Unos de los factores de riesgo más significativos en relación al meningioma es la radiació y, en asociación no del todo clara, los cambios hormonales. Algunos de los síntomas comunes de ver son cefalea, alteraciones visuales cambios de comportamiento, déficit motor o sensitivo, vómitos. Existen diversos enfoques terapéuticos que van desde la cirugía, radioterapia adyuvante, tratamientos moleculares, hasta el manejo conservador. Las caídas son frecuente motivo de consulta en urgencias, es importante una evaluación completa para determinar si podría corresponder a causa secundaria.

HERNIA DIAFRAGMÁTICA COMO CAUSA DE DISNEA: A PROPÓSITO DE UN CASO

Gislen López Bravo, José Rodríguez Cid
Médicos EDF CESFAM Dr. Alberto Reyes Tomé

INTRODUCCIÓN: Las hernias diafragmáticas son defectos del diafragma, congénitos o adquiridos que dan paso a órganos abdominales en la cavidad torácica, afectando sus estructuras, pudiendo originar distintos síntomas, por ejemplo, disnea. **DESCRIPCIÓN DEL CASO:** Mujer de 43 años, con antecedentes de Hipotiroidismo, Obesidad, urticaria crónica y Fibromialgia en estudio. Consulta en Atención Primaria por disnea de larga data, a moderados esfuerzos, sin signos de alarma, asociado a dolor abdominal tipo cólico, meteorismo, irradiado a zona lumbar, náuseas ocasionales, sin molestias urinarias. Exámenes de laboratorio que resultan sin alteraciones significativas. Evaluada en Servicio de urgencias por Radiografía de tórax alterada. A su ingreso T 36.4 °C, FC 80, PA 120/78mmHg, SatO2 97%, disminución de murmullo pulmonar en bases. Radiografía de tórax informa opacidades paracardíacas bilaterales compatibles con focos de condensación cardiomegalia. Por sospecha de neumonía, se administra carga de Ceftriaxona 2gr EV, y completar tratamiento ambulatorio Antibiótico por 7 días más broncodilatador y corticoides orales por 5 días. Se realiza control clínico y radiológico a los 6 días con persistencia de síntomas y patrón en radiografía. En contexto de cardiomegalia se solicita Ecocardiograma doppler color sin alteraciones de morfología ni función. Se toma TAC de tórax que concluye: severa hernia diafragmática retro-esternal con contenido de colon transverso sin evidencia de complicación actual. Se deriva a especialidad de cirugía para evaluación. **DISCUSIÓN y CONCLUSIÓN:**
Las hernias diafragmáticas corresponden defectos del diafragma que se pueden dar en distintos puntos de este. Cuando su PRESENTACIÓN es congénita, el pronóstico está relacionado con factores propios de cada recién nacido considerando si se asocia o no a otras malformaciones, prematurez, Apgar al nacer, qué órganos se encuentran involucrados. En adultos se puede asociar más frecuentemente a eventos traumáticos, pudiendo en primera instancia pasar desapercibidas. En estos casos de eventos de urgencia, una radiografía de tórax no tiene un rendimiento óptimo para confirmación o descarte de una hernia diafragmática. Las hernias diafragmáticas crónicas sintomáticas tienen indicación de resolución quirúrgica, por las complicaciones que se pueden generar. Los síntomas incluyen los respiratorios o digestivos como los más frecuentes, y en general un porcentaje importante involucra el colon transverso y/o omento mayor.
Dadas las consideraciones anteriores, es importante tener en mente como diagnóstico diferencial las alteraciones del diafragma de modo de poder sospecharlas según cada CASO CLÍNICO.

SÍNDROME DE BURNOUT: REALIDAD EN PERSONAL DEL CECOSF EL BORO DE ALTO HOSPICIO EN CONTEXTO DE PANDEMIA COVID19

Jorge López Gómez,
Médico EDF Servicio Salud Iquique, CESFAM Dr. Pedro Pulgar Melgarejo, Alto Hospicio

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS: El Síndrome de Burnout es un conjunto de síntomas físicos y psíquicos causado por sobrecarga laboral. El trabajo diario en Atención Primaria, y la adaptación que requiere el realizar funciones en contexto de la actual pandemia por COVID19, aumentan el riesgo de presentar este cuadro, cuya búsqueda dirigida, caracterización y clasificación de severidad es lo que motiva la realización del presente estudio, cuyos RESULTADOS permitieron reforzar y tomar medidas de autocuidado en el personal. **MATERIAL Y METODO**: Estudio de carácter descriptivo. Mediante la aplicación del Cuestionario de Maslach a modo de encuesta, se evaluó cansancio emocional, despersonalización y realización personal en los funcionarios clínicos y administrativos del CECOSF El Boro de Alto Hospicio, tomando además variable sexo, edad, estamento y antigüedad en el recinto; de manera de pesquisar al personal afectado, clasificar severidad y llevar a gráficas los RESULTADOS : **RESULTADOS Y CONCLUSIONES**: De un total de 18 funcionarios, un 61% arrojó puntajes sugerentes de Burnout. De estos, el 91% correspondió a mujeres, el rango etáreo más afectado fue entre los 31 y 35 años, predominando en funcionarios con uno a cinco años de antigüedad en recinto; el estamento mayormente afectado es el médico. Un 45% arroja RESULTADOS leves y otro 45% moderado. Los hallazgos más frecuentes de encontrar son cansancio emocional y despersonalización, ambos de intensidad alta. Sin embargo, la baja realización personal es poco frecuente **DISCUSIÓN O COMENTARIOS**: Con los RESULTADOS obtenidos, se contacta a Directora de Salud Municipal y Unidad de Prevención de riesgos, retomándose el espacio destinado a salud mental de funcionarios mediante actividades lúdicas grupales los días viernes próximo al término de jornada laboral. Resultaría interesante comparar cifras a futuro en un contexto sin pandemia.

TRASTORNO DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA NO ESPECIFICADO EN ADOLESCENTE: A PROPÓSITO DE CASO, MANEJO CONJUNTO ENTRE ATENCIÓN PRIMARIA Y SECUNDARIA

Jorge López Gómez,
Médico EDF Servicio Salud Iquique, CESFAM Dr. Pedro Pulgar Melgarejo, Alto Hospicio

INTRODUCCIÓN: Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) son cuadros psiquiátricos complejos, multifactoriales, de predominio en mujeres adolescentes. El más frecuente en este grupo etáreo es el TCA no especificado. Pueden asociarse a varias complicaciones médicas y psicológicas, por lo que requieren de manejo multidisciplinario precoz. Se presenta caso evaluado en nuestro recinto. **CASO CLÍNICO**: Femenina, 16 años, antecedentes de obesidad, sin otros mórbidos. Ingresa por cuadro de seis meses, con preocupación excesiva por bajar de peso luego de apreciaciones subjetivas por parte de figuras parentales. Inicia alimentación restrictiva y ejercicio físico intenso, bajando 26 kilogramos de peso. Manifiesta sentimientos de culpa al ingerir carbohidratos y miedo a ganar peso. Presenta amenorrea y constipación. Niega purgas y atracones. Al examen físico con peso e índice de masa corporal (IMC) normales, ectomorfa, con atrofia muscular y pérdida de tejido celular subcutáneo en hombros, brazos, abdomen e ingle. Al examen mental se aprecian rasgos obsesivos compulsivos y distorsión de percepción de su propia silueta al evaluarla con cartilla de imagen corporal; juicio conservado. En exámenes complementarios destaca trombocitopenia leve. Se inicia apoyo psicológico y nutricional, sin fármacos, y trabajo conjunto con madre, con buena respuesta. Se presenta en Consultoría a Psiquiatra Infantojuvenil, quien decide realizar intervención excepcional en Atención Primaria para no perder vínculo logrado por equipo de Atención Primaria. Indica mantener manejo, reforzar relación con madre y trabajar culpas. Posteriormente presenta desmotivación, culpa, desánimo e ideas de cortarse, iniciándose Fluoxetina en Atención Primaria, con buena respuesta hasta la fecha. **DISCUSIÓN**: Los TCA durante la adolescencia presentan desafíos particulares, que deben ser atendidos precozmente por equipos interdisciplinarios experimentados. La participación e inclusión de la familia también es fundamental para la recuperación.

RABDOMIOSARCOMA ALVEOLAR METASTÁSICO: A PROPÓSITO DE UN CASO

Juan López Olea (1), Paulina Martínez Deza (1), Bayardo Cadena Sánchez (2)
(1) Médico EDF, CESFAM Los Álamos, (2) Médico EDF, Hospital de Arauco

INTRODUCCIÓN y OBJETIVOS: El rabdomiosarcoma es el tumor maligno de partes blandas más frecuente en edad pediátrica y adultos jóvenes. El tipo alveolar, se caracteriza por su rápida progresión y mal pronóstico. En ese sentido, resulta muy importante su sospecha y detección precoz ante aumentos de volumen de características sugerentes de malignidad en pacientes de este grupo etario.
Presentamos un caso con el OBJETIVO de familiarizar sobre la forma de PRESENTACIÓN de esta patología.
PRESENTACIÓN DEL CASO: Paciente de sexo femenino de 16 años, sin antecedentes mórbidos, consulta en Servicio de Urgencias por cuadro de dos meses de evolución de aumento de volumen doloroso en cara palmar de su mano derecha, de crecimiento progresivo, doloroso. A la exploración física destaca un aumento de volumen blando, de 5x5 cm, discretamente equimótico, en cara palmar de la mano derecha, de límites poco definidos, adherido a planos profundos y doloroso a la palpación. Se indica estudio con ecografía de partes blandas, objetivándose tumor sólido, de 7.6 x 3 cm, vascularizado.
Es derivada a traumatología de su hospital de referencia por sospecha de neoplasia. Se avanza estudio con RNM con contraste, evidenciando tumor mixoide. En ese contexto se realiza resección quirúrgica del tumor y se envía a biopsia, que concluye rabdomiosarcoma alveolar con tejido adiposo y muscular esquelético extensamente infiltrados. La paciente evoluciona con aumento de volumen y posterior necrosis de la zona de la herida operatoria y aumento de volumen blando y doloroso en codo y axila ipsilaterales. Se indica TAC de tórax, abdomen y pelvis contrastado, objetivándose compromiso axilar metastásico y masa pancreática proliferativa de gran tamaño que genera obstrucción de vía biliar. Es evaluada por equipo de oncología, se define diagnóstico de rabdomiosarcoma alveolar en etapa IV y se decide ingreso a quimioterapia con OBJETIVO paliativo e instalación de endoprótesis de vía biliar. **DISCUSIÓN O COMENTARIOS:** El rabdomiosarcoma corresponde a una neoplasia de partes blandas de rápida instalación y evolución, que afecta principalmente a pacientes pediátricos o adultos jóvenes. Por lo mismo, es relevante su rápida sospecha y diagnóstico en cuadro de aumento de volumen de características sospechosas en pacientes jóvenes, considerando que el pronóstico dependerá del diagnóstico precoz de esta patología.

ABSCESO VALVULAR ROTO COMO COMPLICACIÓN DE ENDOCARDITIS BACTERIANA SUBAGUDA, A PROPÓSITO DE UN CASO.

Juan López Olea (1), Paulina Martínez Deza (1), Bayardo Cadena Sánchez (2)
(1) Médico EDF, CESFAM Los Álamos, (2) Médico EDF, Hospital de Arauco

INTRODUCCIÓN: La endocarditis bacteriana es una enfermedad de baja incidencia, pero de alta morbimortalidad. El absceso valvular es una de las complicaciones más severas de esta patología y requiere un manejo precoz. Se presenta un caso con el OBJETIVO de exponer la forma de PRESENTACIÓN de una patología de alta mortalidad, que se debe sospechar en cuadros febriles sin foco evidente. **PRESENTACIÓN DEL CASO**: Paciente masculino, de 52 años, con antecedente de hipertensión arterial, consulta en múltiples oportunidades en servicio de urgencia por cuadro de 1 mes de evolución de fiebre, cefalea, diaforesis, compromiso del estado general y baja de peso de 7 Kg . Exploración física inicial sin hallazgos positivos. Se decide hospitalización para estudio. En exámenes de laboratorio destaca elevación de parámetros inflamatorios, electrocardiograma normal, enzimas cardiacas negativas. Al examen físico se constata la aparición de soplo holosistólico, de predominio en foco mitral, III/VI. Se inicia tratamiento antibiótico con ampicilina, cloxacilina y gentamicina. Se reciben Hemocultivos positivos para Streptococcus bovis y se ajusta terapia antibiótica de acuerdo a perfil de resistencia. Cuatro días después de inicio de antibióticos, el paciente presenta cuadro de hipotensión y dolor retroesternal opresivo. Se toma electrocardiograma, encontrándose taquicardia sinusal y bloqueo completo de rama izquierda nuevo. Se deriva a unidad coronaria de hospital de la red, donde se realiza ecocardiograma, que muestra válvula aórtica con insuficiencia severa, imagen de absceso anular roto y válvula mitral perforada con insuficiencia moderada. Ingresa a pabellón para aseo quirúrgico y reemplazo valvular. Cirugía sin incidentes. Paciente sale a UCI, donde presenta PCR no recuperado. **DISCUSIÓN O COMENTARIOS:** La endocarditis bacteriana es una patología que durante las últimas décadas ha disminuido su incidencia en nuestro país, pero sigue teniendo una alta mortalidad. Es importante, en ese sentido, la búsqueda dirigida de soplo cardiaco en paciente con cuadros febriles prolongados o de foco desconocido, con el fin de iniciar precozmente la antibioterapia y evitar complicaciones, como el absceso valvular.

RABDOMIOLISIS POR USO DE ESTATINAS EN EL ADULTO MAYOR: REPORTE DE UN CASO

María Belén López Escalona (1), Claudia Ortiz Vallejos (2), Romina Olate Mercado (3), Carlos Ibarra Cid (4)
(1) Médico EDF, CESFAM Pueblo Nuevo, Temuco, (2) Médico EDF, CESFAM Las Colinas Padre las Casas,
(3) Médico EDF, CESFAM Pedro de Valdivia Temuco, (4) Médico EDF, Consultorio Miraflores Temuco

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS: La rabdomiólisis es un síndrome causado por destrucción de tejido muscular con liberación de sus componentes a la circulación sistémica. Los mecanismos fisiopatológicos son: trauma directo de fibra muscular y depleción del ATP muscular. Las causas pueden ser adquiridas o hereditarias, clasificándose en metabólicas, estructurales, por alteración en la bomba de calcio e inflamatorias. Según la FDA, la frecuencia es de 0.3-13.5 casos por millón de prescripciones de estatinas. El cuadro clínico consta de dolor muscular, debilidad generalizada, orina oscura, en ocasiones rigidez y calambres. La creatinkinasa suele ser al menos cinco veces superior al límite normal, pero no existe un valor límite, por lo cual es importante considerar el cuadro clínico. El OBJETIVO de este trabajo es considerar la presencia de esta patología en pacientes usuarios de estatinas. **MATERIAL Y METODO:** Trabajo descriptivo de un CASO CLÍNICO, en base a información obtenida de ficha clínica y exámenes entregados por paciente, complementando con literatura científica. **CASO CLÍNICO:** Paciente femenina de 81 años, antecedentes de hemorragia subaracnoidea por aneurisma roto clipado, portadora de válvula derivativa ventrículo peritoneal, hipertensión arterial esencial, dislipidemia, asma bronquial y glaucoma. En tratamiento farmacológico con losartán 50 mg, hidroclorotiazida 25 mg, zopiclona 7,5 mg y atorvastatina 80 mg, consulta en urgencia por cuadro de 3 días de evolución de dolor y debilidad en extremidades inferiores que se agudiza en las últimas horas, alteración de la marcha, leve disartria y parestesias de extremidades superiores que paciente refiere mayor a derecha, sin antecedentes de trauma, ejercicio intenso ni uso de nuevos medicamentos. Signos vitales estables. Se sospecha accidente cerebro vascular. Se solicita TAC de cerebro sin contraste que no muestra disfunción valvular ni alteraciones hemorrágicas agudas, radiografía de columna cervical, tórax y abdomen sin alteraciones en trayecto del catéter valvular. En exámenes destaca CK total 12.786 U/L, GOT 754 U/L, GPT 669 U/L, creatinina 2.56 mg/dl, nitrógeno ureico 77.8. Se plantea diagnóstico de rabdomiólisis por uso de atorvastatina en altas dosis, se suspende fármaco, se hospitaliza y se realiza tratamiento con suero fisiológico 0,9% endovenoso para diuresis de 150 cc/hora. Evoluciona favorablemente, con descenso de CK total y normalización de función renal, siendo dada de alta tras 4 días, con indicación de hidratación oral y kinesioterapia motora. Exámenes complementarios inmunológicos que incluyen anticuerpos anti mitocondriales, anti músculo liso, antinucleares y anti ENA negativos. **RESULTADOS Y CONCLUSIONES:** Cerca de un 10% de pacientes que utilizan estatinas presentan mialgias, siendo la evolución a rabdiomiolisis poco frecuente. Factores de riesgo incluyen: insuficiencia renal previa, sexo femenino, edad superior a 70 años, intervención quirúrgica reciente, altas dosis de estatinas y tratamiento concomitante con antifúngicos, eritromicina, ciclosporina o fibratos. Este caso corrobora lo expuesto en la literatura, ya que describe un cuadro de rabdomiólisis en una paciente femenina, mayor de 70 años y usuaria de estatinas en dosis altas. **DISCUSIÓN Y COMENTARIOS:** La terapia con estatinas frecuentemente es bien tolerada, sin embargo, debemos considerar el riesgo de complicaciones graves, como la rabdomiólisis, siendo importante sospecharla sobre todo en los pacientes con factores de riesgo asociados.

PENFIGOIDE AMPOLLAR EN PACIENTE CON ENFERMEDAD DE PARKINSON: REPORTE DE UN CASO

María Belén López Escalona (1), Claudia Ortiz Vallejos (2), Aivonlec Espinoza Contreras (3), Carlos Ibarra Cid (3)
(1) Médico EDF CESFAM Pueblo Nuevo, Temuco, (2) Médico EDF CESFAM Las Colinas Padre las Casas,
(3) Médico EDF Consultorio Miraflores Temuco

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS: El penfigoide ampollar es una patología autoinmune causada por anticuerpos dirigidos contra componentes de la membrana basal. El cuadro clínico se caracteriza por ampollas tensas de contenido seroso o hemorrágico, sobre placas eritematoedematosas o piel normal, que alternan con erosiones y prurito moderado a intenso. El diagnóstico se basa en la clínica, en biopsia de piel para histopatología y tejido perilesional para inmunofluorescencia directa. El tratamiento inicial se basa en uso de corticosteroides sistémicos y tópicos. Estudios observacionales e informes de casos, han definido asociaciones entre el penfigoide ampolloso y los trastornos neurológicos, como la enfermedad de Parkinson. El OBJETIVO de este trabajo es asociar la presencia de esta patología en pacientes adultos mayores con enfermedades neurológicas preexistentes, como la enfermedad de Parkinson. **MATERIAL Y METODO:** Trabajo descriptivo de un CASO CLÍNICO, en base a la información obtenida mediante ficha clínica y exámenes entregados por la paciente. Se complementa con la literatura científica. **CASO CLÍNICO:** Paciente femenina de 85 años, con antecedentes de enfermedad de Parkinson, hipertensión arterial esencial, dislipidemia y limitación crónica del flujo aéreo, inicia cuadro de dos semanas de evolución de prurito en extremidades superiores que evoluciona a máculas eritematosas, y se extienden a muslos y extremidades inferiores, sin antecedentes de nuevos fármacos, daños físicos, fiebre ni otros síntomas. Se inicia tratamiento con antihistamínicos y clotrimazol en crema por sospecha de micosis, sin respuesta clínica. Se agrega al cuadro la aparición de vesículas y ampollas de aproximadamente 1-4 cm de diámetro, de consistencia firme, con contenido seroso y algunas con contenido hemorrágico, distribuidas en forma simétrica en las superficies flexoras de antebrazos, cara interna de muslos y extremidades inferiores, sin compromiso de mucosas, en algunas zonas erosiones por ampollas rotas con costras mielicéricas, signo de Nikolski negativo. Se sospecha penfigoide ampollar, iniciando tratamiento con prednisona oral en dosis de 0.75 mg/kg/día y clobetasol tópico, con respuesta clínica favorable tras 2 semanas de tratamiento. Las biopsias obtenidas mostraron disrupción dermoepidérmica con infiltrado eosinofílico, se confirmó diagnóstico con inmunofluorescencia directa que evidencia cúmulos de IgG y C3 de patrón lineal. **RESULTADO Y CONCLUSIONES:** Se ha propuesto la homología entre los antígenos del penfigoide ampolloso en la piel y los antígenos neuronales del sistema nervioso central como causa del vínculo observado entre ambas patologías, junto a la predisposición genética. Este CASO CLÍNICO evidencia dicha asociación. **DISCUSIÓN Y COMENTARIOS:** Es importante la alta sospecha diagnóstica y reconocer el cuadro clínico de un penfigoide ampollar en pacientes con antecedentes neurológicos, para evitar las complicaciones derivadas de un diagnóstico tardío.

AFECTACIÓN GENITOURINARIA Y ESPLÉNICA EN CONTEXTO DE TUBERCULOSIS MILIAR. A PROPÓSITO DE UN CASO.

Pedro López Moya (1), Felipe Seguel Yáñez (2), Luis Morgado Araya (3)
(1) Médico EDF CESFAM La Higuera (2), Médico Becado Radiología USACH, Hospital del Salvador.
(3) Interno Medicina, UCN.

INTRODUCCIÓN: La tuberculosis es una importante causa de morbimortalidad a nivel mundial, siendo su factor de riesgo más importante la infección por VIH. Puede existir TBC pulmonar y extrapulmonar, siendo en este último caso, el aparato genitourinario el sistema más frecuentemente afectado. **CASO CLÍNICO:** Paciente masculino, 37 años con antecedente de esquizofrenia, infección por VHB y VIH con TARV suspendida. Consulta por cuadro de un mes de evolución de disnea progresiva, sin otro síntoma acompañante. Se solicita TC de tórax que evidencia TBC miliar. Se inicia esquema tetra-asociado para TBC, bien tolerado. Se objetiva carga viral de 69.700 con CD4 53, por lo que se inicia profilaxis con cotrimoxazol y se reinicia TARV (truvada/raltegravir) al completar dos semanas de terapia anti-TBC. Posteriormente evoluciona con polipnea, por lo que se solicita TC de control, donde no solo se observa progresión del compromiso pulmonar, sino signos de tuberculosis renal y esplénica caracterizados por múltiples lesiones hipodensas en los órganos afectados. Se discute con equipo de infectología que indica inicio de corticoides por síndrome inflamatorio de reconstitución inmune, con buena respuesta a tratamiento. **DISCUSIÓN:** La epidemia de VIH ha aumentado la incidencia de tuberculosis a lo largo de los años. A pesar de que el pulmón es el órgano diana por excelencia, cualquier otro órgano y sistema puede verse afectado. La tuberculosis esplénica es una afección rara y un reto diagnóstico porque no tiene manifestaciones específicas, por lo que los exámenes imagenológicos juegan un rol fundamental. La TC es la prueba de mayor sensibilidad y especificidad diagnóstica, permitiendo visualizar lesiones micronodulares únicas y/o múltiples hipodensas observadas en los riñones y el bazo del paciente, además del patrón miliar pulmonar, consiste en multitud de pequeños nódulos de entre 1 y 3 mm de diámetro, que de forma uniforme y homogénea ocupan todos los campos pulmonares.

METASTASIS ÓSEA COMO MANIFESTACIÓN INICIAL DE CARCINOMA DE CÉLULAS RENALES. REPORTE DE UN CASO.

Pedro López Moya (1), Felipe Seguel Yáñez (2), Luis Morgado Araya (3)
(1) Médico EDF CESFAM La Higuera (2), Médico Becado Radiología USACH, Hospital del Salvador.
(3) Interno Medicina, UCN

INTRODUCCIÓN: El carcinoma de células renales representa el 2-3% de todos los tumores. Dentro de los factores de riesgo se encuentran la obesidad, el tabaquismo y la hipertensión arterial. Los sitios de metástasis mayormente son los pulmones, hígado, hueso y cerebro. El dolor nocturno que aumenta con la inmovilidad o el reporte de elevada concentración de fosfatasa alcalina sérica puede ser indicador de metástasis ósea. **CASO CLÍNICO:** Paciente femenina, 79 años con antecedente de tabaquismo activo, hipertensión arterial, coxartrosis bilateral operada y obesidad, consulta de forma reiterada por coxalgia derecha con mala respuesta a tratamiento con paracetamol, AINEs y opioides, asociado a limitación funcional, por lo que se solicitar TC de abdomen y pelvis con contrastre, que describe lesión lítica en hueso iliaco derecho que destruye la cortical y se extiende a planos musculares, asociado a componente de partes blandas adyacentes de 9 x11cm, de aspecto secundaro. En el polo superior del rinón izquierdo se identifica masa de 5.8 x 7.3cm, bien definida, hipervascular, con centro necrótico compatible con carcinoma de células renales. **DISCUSIÓN:** Por orden de afectación, el carcinoma renal hace metástasis a pulmón (60%), hueso (20%), hígado (8%), glándulas suprarrenales y cerebro (5%), incluso puede afectar otros órganos. En el 30% de los casos se identifica la metástasis al momento del diagnóstico. Las metástasis óseas son líticas y de afectación axial, principalmente en la pelvis ósea (48%), costillas (45%), vértebras (42%), huesos largos (20%) y cráneo (10%). El 70% de los pacientes padece dolor esquelético, que, en nuestro caso, fue la manisfestación inicial del tumor. Además, se pueden agragrar síntomas neurológicos causados por la afectación metastásica vertebral, y fracturas en hueso patológico.

NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE MALOS HÁBITOS ORALES EN EDUCADORAS Y TÉCNICOS PARVULARIOS EN JARDINES DE LA COMUNA DE BAHÍA MANSA, 2021.

Gerald Loyola Parra (1), Olga Beratto Betanzo (2), Natalia Lobos Lagos (3)
(1) Cirujano Dentista EDF CESFAM Bahía Mansa, (2) Cirujano Dentista, Practica Privada Centro Médico Choapamed
(3) Cirujano Dentista EDF CESFAM Pedro Pulgar Melgarejo Alto Hospicio

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS: Los malos hábitos orales se refieren a aquellas prácticas repetidas en el tiempo que alteran la fisiología normal del organismo. Son consideradas reacciones automáticas que se manifiestan en momentos de estrés, frustración, fatiga o aburrimiento. En las últimas décadas, la población infantil ha sido OBJETIVO de diversos programas de salud bucal, debido a su accesibilidad y control en los jardines infantiles. Aquí radica la importancia de determinar el grado de conocimiento en malos hábitos orales que poseen las educadoras de párvulo, debido a que esto indicará si están capacitadas para entregar educación en salud bucal a los preescolares y sus familias. Además, al evaluarlas podremos ver las áreas débiles que requieren refuerzo por el profesional de salud. El OBJETIVO del estudio es determinar el nivel de conocimiento en relación a malos hábitos de las educadoras de párvulo y técnicos en educación parvularia de los jardines de la comuna de Bahía Mansa. **MATERIAL Y METODO**: En la comuna existen 4 jardines, entre los cuales trabajan 15 educadoras y técnicos en educación parvularia y se realizó encuesta a educadoras y técnicos en párvulo de los jardines de la comuna de Bahía Mansa. El total de las educadoras accedió a formar parte del estudio, con consentimiento informado. Para la ponderación Global del Nivel de Conocimiento: Si el entrevistado contesta correctamente, se le otorgará un punto. Siendo así que los niveles de acuerdo al puntaje serán: (1) Malo 0 – 4 puntos, (2) Regular 5 – 9 puntos y (3) Bueno 10 – 14 puntos. **RESULTADOS y CONCLUSIONES**: Los RESULTADOS obtenidos en la investigación realizada evidencia la existencia de un preocupante nivel de conocimiento de la población respecto a los hábitos orales nocivos para la salud oral, ya que el 13% de las educadoras poseen un nivel de conocimiento malo, 87% regular y 0% bueno. **DISCUSIÓN O COMENTARIOS**: Según los RESULTADOS obtenidos el mayor porcentaje de las educadoras poseen un nivel de conocimiento regular y ninguna posee buenas bases de conocimiento en relación a malos hábitos orales. Es por esto que en relación a las respuestas de la encuesta se ideo un plan de intervención en la cual se le hicieron charlas a las profesoras vía zoom para profundizar en diversos temas de interés relacionados. En muchas ocasiones les corresponde la doble tarea de educar a sus alumnos y la de orientar a sus padres. Por lo que es indispensable que sepan identificar los factores que influyen en la salud bucal de sus alumnos y puedan orientarlos al respecto.

SÍNDROME BURNOUT: PROBLEMA FRECUENTE EN TRABAJADORES DE ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD. ESTUDIO REALIZADO EN CGR HUARA

Ximena Antonina Loyola Moreno (1), Mayra Pizarro Aranda (1), Gabriela Valle Salazar (2)
(1) Médica EDF, CGR Huara, (2) Médica EDF CESFAM Yandry Añazco

INTRODUCCIÓN: El Burnout es un síndrome descrito como una respuesta a un estrés emocional crónico, cuyos rasgos principales con el agotamiento físico y psicológico, una actitud fría y despersonalizada en la relación con los demás y un sentimiento de inadecuación en las tareas que se ha de realizar (Maslach & Jackson, 1981). Hay factores contribuyentes a experimentar este síndrome, como el riesgo psicosocial de la población atendida, el riesgo personal de los profesionales de la salud y el aislamiento del centro asistencial. **OBJETIVOS:** Pesquisar presencia del Síndrome de Burnout en personal de salud del Consultorio General Rural de la Comuna de Huara. Diseño y propuesta de estrategias de autocuidado del personal de salud del CGR Huara. **MATERIAL Y MÉTODO:** Estudio descriptivo transversal, se aplicó el Cuestionario de Maslach Burnout Inventory (MBI) para pesquisa del Síndrome de Burnout evaluando 3 dimensiones: Cansancio emocional, despersonalización, realización personal. Instrumento fue aplicado en formato digital mediante servidor SurveyMonkey durante el mes de abril del año 2021. **RESULTADOS y CONCLUSIÓNES:** En la fecha estipulada se logró aplicar el MBI a un total de 49 funcionarios, de entre 24-58 años de edad, correspondiendo al género femenino un 26,53% (N=13), masculino 69,39% (N=34) y LGTB 4,08% (N=2). El 69,40% (N=34) pertenecen al Consultorio, el 12,24% (N=6) pertenecen a la Unidad de SAPU, el 12,24% (N=6) a ambas unidades (SAPU y Consultorio), y un 6,12% (N=3) a Postas Rurales. De las tres dimensiones o subescalas evaluadas para este síndrome, la dimensión de Cansancio o Agotamiento Emocional registró un nivel ALTO en 55,10% (N=27), MEDIO en el 16,33% (N=8) y BAJO en el 28,57% (N=14); la dimensión de Despersonalización registró un nivel ALTO en el 38,78% (N=19), MEDIO en el 20,41% (N=10) y BAJO en el 40,82% (N=20); finalmente la dimensión de Realización Personal registró un nivel ALTO en el 34,7% (N=17), MEDIO en el 18,36% (N=9) y BAJO en el 46,94% (N=23). Niveles altos en las dimensiones de cansancio emocional y despersonalización más un nivel bajo de realización personal son criterios diagnósticos para Síndrome de Burnout, registrándose su presencia en un 24,5% (N=12). De estos el 75% (N=9) pertenecen al Consultorio, un 8,33% (N=1) a SAPU, un 8,33% (N=1) a ambas unidades (SAPU Y Consultorio) y un 8,33% (N=1) a Postas Rurales. Respecto al género, un 75% corresponde a femenino, 16,67% a masculino y 8,33% (1) a LGTB. **DISCUSIÓN:** El síndrome de burnout debe ser pesquisado y tratado como tema prioritario dentro de la gestión del personal de salud en el marco del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria (MAIS). Es de suma importancia el auto reconocimiento de emociones, sensaciones y/o síntomas, para poder identificarlo y elaborar estrategias de prevención y promoción de salud en el personal de APS como el autocuidado, para amortiguar las consecuencias de la labor profesional, el desgaste emocional y síndrome de burnout.

COMA MIXEDEMATOSO, A PROPÓSITO DE UN CASO

Hugo Lucero Correa (1), Kevin Lee Angulo (1), Rodrigo Barrera Morelli (1), Sebastián Ballesteros Díaz (2)
(1) Médico EDF Hospital Pitrufquén, (2) Médico EDF CESFAM Freire.

INTRODUCCIÓN: El coma mixedematoso (CM) es una emergencia endocrina, de PRESENTACIÓN poco frecuente, con alta mortalidad asociada, que representa la forma más severa de hipotiroidismo, la cual puede conducir a compromiso de conciencia, inestabilidad hemodinámica y complicaciones multisistémicas. **OBJETIVO:** Exponer un caso de CM típico, con énfasis en su sospecha clínica y manejo inicial. **REPORTE DE CASO:** Paciente femenino de 65 años obesa, diabética, hipotiroidea, sin adherencia a tratamiento crónico. Consultó en servicio de urgencias por cuadro de 10 días de compromiso progresivo de conciencia, asociado a edema de extremidades, disnea, tos húmeda, y oligoanuria. Al examen físico destacó hipotermia, bradicardia, tendencia a hipotensión, sopor profundo, taquipneica, con requerimientos de oxígeno, piel seca y gruesa, macroglosia, fascie mixedematosa, crépitos en campo pulmonar derecho, y edema duro de ambas extremidades inferiores. Dentro de exámenes solicitados destacó injuria renal aguda, parámetros inflamatorios elevados con leucocitosis, hiponatremia moderada, hipoglicemia, TSH >100 mUI/L con supresión de T4 Libre, Electrocardiograma con bradicardia sinusal, Radiografía de tórax con imagen sugerente de foco condensante en base derecha. Se sospechó CM, asociado a sepsis de foco respiratorio como posible desencadenante. Se inició manejo avanzado de vía aérea, conexión a ventilación mecánica, manejo de sepsis precoz con antibióticos endovenosos, drogas vasoactivas, manejo de hipotermia con manta térmica, corrección hidroelectrolítica cuidadosa, y se decidió ingreso a Unidad de paciente crítico para continuar manejo, con aporte de levotiroxina en dosis de carga y posterior dosis de mantención, asociado a hidrocortisona endovenosa. **DISCUSIÓN y CONCLUSIÓN:** El CM si no es tratado a tiempo, acarrea una importante morbimortalidad, por lo que la sospecha clínica y el tratamiento precoz con reposición de levotiroxina, asociado a corticoides por posible insuficiencia suprarrenal asociada, además de la corrección del desencadenante, son medidas costo efectivas, avaladas por la experiencia y evidencia para poder revertir esta grave patología.

PANCREATITIS AGUDA POR HIPERTRIGLICERIDEMIA SEVERA, A PROPÓSITO DE UN CASO

Hugo Lucero Correa (1), Kevin Lee Angulo (1), Rodrigo Barrera Morelli (1), Antonia Sánchez Aguilera (2)
(1) Médico EDF, Hospital Pitrufquén, (2) Médico EDF, CESFAM Pitrufquén.

INTRODUCCIÓN: La hipertrigliceridemia (HTG) corresponde a la tercera causa más frecuente de pancreatitis aguda. Se considera de alto riesgo para desarrollar esta entidad, un valor sobre los 1000 mg/dL de triglicéridos. El cuadro clínico no es distinto a los causados por otras etiologías, pero se asocia a más complicaciones y mortalidad según algunas series. La fisiopatología no está totalmente clara, y existe un componente genético como predisponente a desarrollar una hipertrigliceridemia severa. **OBJETIVO:** Exponer un caso de Pancreatitis aguda por Hipertrigliceridemia severa, con énfasis en su diagnóstico y tratamiento. **REPORTE DE CASO:** Paciente de 35 años masculino, con antecedentes de Diabetes mellitus tipo 2, dislipidemia, obesidad, con regular adherencia a tratamiento. Consultó en servicio de urgencias por cuadro de 3 días caracterizado por dolor en hemiabdomen superior en faja, intenso, carácter sordo, asociado a nauseas y vómitos a repetición, desencadenado posterior a transgresión alimentaria. Al examen físico destacó la taquicardia regular en monitor, sudoroso, anictérico, un abdomen sensible en hipocondrio derecho y epigastrio, sin signos que sugieran abdomen quirúrgico. En exámenes de laboratorio destacó una amilasa y lipasa sobre 3 veces su valor normal, triglicéridos en 2089 mg/dL, sin perfil colestásico o hepatocelular, PCR de 20 mg/dL, función renal conservada, sin alteración hidroelectrolítica, con leucocitosis, sin otra alteración en hemograma. Ecografía abdominal realizada informó sin colelitiasis, vía biliar fina, con signos de pancreatitis aguda edematosa. Score de APACHE II de 4. Se ingresó a sala de cuidados medios para manejo de Pancreatitis aguda por HTG severa, con régimen cero, hidratación con Ringer lactato, Insulina cristalina en infusión continua, gemfibrozilo en dosis plena, y analgesia. **DISCUSIÓN y CONCLUSIÓN:** Es importante sospechar esta etiología al enfrentarse a una pancreatitis aguda cuando no sabemos la causa, con el fin de dar el manejo inicial adecuado y el posterior manejo ambulatorio, con el fin de evitar las complicaciones asociadas y el desenlace fatal.

NEVUS DE BECKER EN PACIENTE RURAL MAPUCHE. REPORTE DE UN CASO.

Alex Luchsinger Schneeberger (1), Yorman Romero Bateca (2), Juan Bravo Redondo (3)
(1) Médico EDF, Departamento Salud Municipal de Traiguén, (2) Médico EDF, Consultorio Miraflores.
(3) Médico EDF, Cesfam Raúl Cuevas de San Bernardo

INTRODUCCIÓN: El nevus de Becker (NB) es un hamartoma cutáneo caracterizado por hiperpigmentación y en algunos casos, hipertricosis debido a la sensibilidad a los estímulos androgénicos durante la pubertad. Es más prevalente en varones (2-5:1) con una prevalencia cercana al 0,5%. Se distingue como una macula unilateral, hiperpigmentada con diversos grados de hipertricosis, crece en forma lenta y adquiere una configuración geométrica y asimétrica. Las áreas comprometidas más habituales son los hombros, la cara anterior del tórax y el área escapular. El diagnóstico es clínico. En ocasiones, puede simular un nevo melanocítico congénito o un nevus spilus, lo que requiere un examen histológico para la confirmación diagnostica. Esta melanosis nevoidea se conoce como síndrome del nevus de Becker cuando se asocia con otras anomalías, como hipoplasia muscular, trastornos esqueléticos y lipodistrofia localizada. Dado que el nevus de Becker es una entidad benigna, no es necesario tratarlo, excepto por razones estéticas. **PRESENTACIÓN DEL CASO:** Paciente masculino de 15 años, sin antecedentes mórbidos, consulta en posta de salud rural por lesión hiperpigmentada en dorso derecho, en un inicio de 2x2cm con crecimiento gradual hasta abarcar gran parte del cuadrante posterosuperior del hemitorax derecho en el plazo de 1 año, sin síntomas asociados. A la inspección, macula gigante hiperpigmentada asimétrica en región escapular derecha con extensión hacia axila y hombro ipsilateral. Exámenes generales de laboratorio sin alteraciones. Se realiza interconsulta a teledermatologia donde informan lesión compatible con Nevo de Becker, con indicación de control en APS cada 6 meses para observar evolución de la lesión. Se hace control al año, lesión sin cambios respecto a primera consulta. **DISCUSIÓN:** Estamos frente a un caso típico de NB, con localizacion habitual en hombro y tórax; y DESARROLLO durante el período puberal, por lo que no requirió examen histológico. Un nevo de Becker sin hipertricosis puede parecerse a una mancha café con leche o hiperpigmentación posinflamatoria, en tales casos la anamnesis cumple un rol importante para orientar el diagnostico. **CONCLUSIONES:** El diagnostico de NB es fundamentalmente clínico, no obstante, la biopsia de piel proporciona un diagnóstico histológico y ayuda a distinguirlo de otras entidades. El NB presenta una evolución benigna, por lo que se recomienda observación y revisiones periódicas ante posibles cambios en el DESARROLLO del paciente, sin requerir intervenciones terapéuticas en la mayoría de los casos.

ENFERMEDAD DE KIENBÖCK, A PROPÓSITO DE UN CASO

Matias Alberto Lyner Bravo (1), Felipe Andres Romero Vega (2), Cristian Ignacio Correa Vega (2)
(1) Médico EDF Cesfam Miguel Angel Arenas, (2) Médico Cesfam Miguel Angel Arenas, Curico

INTRODUCCIÓN: La enfermedad de Kienböck es un colapso progresivo del semilunar El mecanismo sigue sin estar claro, los pocos datos epidemiológicos indican mayor frecuencia en pacientes entre 25-40 años, Su diagnóstico generalmente es en estadíos tardíos por medio de radiografías. Su tratamiento consiste en aliviar el dolor, mejorar la función y limitar la progresión a una artrosis secundaria de plazo variable. **CASO CLÍNICO:** Paciente de 58 años. Sin antecedentes relevantes, consultó por dolor en dorso de muñeca progresivo, de larga data, con múltiples con radiografías sin alteraciones, manejada como fractura de radio mal consolidada, dos años más tarde con disminución rango articular y exacerbación del dolor. La radiografía de muñeca mostró colapso del hueso semilunar, diagnosticándose así la Enfermedad de Kienböck. Se realizó artrodesis radiocarpiana izquierda, y osteomia ulnar teniendo que ser reintervenida en dos ocasiones más por síndrome de pinzamiento ulnar. Actualmente secuelada con artrosis secundaria e impotencia funcional. **DISCUSIÓN:** Las osteonecrosis son enfermedades raras de etiología no precisada. La enfermedad de Kienböck se presenta como una causa de dolor de muñeca progresivo poco descrita de meses a años, la no sospecha y rápida derivación a Cirujano de mano puede desencadenar en colapso óseo y RESULTADOS funcionales desfavorables. Estudios no logran señalar una intervención superior a otra (artrodesis, carpectomia de fila proximal) teniendo pobres RESULTADOS en estadios avanzados.

EPISODIO DE DOLOR AGUDO EN ANEMIA FALCIFORME: REPORTE DE UN CASO"

Darwin Madrid Cornejo (1), Carlos Monsalves Herrera (1), José Ayala Lillo (2)
(1) Médico EDF Hospital San Vicente de Tagua Tagua, Médico EDF CESFAM San Vicente de Tagua Tagua

INTRODUCCIÓN y OBJETIVOS: La enfermedad de células falciformes (ECF) o anemia falciforme es una patología genética autosómica recesiva de alta prevalencia en algunas regiones de África, Asia y América. En América la ECF afecta a 1/365 nacidos afroamericanos y 1/16.300 hispanoamericanos. En chile se desconoce su prevalencia, pero se presume que, debido a la población migrante, esta ha aumentado. **CASO CLÍNICO:** Paciente masculino de 33 años, de nacionalidad haitiano, con diagnóstico de Anemia Falciforme, en control con Hematología, usuario de ácido fólico. Consulta en Servicio de Urgencias por clínica de 4 horas de evolución de dolor corporal generalizado, mayor en abdomen, extremidades superiores e inferiores, EVA 9/10, sin otro síntoma. Se maneja con analgesia endovenosa de tipo AINES, con mala repuesta por lo cual se escala a opoides (fentanilo y morfina) con leve disminución del dolor, por lo cual se decide ingreso para manejo y estudio, bajo el diagnostico sindromático de "Episodio de dolor agudo en ECF". Se solicitan exámenes de laboratorio para descartar complicaciones, el laboratorio informa Hemoglobina 9.3 g/dL normocitica-normocromica, leucocitos 20920 leu/uL, plaquetas 194000 PLT/mm3, lipasa 33,7 U/L, glicemia 98 mg/dl, perfil hepático transaminasas en rango normal bilirrubina total 8,1 mg/dl predominio indirecto, GGT 74 U/L, fosfatasa alcalina normal, TP 87%, PCR 4.84 mg/L, creatininemia 0.59 mg/dl, ELP dentro de rango, VHC, VHB Y HIV negativos, urocultivo negativo. Durante su hospitalización se maneja analgesia endovenosa con morfina con buena respuesta a las 72 horas, por lo que se modifica el esquema de analgesia con tramadol vía oral. Además, por antecedente de baja de peso y palpación de múltiples adenopatías en el examen físico, se solicita estudio con: 1) Tomografía computada de tórax, abdomen y pelvis que informa secuelas de infartos esplénicos calcificados con regeneración nodular de parénquima esplénico viable. 2) Endoscopía digestiva alta que informa gastropatía ulcerosa angular, con test de ureasa positivo, por lo cual, se indica terapia para H. pylori. Al séptimo día de hospitalización, se controlan exámenes que muestran disminución de bilirrubina total y mantención de anemia leve, con mejoría clínica, por lo cual se decide alta hospitalaria y control en el policlínico de Medicina Interna para seguimiento. **DISCUSIÓN O COMENTARIOS:** En la ECF es importante diferenciar complicaciones aguda y crónicas. Entre las primeras encontramos las crisis de dolor vaso-oclusivo, infecciones, anemia, accidente cerebrovascular, síndrome torácico agudo, infarto agudo al miocardio y priapismo. En el grupo de las manifestaciones crónicas destaca el dolor. En los episodios de dolor agudo es importante realizar una evaluación completa para otorgar manejo de desencadenantes como deshidratación o fiebre, y descartar otras complicaciones derivadas del fenómeno vaso-oclusivo potencialmente graves cómo el síndrome torácico agudo.

NEFRITIS FOCAL AGUDA COMO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL EN ABDOMEN AGUDO

Darwin Madrid Cornejo, Sebastián Troncoso Sánchez, Carlos Monsalves Herrera,
Médico EDF Hospital San Vicente de Tagua Tagua

INTRODUCCIÓN y OBJETIVOS: La nefritis focal aguda (NFA) o nefronía lobar es una entidad nosológica caracterizada por médicos radiólogos como una zona de hipodensidad a nivel del parénquima renal posterior a la inyección de medio de contraste en la tomografía computarizada (TC), puede ser única o múltiple, y representa un área de infección bacteriana del riñón. Se presenta un CASO CLÍNICO de una nefritis focal aguda diagnosticada en el servicio de urgencia durante el enfrentamiento de un abdomen agudo. **CASO CLÍNICO:** Paciente femenina de 17 años, sin antecedentes mórbidos, con clínica de 3 días de evolución de dolor abdominal que inicia en epigastrio y migra a fosa iliaca derecha con irradiación a fosa lumbar ipsilateral asociado a fiebre y disuria. En su examen físico destaca abdomen doloroso en punto de McBurney con Blumberg positivo, sin puño percusión. El día anterior se realiza ecografía abdominal que informaba un apéndice cecal de 7 mm y sugería estudio con tomografía computada (TC). Los exámenes de laboratorio mostraban leucopenia, PCR en 10 mg/L y una orina completa normal. Se realiza TC de abdomen pelvis con contraste que informa hipodensidades parenquimatosas periféricas en el riñón derecho sugerente de focos de nefritis, con un apéndice cecal normal. Se hospitaliza para manejo antibiótico con cefalosporinas. Se recibe el informe del urocultivo con resultado negativo a las 24 horas de incubación. En su quinto día de terapia con ceftriaxona se rescatan exámenes que muestran recuperación de células blancas en 6720 Leu/Ul, PCR en 0 mg/L y creatininemia 0.48 mg/Dl, estos RESULTADOS asociados a mejoría clínica con regresión del dolor y normotermia. En el día 7 de antibioticoterapia se objetiva 48 horas de evolución afebril, sin disuria, sin dolor abdominal y tolerancia oral, por lo cual se otorga alta hospitalaria y se indica terapia antibiótica via oral y seguimiento en policlínico de urología. **DISCUSIÓN O COMENTARIOS:** La NFA se encuentra entre el espectro clínico de una Pielonefritis Aguda (PNA) difusa y un absceso renal. Puede afectar a pacientes pediátricos y adultos. Su clínica es similar a la de una PNA; Sin embargo, el examen de orina completa y urocultivo pueden ser negativos. Es importante conocer esta patología para buscarla al solicitar una TC con contraste. La TC ha mostrado tener la mayor sensibilidad y especificidad al momento del diagnóstico. Aunque, por otra parte, se describen hallazgos característicos en la ecografía como una lesión focal de contornos mal definidos que afecta principalmente a la corteza renal. La literatura sugiere un tratamiento prolongado, con cobertura para *E. Coli*, ya que es el principal agente etiológico. Varios textos recomiendan entre 2 a 3 semanas de antibioticoterapia. Es necesario integrar al urólogo en el seguimiento de estos casos, ya que se reporta una alta incidencia de anomalías estructurales de la vía urinaria susceptibles de cirugía.

ANÁLISIS DE DERIVACIONES AL SERVICIO DE CIRUGÍA PEDIÁTRICA DEL HOSPITAL GUSTAVO FRICKE DESDE DOS CENTROS DE SALUD FAMILIAR DE LA RED VIÑA DEL MAR-QUILLOTA.

Matías Magaña Guerra (1), Paulina Faúndez Martínez (2)
(1) Médico EDF, CESFAM-SAR Concón, (2) Médico APS, CESFAM Dr. Marco Maldonado Viña del Mar

OBJETIVOS: Contribuir al conocimiento epidemiológico de pacientes derivados al servicio de Cirugía Pediátrica. Determinar el perfil clínico-epidemiológico de las principales patologías quirúrgicas presentadas por la población pediátrica en contexto APS. **METODOLOGÍA:** Estudio observacional descriptivo del total de derivaciones realizadas por Médico General, Médico Familiar y Pediatra desde CESFAM Concón y CESFAM Marco Maldonado Viña del Mar al servicio de Cirugía Pediátrica del Hospital Gustavo Fricke de Viña del Mar durante el año 2020. Las variables consideradas fueron el diagnóstico de derivación (CIE-10), el sexo y la edad al momento de derivación. Se realizó una búsqueda de información sobre las estadísticas nacionales e internacionales relacionas y las recomendaciones de la Sociedad Chilena de Pediatría (SOCHIP) y la Sociedad Chilena de Cirugía Pediátrica (SChCP) **RESULTADOS:** El total de casos derivados fueron 49 pacientes, mayoritariamente desde el CESFAM Concón con el 55,1% de los casos y CESFAM Marco Maldonado con el 44.8% restante. La mayoría de los pacientes derivados fueron hombres (70%) La edad promedio de derivación fue de 4,8 años y el 24.4% de los pacientes fueron menores de un año. El diagnóstico más frecuente es el Prepucio redundante, Fimosis y Parafimosis (24,4%) con una edad promedio de derivación de 7 años, seguido por la patología herniaria abdominal (22,4%) liderada por la hernia inguinal unilateral (72%) seguida de la hernia umbilical (27%) y menos frecuente la hernia inguinal bilateral (1%) la mayoría de los casos fueron derivados antes del año de vida (66%) siendo la edad promedio de derivación de 2,3 años, El tercer diagnóstico en frecuencia es el testículo no descendido siendo discretamente más frecuente la PRESENTACIÓN unilateral (55%), la edad promedio de derivación es de 3 años, en un rango variable entre los 10 meses y los 8 años. Dentro de los diagnósticos menos frecuente se encuentran la deformidad congénita del torax, el granuloma y las verrugas, las hipospadias, el quiste pilonidal y el quiste preauricular. **DISCUSIÓN:** La población derivada es mayoritariamente masculina principalmente con patologías urológicas y herniarias similar a la información disponible. Si bien en su mayoría las características epidemiológicas estudiadas son similares a la literatura disponible, existe variabilidad en las edades de derivación lo que sugiere que la adecuación de la derivación debería ser objeto de análisis. Nuestra serie tiene algunas debilidades, como un número limitado de pacientes lo cual podría atribuirse a la contingencia COVID-19 presentada en el año estudiado, así como la falta de información existente en la literatura con parámetros estadísticos comparativos, y la aún más limitada información disponible en el campo de la cirugía pediátrica, lo que invita a realizar estudios que pudieran contribuir a la oportuna derivación y tratamiento de la población pediátrica mejorando la atención de estos pacientes.

DIAGNOSTICO Y MANEJO DE TUBERCULOSIS PERITONEAL: REPORTE DE UN CASO CLÍNICO.

Miguel Maldonado Lang (1), Alejandro Carreño Álvarez (1), Eric Diaz Llamunao (1), Javier Troncoso Bichara (2)
(1) Médico EDF CESFAM Dr. Edelberto Elgueta, (2) Interno de Medicina, Universidad de Chile

INTRODUCCIÓN: La tuberculosis peritoneal (TP) corresponde a la colonización del peritoneo por *Mycobacterium tuberculosis*. Representa un desafío clínico por ausencia de signos y síntomas patognómicos asociado a escasas pruebas diagnósticas disponibles. Ergo, la biopsia peritoneal representa el estándar de oro. Representa la sexta causa más común de tuberculosis extrapulmonar e incidencia estimada de 3.0 por 100000 habitantes. Su importancia radica por la potencial curación si es tratada oportunamente. Presentamos un CASO CLÍNICO de nuestro centro. **CASO CLÍNICO:** Femenina, 39 años, sin comorbilidades, consulta extrasistema por dolor y aumento de volumen abdominal de meses de evolución. Examen físico destaca abdomen globuloso y matidez desplazable. Se realiza tomografía computarizada (TC) de abdomen y pelvis señalando lesiones anexiales bilaterales sólido-quística sugerentes de neoplasia, carcinomatosis peritoneal y ascitis severa. Se deriva a nivel secundario para estudio, realizándose laparoscopía, identificándose tumor de ovario, no resecado, evacuación de ascitis y biopsia peritoneal parietal pelviana. Anatomopatología concluye: tejido conectivo con reacción granulomatosa, granulomas con necrosis central y células gigantes. Citología peritoneal: Frotis fondo proteináceo con células mesoteliales e inflamatorias, negativo para células neoplásicas. Tinción Ziehl Neelsen positiva. Se diagnóstica TP, se deriva para atención primaria a continuar tratamiento. **DISCUSIÓN:** Los síntomas más comunes de TP son dolor abdominal (31% a 94%) y fiebre (45% a 100%). El examen físico a menudo presenta sensibilidad abdominal (47,7%) y ascitis (73%). El análisis del líquido ascítico es una prueba diagnóstica relevante, destaca adenosin deaminasa >40 UI/litro con sensibilidad y especificidad de 100% y 97%, respectivamente. El cultivo de líquido ascítico tiene mal rendimiento, 35% y 65%, medio sólido y líquido, respectivamente. El tratamiento corresponde al esquema habitual de tuberculosis (TBC) pulmonar. El caso presentado denota correlación con los hallazgos clínicos expuesto en la literatura. El análisis de líquido ascítico podría haber sugerido diagnóstico previo a biopsia. Paciente evolucionó con remisión completa posterior al tratamiento, evidenciado en TC de control posterior al tratamiento.

MANIFESTACIONES CLÍNICAS Y COMPLICACIONES DEL SÍNDROME DE STICKLER: A PROPÓSITO DE UN CASO.

Miguel Maldonado Lang (1), Alejandro Carreño Álvarez (1), Eric Diaz Llamunao (1), Javier Troncoso Bichara (2)
(1) Médico EDF, CESFAM Dr. Edelberto Elgueta, (2) Interno de Medicina, Universidad de Chile

INTRODUCCIÓN: El síndrome de Stickler (SS) es una colagenopatía multisistémica con factores genéticos y fenotípicos particulares que pueden ocasionar afectaciones oculares, hipoacusia, anomalías craneofaciales y esqueléticas. No existen estudios sobre su incidencia, no obstante, se estima que el 35% de la secuencia de Pierre Robin (SPR) corresponde a SS. La incidencia de la SPR es de 1 en 10000 recién nacidos. La SPR es una condición congénita caracterizada por micrognatia, glosoptosis y fisura palatina, siendo importante su pesquisa para el diagnóstico SS. Presentamos el caso de un paciente de nuestro centro. **CASO CLÍNICO:** Paciente masculino de 16 años con SS diagnosticado desde los 4 años, con antecedentes de paladar hendido resuelto quirúrgicamente, miopía severa e hipoacusia sensorioneural de alta frecuencia usuario de audífonos bilateral. Acude a consulta por coxalgia izquierda de larga data que aumenta con movimientos y disminuye con el reposo. Al examen físico se objetiva hipoplasia malar, puente nasal plano, retrognatia, braquidactilia, cifoescoliosis moderada que provoca alteración de la movilidad y la marcha. Presenta dolor moderado en cadera izquierda que aumenta con la flexión, abducción y rotación externa. Presenta limitación de movilidad articular ipsilateral. Se solicita radiografía de pelvis bilateral que denota signos de artrosis moderada izquierda. Se maneja con equipo multidisciplinario, con buena respuesta a rehabilitación y analgesia. **DISCUSIÓN:** Dentro de las alteraciones del SS destacan las alteraciones visuales, siendo común la miopía, habitualmente >3,00 dioptrías, con alto riesgo de complicaciones, incluidas anomalías vítreas, desprendimiento de retina, glaucoma y cataratas. Otra complicación común es la pérdida auditiva neurosensorial pura, cuya prevalencia aumenta con la edad, y mixta, más común en niños con antecedentes de defectos del paladar. Las afectaciones musculoesqueléticas son frecuentes presentando artritis y artrosis de inicio temprano, displasia espondiloepifisaria leve, escoliosis, cifosis y platispondilia. Por último, aproximadamente el 50% de los pacientes con SS presentan prolapso de válvula mitral, siendo importante su pesquisa temprana para manejo precoz. El caso expuesto denota correlación con lo descrito en la literatura. Actualmente, el paciente mantiene controles multidisciplinarios en atención primaria y se derivó para seguimiento con especialidad para estudio de complicaciones ya descritas.

REPORTE DE CASO: HEPATITIS COLESTÁSICA.

Rocio Maldonado Ibaceta (1), Larry Nicolás Marín Castillo (2)
(1) CESFAM y Hospital de Lautaro, (2) CESFAM de Puqueldón

INTRODUCCIÓN: la PRESENTACIÓN habitual de la hepatitis A es una hepatitis aguda, de baja gravedad, autolimitada, o incluso asintomática. Pero también puede presentarse como hepatitis colestásica, hepatitis recurrente, o hepatitis súbita. **OBJETIVO:** reportar un caso de hepatitis A con PRESENTACIÓN atípica. **CASO CLÍNICO**: se trata de paciente masculino de 30 años, sin patologías ni conductas de riesgo, con viaje a zona con hepatitis endémica. Inicia cefalea y fiebre, sin otros síntomas y sin respuesta a manejo analgésico habitual. El día 3 consulta a servicio de urgencia, iniciándose estudio de síndrome febril sin foco, destacando elevación de transaminasas (GOT 898 GPT 906 GGT 338 FA 207 BiliT 2,72) y posterior estudio etiológico que confirmó hepatitis aguda por VHA. Se cita a control con exámenes en dos semanas, destacando disminución significativa de transaminasas, pero con elevación de bilirrubina y fosfatasas (GOT 47 GPT 237 GGT 58 FA 200 BiliT 18.93) asociándose baja de peso del 5% y prurito generalizado. Se realiza el diagnóstico de hepatitis colestásica, se agrega estudio ambulatorio con ecografía abdominal que descarta complicaciones focales. La semana 14 se registró el peak de bilirrubina (GOT 125 GPT 177 GGT 023 FA 297 BiliT 29.99), con baja de peso total del 17% y prurito refractario a manejo con acido ursodeoxicólico y colestiramina. La semana 16 se registra desaparición de síntomas colestásicos y reducción progresiva de hiperbilirrubinemia (GOT 116 GPT 161 GGT 046 FA 267 BiliT 8.82), con recuperación de peso y normalización de síntomas al sexto mes. **DISCUSIÓN Y CONCLUSION**: la población susceptible esta PRESENTACIÓN son los jóvenes (30-45años), con alteraciones hematológicas, o déficits enzimáticos. La hepatitis colestásica por VHA es autolimitada, sin alteraciones de función hepática, no requiere mayor estudio, pero si de tratamiento sintomático del prurito y la ictericia, con recuperación ad integrum tras 2-12 meses.

ANEURISMA DE LA ARTERIA HEPÁTICA DERECHA SECUNDARIO A COLECISTECTOMÍA LAPAROSCÓPICA

Francisca Mallea Cornejo, José Herrera Zech, Juan Umaña Rodríguez
Médicos EDF Cesfam los Sauces

INTRODUCCIÓN: Las lesiones quirúrgicas de la via biliar (LQVB) son complicaciones graves de la colecistectomía laparoscópica, entre ellas está el aneurisma de la arteria hepática, la cual es una entidad con una baja incidencia que suele ser asintomática, hasta que se rompen, generando que el paciente presente hemoperitoneo y eventualmente shock hipovolémico. **CASO CLÍNICO:** paciente femenino de 46 años con antecedente quirúrgico de colecistectomía laparoscópica y ulcera duodenal complicada (duodenectomia por hemorragia incoercible) el 2016. Consulta al servicio de urgencia en marzo del 2017 por cuadro de hemorragia digestiva alta asociado a dolor abdominal en el epigastrio, paciente hemodinamicamente estable. Se realiza tomografía computarizada de abdomen y pelvis con contraste que objetiva aneurisma sacular de la arteria hepática derecha, que mide 35x24x36mm, la cual se emboliza con coils. En la tomografía computarizada de control se informa remanente de aneurisma de 10mm, con evolución favorable del paciente. **CONCLUSIONES:** el aneurisma de la arteria hepática se puede presentar como una complicación rara de la colecistectomía laparoscópica, sin embargo, suele ser asintomático hasta que se complica, en este caso impresiona que fue un hallazgo incidental que se pesquisó en la tomografía computarizada de abdomen en contexto de una ulcera duodenal, lo que permitió entregar un tratamiento oportuno.

HEMATOMA RENAL ESPONTÁNEO (SÍNDROME DE WÜNDERLICH)
Francisca Mallea Cornejo, José Herrera Zech, Juan Umaña Rodríguez
Médicos EDF Cesfam los Sauces
INTRODUCCIÓN: El hematoma renal espontáneo es una patología poco frecuente que se asocia principalmente a adenocarcinoma, angiomiolipoma, alteraciones vasculares, discracias sanguíneas, etc. Sin embargo, su baja incidencia y la ausencia de antecedente traumático lo convierte en un desafío diagnóstico para el radiólogo y urólogo. **CASO CLÍNICO**: Paciente femenina, de 53 años, sin antecedentes mórbidos, quirúrgicos, ni traumático, consulta en el servicio de urgencia por dolor abdominal en el flanco y región lumbar izquierda de 3 días, con signo de irritación peritoneal. La tomografía computarizada de abdomen y pelvis con contraste objetiva una lesión masiforme en la pelvis renal izquierda, de bordes mal definidos, de 36x21x35mm, que realza heterogéneamente con contraste endovenoso, sugerente de una etiología neoplásica. Evaluado por el equipo de urología, se decide realizar nefrectomía radical izquierda, ocasionando una laceración en el bazo, la cola del páncreas y la glándula suprarrenal izquierda, las cuales son suturadas. La paciente evoluciona tórpidamente, sin buena respuesta al drenaje ni al uso de antibioterapia empírica ni a reiteradas laparotomías exploradoras, lo que concluye con el deceso del paciente. En el informe de anatomía patológica se describe: riñón izquierdo con foco hemático en la zona medular renal sugerente de hematoma y tejido adiposo con infiltración hemorrágica. **CONCLUSIONES:** el hematoma renal espontáneo es una patología que se debe estudiar la etiología antes de decidir una conducta terapéutica, debido a que puede ser causada tanto por patologías de resolución quirúrgica como un adenocarcinoma o un angiomiolipoma, o por discracias sanguíneas, que se pueden complicar gravemente si se operan.

HIDATIDOSIS COMO CAUSA DE RETENCIÓN URINARIA AGUDA
Francisca Mallea Cornejo, José Herrera Zech, Juan Umaña Rodríguez
Médicos EDF Cesfam los Sauces
INTRODUCCIÓN: La hidatidosis o equinococosis quística, es una zoonosis parasitaria de distribución mundial causada por las formas larvarias de parásitos del género Echinococcus spp., en América del sur el hospedero definitivo más relevante es el perro. El ser humano y los animales de producción son hospederos intermediarios, desarrollan la forma quística de la enfermedad principalmente en hígado, pulmón y en menor medida en otros órganos. Dentro de las localizaciones abdominales un 13 % son peritoneales, siendo una PRESENTACIÓN inusual. En Chile, la hidatidosis constituye una enfermedad endémica, cuyo agente etiológico descrito corresponde a la especie Echinococcus granulosus. **CASO CLÍNICO**: Paciente masculino de 39 años de edad, con antecedentes de cálculo renal consulta por episodio de retención urinaria hace una semana que se manejó de manera sintomática y con vaciamiento vesical, en esa oportunidad se le solicita ecografía abdominal que arroja hidatidosis hepática, siendo derivado a especialidad. Vuelve a consultar al servicio de urgencias con globo vesical importante por lo que se refiere a red secundaria, en donde se le realiza una tomografía computada de abdomen y pelvis sin contraste la que muestra quiste hidatídico en receso recto vesical que genera obstrucción de vía urinaria, además destaca hidroureteronefrosis. Con este resultado y el antecedente de las retenciones urinarias se decide intervenir de manera quirúrgica. Se realiza una laparotomía media infraumbilical identificándose gran quiste hidatídico que ocupa mayor parte del hipogastrio haciendo cuerpo con vejiga y colon sigmoide, se libera vejiga pero durante proceso se fisura quiste, finalmente debido a unión íntima de quiste con sigmoides se decide realizar periquistectomía parcial. Actualmente paciente ha presentado evolución favorable y continúa en tratamiento con Albendazol. **DISCUSIÓN**: Si bien es una causa poco frecuente la hidatidosis multiorgánica con compromiso peritoneal, en un paciente con diagnóstico previo de hidatidosis hepática es necesario sospechar compromiso en otros órganos, además destacar la relevancia del estudio de una retención urinaria aguda en un paciente joven, en donde si bien el cuadro puede ser compatible con una obstrucción prostática dadas las características del paciente se hace necesario buscar causas menos frecuentes.

ENFERMEDAD DE LEGG- CALVÉ- PERTHES EN EL ADULTO: LA IMPORTANCIA DEL DIAGNÓSTICO TEMPRANO PARA EVITAR COMPLICACIONES. REPORTE DE UN CASO
Regina Marambio Henzi (1), Sebastián Cartagena Gil (2), Samuel Balmaceda Zamora (3), Natalia Cabrera Varela (4)
(1) Médico EDF Cesfam Juanita Aguirre, Conchalí, (2) Médico EDF Cesfam La Pincoya,
(3) Médico EDF CESFAM Irene Frei, Quilicura, (4) Médico EDF Cecosf Batuco, Lampa
INTRODUCCIÓN: La enfermedad de Legg Calvé Perthes (LCP) es un síndrome que constituye la osteonecrosis idiopática (necrosis avascular) de la cadera. Suele presentarse como dolor de cadera y/o cojera de inicio agudo o insidioso en niños entre 3 y 12 años, con una incidencia máxima entre los 5 y 7 años de edad. Su diagnóstico requiere de alta sospecha inicial. Las radiografías iniciales suelen ser normales. La resonancia magnética puede mostrar cambios medulares altamente sugestivos. Si no se diagnostica y trata tempranamente puede tener consecuencias graves en el adulto, como artrosis severa de cadera y trastornos de la marcha. A continuación, presentamos un caso de paciente adulto con enfermedad de LCP no tratada **DESCRIPCIÓN DEL CASO**: Paciente femenina de 39 años con antecedentes de obesidad tipo II. Niega otros antecedentes. Refiere historia de años de evolución de dolor progresivo a nivel de la cabeza femoral, pierna y región glútea del lado derecho. Inicialmente el dolor aparece con esfuerzos moderados, sin embargo, en los últimos meses, se vuelve constante y de reposo. Al examen físico destaca dolor intenso en la cadera derecha y disminución del rango articular. Se solicita estudio inicial con radiografía de caderas cuyo informe confirma el diagnóstico de LCP asociado a signos de artrosis severa de la cadera ipsilateral. Se deriva caso a especialidad, quienes indican que, por los antecedentes descritos, la paciente tiene indicación de prótesis de cadera. Actualmente la paciente se encuentra en lista de espera para cirugía. **DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN:** Si bien la prevalencia de la enfermedad de LCP se considera relativamente baja, es fundamental el diagnóstico y manejo precoz de esta patología para así evitar consecuencias catastróficas en los pacientes que la padecen.

ESPONDILODISCITIS(ED) COMO ETIOLOGÍA DE DOLOR LUMBAR EN PACIENTE DE 23 AÑOS "REPORTE DE CASO CLÍNICO"

Jaime Marín Cáceres (1), Camila López López (2), Daniel Meneses Veisaga (2)
(1) Médico EDF Hospital de Chimbarongo, (2) Médicos EDF Cesfam Quinta de Tilcoco.

INTRODUCCIÓN: La ED generalmente está asociada a condiciones de riesgo como edad avanzada, diabetes mellitus, cirrosis hepática, dispositivos intravasculares asociado endocarditis infecciosa concomitante, entre otras [1,2,3]. Presenta una frecuencia baja en la población, se estima en sólo 3-5% del total de las osteomielitis agudas [1], e implica una importante latencia diagnóstica, largos períodos de estadía hospitalaria y variabilidad en la obtención del agente etiológico. A continuación, se presenta un caso atípico de paciente de 23 años quien fue diagnosticado de ED y con múltiples consultas por lumbago en Servicios de Urgencia de la Región de Ohiggins. **DESCRIPCIÓN Y RESULTADO DEL CASO:** Paciente masculino de 23 años, sin antecedentes mórbidos, con historia de lumbago de 1 año de evolución refractario a analgesia oral asociado a múltiples consultas en Urgencias de Hospital de San Fernando y Hospital Regional Rancagua (HRR). Fue evaluado por Médico particular quien solicita Resonancia Nuclear Magnética (RNM) que describe "componente inflamatorio óseo L1-L2 y engrosamiento de ligamento intervertebral con componente inflamatorio de partes blandas adyacentes. Considerar componente inflamatorio infeccioso atípico (TBC)". Paciente sin antecedentes de contacto con pacientes TBC, sin síntomas respiratorios, baciloscopia negativa y radiografía de tórax normal. Es derivado y evaluado por equipo de Neurocirugía del Hospital Regional de Rancagua (HRR) quienes realizan biopsia y cultivo de muestra de columna lumbar, resultando Negativo para *M. tuberculosis* (Cultivo de Koch), y Positivo para *E. faecalis*. Se indica Ampicilina endovenoso (EV) por 6 semanas y luego 4 semanas de tratamiento antibiótico oral. Posteriormente es derivado a Hospital de Chimbarongo para completar tratamiento de Ampicilina EV por 42 días. **DISCUSIÓN:** El CASO CLÍNICO expuesto muestra una PRESENTACIÓN atípica de ED en un paciente joven, en contraste a las series clínicas nacionales [6] e internacionales [4,5] documentando pacientes mayoritariamente masculinos y de edad avanzada. La RNM es la herramienta diagnostica de elección ante la sospecha clínica de ED, demostrando una sensibilidad y especificidad cercanas al 100% en los ensayos clínico. [7,8]. Finalmente, el agente etiológico confirmado en el CASO CLÍNICO es infrecuente de detectar, puesto que se describen agentes infecciosos de mayor prevalencia, como: *Staphylococcus* spp., *Streptococcus* spp., *M. tuberculosis,* enterobacterias y bacilos gramnegativos no fermentadores. [9]

SÍNDROME DE SOBREPOSICIÓN DERMATOMIOSITIS-LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO COMO PRESENTACIÓN INICIAL DE ENFERMEDAD REUMATOLÓGICA EN PACIENTE PREVIAMENTE SANO

Larry Marín Castillo (1), Rocio Maldonado Ibaceta (2)
(1) Médico EDF CESFAM de Puqueldón, (2) Médico EDF CESFAM y Hospital de Lautaro

INTRODUCCIÓN: El síndrome de sobreposición abarca diferentes condiciones clínicas, caracterizado por la presencia de signos, síntomas o marcadores inmunológicos de dos o más mesenquimopatías asociadas. Las miositis (polimiositis o dermatomiositis) se caracterizan por la presencia de debilidad muscular proximal y se asocian de forma extraordinaria a otras patologías, siendo su asociación con síndromes de sobreposición paroxística e infrecuente. **PRESENTACIÓN DEL CASO:** Mujer de 28 años, sin antecedentes médicos. Consulta en atención primaria por sintomatología de tres meses de evolución caracterizado por malestar general, mialgias, debilidad muscular proximal, eritema malar y en región del escote, y pápulas de gottron en ambas manos. Con la sospecha de rabdomiólisis se deriva al servicio de urgencias y se pesquisa un alza de enzimas musculares y hepáticas por lo cual se confirma el diagnóstico inicial y se indica corticoterapia en altas dosis y tratamiento antimalárico presentando una buena respuesta clínica. Posterior al alta, en el estudio ambulatorio destaca la presencia de anticuerpos antinucleares positivos y se diagnostica lupus eritematoso sistémico en contexto de un síndrome de sobreposición. **DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN:** Un síndrome de sobreposición constituye un desafío diagnóstico por su amplia gama de PRESENTACIÓN de acuerdo a las distintas posibles patologías asociadas. Aún se requieren de estudios para esclarecer los mecanismos fisiopatológicos y factores de riesgo asociados. Considerando también, la agresividad con la que puede debutar la enfermedad, para un manejo rápido y oportuno se necesita una alta sospecha clínica, anamnesis y examen físico minucioso y exámenes inmunológicos complementarios dentro de su estudio inicial.

Bibliográfias

- Jin UR, Kwack KS, Park KJ, Kwon JE, Kim SY, Kim KC, et al. Acute Polymyositis/systemic Lupus Erythematosus Overlap Syndrome with Severe Subcutaneous Edema and Interstitial Lung Disease. J Rheum Dis. 2014; 21(1):25-29.
- Liang Y, Leng RX, Pan HF, Ye DQ. Associated Variables of Myositis in Systemic Lupus Erythematosus: A Cross-Sectional Study. Med Sci Monit. 2017; 23:2543-9.
- Maazoun F, Frikha F, Snoussi M, Kaddour N, Masmoud, H, Bahloul Z. Systemic lupus erythematosusmyositis overlap syndrome: report of 6 cases. Clin Pract. 2011; 1(4): 189-92.

SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA COVID 19 EN LA COMUNA DE PUTRE ENTRE JUNIO Y OCTUBRE DE 2020

Maximiliano Marín Del Valle, Roxana Nina Quispe
(1) Médico EDF CESFAM Putre, (2) E.U. CESFAM Putre

INTRODUCCIÓN y OBJETIVOs: La pandemia de COVID 19, causada por el coronavirus SARS-CoV-2, ha presentado una distribución heterogénea en el número de casos entre los distintos territorios del país. El presente trabajo tiene como finalidad presentar la situación comunal de la comuna de Putre, comuna ubicada en la XV región y una población acorde al censo de 2017 de 2.765 personas, en relación con la pandemia de COVID 19 desde junio a octubre del año 2020, desglosando el total de muestras tomadas y el número de casos confirmados en dicho periodo. **MATERIAL Y METODO:** Se realiza revisión de datos de equipo TTA del CESFAM Putre **RESULTADOS:** Entre junio y octubre de 2020 se tomaron un total de 181 test PCR a paciente sintomáticos respiratorios, concentrándose la mayor cantidad en julio (66 muestras) y la menor cantidad en octubre (8 muestras). De estas muestras 49 fueron informadas como positivas, 5 como indeterminadas y 127 como negativas, resultando una positividad en sintomáticos respiratorios dentro del periodo de un 27,07%. El peak de casos confirmados entre sintomáticos respiratorios corresponde a el mes de julio, con 30 muestras positivas y 4 indeterminadas. A partir del mes de agosto se inicia la toma de PCR como búsqueda activa en testeos territoriales y preventivos laborales, tomándose entre agosto y octubre del año 2020 un total de 815 muestras como búsqueda activa, siendo el peak en septiembre con 335 muestras tomadas. Del total de muestras tomadas como búsqueda activa, se informaron 17 como positivas, 1 como indeterminada y 797 como negativas resultando una positividad en pacientes asintomáticos de 2,08%. El mayor número de casos detectados por búsqueda activa se presentó en los meses de agosto y septiembre, ambos meses con 8 muestras informadas como positivas.
En total, en el periodo estudiado, se tomaron 996 muestras, de las cuales 66 se informaron como positivas, 5 como indeterminadas y 925 como negativas, con una positividad de 6,62%. **COMENTARIOS**: Pese a ser una comuna rural aislada geográficamente el alto índice de viviendas en situación de hacinamiento (20,9% en diciembre de 2018), el elevado número de población flotante, la necesidad de trasladarse a la ciudad de Arica para la adquisición de abarrotes por parte de la población y la ubicación en zona fronteriza de la comuna han contribuido a aumentar de forma significativa el número de casos tratándose de una comuna rural. Es notable también la gran discrepancia en la tasa de positividad entre sintomáticos respiratorios y muestras por búsqueda activa.

SÍNDROME HEPATO RENAL: REPORTE DE CASO CLÍNICO

Maximiliano Marín Del Valle (1), Catalina Fernández León (2), Sergio Ahumada Farías (2)
(1) Médico EDF CESFAM Putre, (2) Médico EDF Hospital de Carahue

INTRODUCCIÓN y OBJETIVOs: El síndrome hepato-renal (SHR) representa la etapa final de una secuencia de reducción de perfusión renal producto de un daño hepático severo. Los pacientes afectados habitualmente tienen hipertensión portal causado por cirrosis, hepatitis alcohólica, tumores metastásicos o falla hepática fulminante de cualquier causa. El OBJETIVO del presente trabajo es presentar un caso de SHR en un paciente sin daño hepático documentado previamente. **MATERIAL Y METODO:** Se realiza revisión de CASO CLÍNICO en CESFAM Putre, Hospital Juan Noe Crevani y búsqueda bibliográfica
CASO CLÍNICO: Paciente masculino de 79 años, con antecedentes de hipoacusia bilateral, OH (-) Tabaco (-) fármacos (-). Familiares refiere historia de aproximadamente 1 mes de evolución de compromiso del estado general, a lo cual 4 días previo a la evaluación se agrega compromiso de conciencia cualitativo, postración y pérdida de control de esfínteres. Examen físico destaca paciente enflaquecido, deshidratación severa, vigil, desorientado temporo-espacialmente, respuestas verbales inapropiadas, ictericia de piel y mucosas, edema (++) extremidades inferiores. CSV: PA 104/62 FC 86´ T° axilar 36,5 Sat 92% HGT 105 FR 16. Se inicia hidratación con 1000 cc de suero fisiológico 0,9% y se realiza derivación a hospital de base con diagnóstico de compromiso de conciencia. En hospital de base al ingreso se solicitan exámenes de laboratorio, de los cuales destacan BUN 193,3 Creatinina 2,03 Bilirrubina total 6,81 Bilirrubina directa 5,37 GOT 124 GPT 155 GGT 25 LDH 1447 Fosfatasas alcalinas 74 Sodio 146 Potasio 4,88 Ácido láctico 9,4 Hto 8,7% Hb 2,9 VCM 104,6 CHCM 33 HCM 34,6 Leucocitos 3.500 Plaquetas 21.000 TP 35,9 seg. INR 3,55 TTPA 62,8 segundos. Se realiza el diagnóstico de síndrome hepatorrenal y se inicia manejo con transfusión de glóbulos rojos, albumina humana y fitomenadiona. Paciente evoluciona con anuria, hipotensión y requerimiento de drogas vasoactivas, agregándose 2 días posterior a su ingreso compromiso ventilatorio, requiriendo intubación y ventilación mecánica invasiva. Evoluciona desfavorablemente, falleciendo al día siguiente, 3 días posterior al ingreso. **COMENTARIOS:** En el CASO CLÍNICO presentado el paciente no poseía antecedentes de daño hepático crónico, en su ficha clínica exámenes de aproximadamente 1 año de antigüedad no presentaban alteraciones y ecografía abdominal de 2 años de antigüedad no evidenciaba alteraciones hepáticas. En este caso sin embargo es razonable plantearse un cuadro de daño hepático crónico desarrollado en el último año como el desencadenante del SHR debido al grado de anemia que presenta el paciente que no se podría explicar como producto de una falla hepática aguda

MEDICIÓN DE LA CAPACIDAD RESOLUTIVA DEL SAR MIRAFLORES EN LA CIUDAD DE TEMUCO EN EL AÑO 2020.

Félix Martín Hartwig (1), Alejandro Espinoza Iturra (2), Patricia Manquilef Muñoz (3)
(1) Médico EDF Centro de Salud Rural San Ramón, Padre las Casas, (2) Médico EDF CESFAM Pulmahue, Padre las Casas.
(3) Médico EDF CESFAM Conunhuenu, Padre las Casas

INTRODUCCIÓN: La estrategia de Servicios de Atención Primaria de Urgencias de Alta Resolución (SAR), fue diseñada como una herramienta para cumplir 2 principales OBJETIVOs, por un lado aumentar la capacidad resolutiva de la Red Comunal de Urgencias desplegada en los distintos dispositivos de Servicios de Atención de Primaria de Urgencias (SAPU), y por otro lado, su segundo OBJETIVO es disminuir las atenciones de pacientes de baja complejidad que acuden a las Unidades de Emergencias Hospitalarias (UEH). **OBJETIVOS**: Evaluar el cumplimiento de los 2 OBJETIVOs propuestos para la estrategia SAR en un SAR de la ciudad de Temuco. Conocer la capacidad resolutiva del SAR Miraflores. Conocer la cantidad de derivaciones recibidas desde APS al SAR Miraflores y cuantas de ellas se logran resolver en este nivel de atención.
MÉTODO: Se obtuvo el resumen de los Datos de Atención de Urgencia (DAU) del SAR Miraflores descargados desde la plataforma SSASUR como planilla Excel, a la cual se le aplicaron filtros en las categorías “Destino inmediato” y “Destino específico”, para obtener el número de consultas derivadas a distintos establecimientos de mayor complejidad. Luego se aplicó un filtro en la categoría “Procedencia”, para obtener los datos de los pacientes recibidos desde otros establecimientos. **RESULTADOS**: El SAR Miraflores realizó 122.392 atenciones en el año 2020. De las atenciones realizadas, 1917 son derivaciones recibidas desde otros centros. Se realizan 7153 derivaciones, lo que representa el 5,8% de las atenciones totales. De las 7153 derivaciones realizadas, 28 corresponden a derivaciones a centros de seguridad laboral, 18 a centros privados de salud y 7108 al Hospital Hernán Henríquez Aravena como principal centro de referencia del establecimiento. Del total de 1917 derivaciones recibidas, 429 corresponden a policlínico de la APS, 1403 desde SAPU de Temuco o Padre Las Casas, 28 de hospitales de baja complejidad, 7 desde centros privados, 50 desde Servicios de Urgencia Rural. Del total de estas consultas derivadas, el 85% se logran resolver en SAR Miraflores y 15% deben ser derivadas a niveles superiores de complejidad. **CONCLUSIONES**: Según los datos obtenidos de la revisión del sistema SSASUR, se obtiene una capacidad resolutiva del 94,2% del SAR Miraflores, entendida ésta como las consultas que se logran resolver en el dispositivo. Por otro lado, se logra disminuir en 1627 eventuales derivaciones al HHHA desde otros dispositivos de APS, aunque faltan datos para ver el número de derivaciones directas realizadas desde estos dispositivos. Faltan análisis más detallados, con seguimiento de pacientes en APS, información de derivaciones recibidas en Hospital Hernán Henríquez Aravena y atenciones realizadas en los distintos SAPU para evaluar las causas de la alta capacidad resolutiva del SAR Miraflores. Una capacidad resolutiva del 94,2% del SAR Miraflores, entendida ésta como las consultas que se logran resolver en el dispositivo. Por otro lado, de logra disminuir en 1627 eventuales derivaciones al HHHA desde otros dispositivos de APS, aunque faltan datos para ver el número de derivaciones directas realizadas desde estos dispositivos

LA SALUD MENTAL, UN ESCONDITE DEL INSULINOMA MALIGNO: REPORTE DE UN CASO

Cristina Martínez Follert (1), Gustavo Figueroa Galdame (2), Pamela Poblete Ruiz (2)
(1) Médica Cirujana Hospital San Agustín de La Ligua, (2) Médicos EDF Hospital San Agustín de La Ligua,

INTRODUCCIÓN: El insulinoma es un tumor neuroendocrino pancreático poco frecuente, cuya incidencia es de 1-4 por millón de habitantes, y en su mayoría (más de un 85%) son benignos. Se caracteriza por episodios de hipoglicemias de ayuno secundarios a una continua hipersecreción de insulina. Clínicamente se presenta con síntomas neuroglucopénicos (confusión, alteración de conciencia) y síntomas adrenérgicos (debilidad, sudoración, palpitaciones), que suelen presentarse de manera insidiosa e inespecífica, simulando patologías neurológicas y psiquiátricas. Considerando que un número significativo de las consultas en Urgencias son por causas psiquiátricas, es necesario tener en cuenta este diagnóstico diferencial. En este reporte se presenta un CASO CLÍNICO de un insulinoma maligno en el contexto de una paciente con antecedentes de salud mental. **CASO CLÍNICO:** Mujer de 55 años es llevada al Servicio de Urgencia por familiar quien refiere que la encuentra pálida y sudorosa, evolucionando con compromiso de conciencia, y sugiere ingesta medicamentosa por trastorno depresivo. A su ingreso destaca palidez mucocutánea, con respuesta sólo a estímulos dolorosos, con glicemia capilar de 24 mg/dL. Se administran 3 bolos de glucosa al 10%, normalizando su estado de consciencia y sus niveles de glicemia. Niega consumo de drogas ni fármacos fuera de su tratamiento habitual. Exámenes de laboratorio y electrocardiograma sin hallazgos relevantes. Se hospitaliza con sospecha de intento de autolisis para observación y alta precoz. Evoluciona con hipoglicemias sintomáticas persistentes, por lo que se decide completar estudio. TAC de abdomen y pelvis con contraste informa*: Nódulo pulmonar basal izquierdo, sugerente de infiltración secundaria. Lesión de aspecto neoplásica en la cola del páncreas, con cinética de impregnación hipovascular. Múltiples lesiones focales hepáticas posiblemente metastásicas*. Con diagnóstico de insulinoma metastásico, la paciente ingresa pabellón para una pancreatectomía caudal, colecistectomía y esplenectomía, que se realiza sin incidentes. Actualmente se encuentra en controles con Endocrinología, en tratamiento con corticoides y análogos de la somatostatina. **DISCUSIÓN**: El diagnóstico del insulinoma suele ser tardío. Diversos estudios reportan que pacientes fueron tratados por patologías psiquiátricas y neurológicas antes del diagnóstico, por lo que se recomienda descartar siempre otras patologías orgánicas. El insulinoma maligno es poco frecuente (10% de los insulinomas), sin embargo, un diagnóstico precoz con herramientas simples como la glicemia capilar, insulinemia y/o estudios de imagen, puede hacernos llegar al diagnóstico y mejorar el pronóstico de nuestros pacientes. Además, la hipoglicemia en el paciente no diabético es muy poco frecuente y amerita siempre un estudio, teniendo además en consideración que la persistencia de ésta puede generar secuelas neurológicas a largo plazo.

SÍNDROME DE CONO MEDULAR Y CAUDA EQUINA: SUPERPOSICIÓN DE SÍNTOMAS A PROPÓSITO DE UN CASO

Ignacia Martínez Madrid (1), Felipe Abusleme Peñaloza (2), Eugenia Ossandón López (2), Stephanie Cortés Silva (2)
(1) Médica cirujana, Hospital San Pedro Vilos, (2) Médico EDF, Hospital San Pedro Los Vilos

INTRODUCCIÓN: Dentro de los síndromes medulares encontramos el Sd. de Cono medular, correspondiente a lesiones del segmento T11 - L1 generando alteraciones de 1era y 2da motoneurona con clínica de dolor lumbar localizado, parestesias distales simétricas de extremidad inferior, anestesia en silla de montar, pérdida de la termoalgesia, preservación de sensibilidad vibratoria y propiocepción, retención o incontinencia urinaria y fecal. La causa más frecuente es secundaria a degeneración y herniación discal. Por otro lado, el Sd. de cauda equina la lesión ocurre por la compresión de las raíces intrarraquídeas lumbares y sacras, generando síntomas de 2da motoneurona, como lumbalgia intensa que empeora en el decúbito y con valsalva, paraparesia flácida, arreflexia típicamente patelar y aquileana, hiperestesia en silla de montar no disociada, disfunción eréctil y vejiga hipotónica. Como causas están la degeneración discal, aracnoiditis, tumores y estenosis del canal, entre otras. **MATERIAL Y MÉTODO.** Se rescata información del sistema del hospital San Pedro Los Vilos. **DESCRIPCIÓN.** Paciente sexo femenino 41 años con antecedentes de obesidad mórbida, consultó en Urgencia por cuadro de 5 días de parestesias de pie izquierdo y sensación de frío que asciende ipsilateralmente por hemicuerpo izquierdo hasta nivel de reborde costal izquierdo. Al interrogatorio dirigido, paciente refiere incontinencia urinaria y dolor lumbar local ante el esfuerzo físico sin irradiaciones, se mantiene afebril. Al examen físico destaca disminución de la tacto discriminativo y termocepción de hemicuerpo izquierdo hasta T8-T9; tono trofismo y fuerza conservado en 4 extremidades, ROTs simétricos bilateralmente, resto sin hallazgos patológicos. Se deriva a la paciente a centro derivador para toma de RNM la cual no fue posible realizar debido a el gran perímetro abdominal; En reemplazo se toma TC que mostró foraminoestenosis multisegmentaria con compromiso de raíces T1 y L4 derechas y ambas raíces de L5, raquiestenosis segmentaria moderada de L3 y L4 y severa de L4-L5. Pendiente continuar estudio con electromiografía y RNM. **DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN.** Los síndromes medulares poseen clínicas que se pueden superponer, pudiendo haber síntomas cruzados entre ellos. Si bien hay signos clínicos que son exclusivos de cada uno, no son suficientes para poder entregar un diagnóstico certero. Es en estos casos que la disponibilidad de examen imagenológico se vuelve valioso, ya que además de poder determinar los niveles medulares de la lesión, éste nos entrega causa etiológica del síndrome, lo cual es la base para establecer el tratamiento, pronóstico y recuperabilidad del paciente.

ELASTOFIBROMA DORSI: UN RARO TUMOR PROLIFERATIVO BENIGNO Y SU MANEJO EN ATENCIÓN PRIMARIA.

Nicolás Martínez Bavestrello, Pablo Quezada Cruz
Médicos EDF Hospital de Puerto Aysén.

INTRODUCCIÓN: El elastofibroma dorsi, es una lesión benigna rara, reactiva, de lento crecimiento y correspondiente a un grupo heterogéneo de proliferaciones fibroblásticas. El conocimiento de la entidad, manifestaciones clínicas y de imagen permiten su diagnóstico y, en casos asintomáticos, tanto su manejo como seguimiento. **CASO CLÍNICO:** Mujer de 83 años, antecedente de cáncer de mama derecho operado hace 10 años y gonartrosis. Consulta en dispositivo sanitario de atención primaria zona rural por dolor leve EVA 4-10 y aumento de volumen local en zona subescapular izquierda, 10 meses de evolución, crecimiento progresivo y limitación funcional parcial. Sin otros síntomas. La exploración física evidencia masa tumoral en zona antes descrita, mayor en la zona del ángulo inferior lateral de la escápula izquierda más evidenciable con la flexión dorsal y del hombro ipsilateral, indolora a la palpación, consistencia blanda, adherida a planos profundos de la pared torácica dorsal y de aproximadamente 5 cms al ser medida sobre la piel indemne. Estudio serológico del laboratorio es normal. Ecografía de partes blandas revela tumor sólido, de morfología fusiforme, hipoecogénico, márgenes bien definidos, en contacto con las costillas izquierdas y con el margen inferior de la escápula, sin flujo al doppler. Mide hasta 4,8 cms en eje longitudinal. Considerando su morfología y ubicación corresponde como primera posibilidad a elastofibroma dorsi. Tomografia axial computada de torax revela masa subescapular izquierda de 4.8x3x2 cms que contacta con los músculos intercostales y serrato mayor desplazándolos, con densidad similar, en contacto con los arcos costales de la superficie posterolateral del tórax presentando áreas de atenuación similar a la grasa subcutánea. Evaluada por Traumatólogo, se recomienda el seguimiento clínico en atención primaria, manejo con kinesioterapia motora de cintura escapular y analgesia oral. Evolución favorable sin dolor, adecuada funcionalidad de extremidad superior. Seguimiento ecográfico anual al tercer año del diagnóstico evidencia nulo crecimiento de la masa tumoral posterior. **DISCUSIÓN:** La mayoría de los elastofibromas son asintomáticos y se descubren casualmente por la deformidad clínica que ocasionan. Sin embargo, pueden ser causa de rigidez, dolor o molestias, escápula alada, compromiso del plexo braquial o una sensación de chasquido al mover el brazo. Dentro del diagnóstico diferencial a considerar están otras lesiones que contienen grasa tales como los lipomas, fibrolipomas, hemangiomas, linfangiomas, sinovitis villonodular y liposarcoma. La observación es el tratamiento de elección en pacientes asintomáticos. En casos sintomáticos en que el dolor y la incapacidad funcional sean determinantes o el tamaño sea mayor a 5 cms la resección quirúrgica marginal estaría indicada. **CONCLUSION:** Es fundamental para el clínico el conocimiento de esta entidad, su localización y hallazgos imagenológicos típicos dado los múltiples diagnósticos diferenciales con otras patologías de partes blandas más comunes lo cual posibilita su seguimiento y tratamiento en APS.

CONDROBLASTOMA ESCAPULAR EN MUJER JOVEN OPERADA CON CIRUGÍA RADICAL: CASO CLÍNICO.

Nicolás Martínez Bavestrello, Pablo Quezada Cruz
Médicos EDF Hospital de Puerto Aysén.

INTRODUCCIÓN: El condroblastoma es un tumor óseo benigno representando menos del 1%; se presenta principalmente en jóvenes. De etiología controversial, se desarrolla habitualmente en centros secundarios de osificación en huesos largos. No hay casos que describan su existencia junto a osteomielitis ni su tratamiento quirúrgico. **CASO CLÍNICO:** Mujer de 15 años, oriunda de zona rural, con antecedente de osteomielitis de inicio reciente por caída, diagnosticada con cintigrafía y biopsia en escápula izquierda; a pesar de tratamiento médico antibiótico con cloxacilina persiste dolor, eritema, aumento de volumen progresivo, impotencia funcional por lo que consulta en CESFAM de Puerto Aysén. Aumento de captación en cintigrafía de control sugiere progresión. Tomografía computada (TC) informa probable proceso tumoral osteolítico cortical con reacción de partes blandas en casi la totalidad de la escápula incluyendo cavidad glenoidea. Se decide tomar biopsia quirúrgica que informa condroblastoma sospecha de variante agresiva resolviéndose derivación a centro de atención secundaria en la ciudad de Coyhaique donde se realiza escapulectomía total con resección de cabeza humeral y posterior pexia clavículo-humeral del mismo establecimiento. Biopsia definitiva de pieza quirúrgica informa osteomielitis crónica y condroblastoma agresivo. Evoluciona de buena manera en controles posteriores no presentando signos de recidiva local ni a distancia. Continúa rehabilitación integral en atención primaria logrando adecuada funcionalidad de extremidad superior izquierda.
DISCUSIÓN: La nula respuesta clínica al tratamiento inicial y su progresión hizo sospechar un proceso tumoral que no fue diagnosticado inicialmente debido a que la biopsia no incluyó focos del condroblastoma. El manejo clásico del condroblastoma consiste en curetaje y relleno con autoinjerto; en este caso se optó por cirugía innovadora que consistió en resección total dada la localización atípica, posibilidad de malignización y coexistencia con proceso osteomielítico crónico.

HIDRADENITIS SUPURATIVA HURLEY III BILATERAL, ABORDAJE INICIAL EN ATENCION PRIMARIA Y RESOLUCION QUIRURGICA FINAL: CASO CLÍNICO.

Nicolás Martínez Bavestrello, Nicolle Gajardo Salazar
Médico EDF Hospital de puerto Aysén

INTRODUCCIÓN: La hidradenitis supurativa (HS) es una enfermedad inflamatoria crónica cutánea, de etiología desconocida que afecta la unidad pilosebácea glandular de axilas, región inguinal, región submamaria y glúteos. Prevalencia de hasta el 1% de la población general. Se caracteriza por la presencia de cordones fibroticos, placas y nódulos que en estadios avanzados progresan hacia cicatrices, granulomas y fistulas que se sobreinfectan. Se clasifica en grupos de severidad, según la presencia de abscesos, cicatrices y extensión de la enfermedad, en etapas I, II y III de Hurley. Entre las condiciones predisponentes se encuentran herencia, obesidad, tabaco, resistencia a la insulina y diabetes. Se describen como opciones terapéuticas el uso de antibióticos tópicos, orales, productos biológicos y excéresis quirúrgica de las lesiones. **CASO CLÍNICO:** Hombre de 19 años, oriundo de zona rural, con antecedente de obesidad mórbida y de resistencia a la insulina, abandona controles y tratamiento en APS hace 3 años. Acude a consulta en CESFAM de Puerto Aysén por lesiones axilares bilaterales múltiples de aproximadamente 2 años de evolución, muy dolorosas, limitan abducción de ambas extremidades superiores, en ocasiones con salida de material seropurulento con la manipulación, sensación de aumento de temperatura y aumento de volumen local. Al examen físico se aprecian múltiples lesiones tipo absceso subcutáneo, cordones fibroticos y trayectos fistulosos en ambas axilas. Salida de material purulento franco, eritema y dolor local con la palpación. Se aprecia además granuloma telangectasico en axila izquierda. Evaluación por teledermatologia concluye hidrosadenitis supurativa Hurley III bilateral y se sugiere iniciar cambios en el estilo de vida, control metabólico con metformina, tratamiento oral con doxiciclina cada 12 horas y tratamiento tópico con receta de crema de resorcinol al 15% y clindamicina 1% por 1 mes. Se constata evolución clínica favorable a los 2 meses con curaciones periódicas por enfermería en APS, ausencia de proceso infeccioso activo, pero con persistencia de lesiones cicatriciales, fistulas y granuloma a izquierda por lo que el paciente es derivado a cirugía en Hospital de Puerto Aysén en donde se realiza excéresis de lesiones locales. **DISCUSIÓN:** El conocimiento, diagnóstico y tratamiento inicial de esta dermatosis es fundamental para el médico de atención primaria con el cual el paciente tiene el primer contacto dado la relación que existe entre la génesis de la patología y el mal control metabólico de la población adolescente y adulto-juvenil susceptible. Es deber el inicio de tratamiento precoz y manejo de comorbilidades asociadas con motivo de limitar las consecuencias físicas, estéticas y emocionales-sociales permanentes que puede producir esta patología.

IMPLEMENTACIÓN DEL MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIA (MAISFC) EN LA ATENCIÓN PRIMARIA DE LA COMUNA DE AYSÉN.

Nicolás Martínez Bavestrello
Médico EDF Hospital de puerto Aysén

OBJETIVO. Describir el estado de la implementación de Modelo de Atención Integral en Salud Familiar y Comunitaria (MAISFC) en la atención primaria atención primaria de Puerto Aysén durante el periodo 2018-2019. **MÉTODOS.** Consiste en un estudio descriptivo que usa de referencia la base de datos tabulados en Excel a partir registro estadístico del Servicio de Salud Aysén durante el periodo 2018-2019 para la evaluación del MAISFC de los distintos dispositivos sanitarios de atención primaria en la comuna de Aysén. Por medio de correlaciones se estudió la relación entre la autoevaluación (interna) y la evaluación del servicio de salud (externa) para cada centro. **RESULTADOS.** La correlación entre autoevaluación interna y la evaluación externa de la implementación total del MAISFC fue alta (0,82, $p < 0,001$). Los ejes promoción y tecnología presentaron mayor implementación (80,0% de cumplimiento) y enfoque familiar el menor (42% de cumplimiento)**.** Los centros de salud familiar urbanos, aquellas con mayor número de inscritos y con menor índice de pobreza, fueron los establecimientos que presentaron mayor implementación. No se identificó una asociación estadísticamente significativa entre la implementación del MAISFC en los gastos específicos de salud de cada localidad ($p = 0,244$). **CONCLUSIONES.** Todos los establecimientos de salud de atención primaria de la comuna de Aysén han evaluado el nivel de implementación del MAISFC en el periodo 2018-2019. Las estrategias de gestión para la implementación que incluyan recurso humano de acompañamiento y capacitación son fundamentales en los establecimientos de atención primaria ubicados en zonas rurales más aisladas dentro de la comuna, es decir las más alejadas de los centros urbanos y/o con bajo número de usuarios inscritos. Es fundamental la adecuada implementación del MAISFC para lograr instalar la calidad del cuidado, siendo el enfoque familiar uno de los ejes principales dado que pone a la familia como elemento principal en la promoción, protección y cuidado de la salud, de esta manera persiste el desafío de desarrollar un adecuado modelo en el equipo de atención primaria de la comuna de Aysén.

DESNUTRICIÓN CALÓRICO-PROTEICA SEVERA RECUPERADA EN LACTANTE MENOR. PESQUISA Y MANEJO DESDE APS, A PROPÓSITO DE UN CASO.

Paulina Martínez Deza (1), Juan López Olea (1), Bayardo Cadena Sánchez (2)
(1) Médicos EDF CESFAM Los Álamos, (2) EDF Hospital de Arauco

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS: Uno de los OBJETIVOs más importantes de los controles de salud infantil, realizados en su mayoría en Atención Primaria (APS), es el diagnostico nutricional del menor y la pesquisa de casos de malnutrición. La intervención en este tipo de casos debe ser multidisciplinaria y va a depender de la severidad del cuadro y de la red de apoyo familiar. Presentamos un caso de desnutrición severa recuperada, y detallamos las intervenciones multidisciplinarias realizadas, con el OBJETIVO de resaltar la importancia del diagnóstico precoz y manejo integral de estos casos, que son más frecuentes en zonas rurales de nuestro país. **PRESENTACIÓN DEL CASO**: Lactante menor femenina, hija de madre adolescente, sin antecedentes mórbidos, de zona rural extrema y con mala red de apoyo familiar. Embarazo controlado, sin patologías. Parto vaginal, a las 39 semanas, con peso de nacimiento de 3,180 Kg, talla 50 cm. De alta a domicilio con lactancia materna exclusiva. Asiste a los 37 días de vida a control de salud del primer mes con su madre y abuela, donde se constata peso de 2,920 Kg, esto es, 260 gramos menos que al nacer. Al examen físico, llama la atención paciente irritable, pero reactiva y bien hidratada, sin otros hallazgos positivos. Madre refiere apetito voraz y llanto no consolable. Se deriva a hospital de la red para hospitalización, donde se descarta patología concomitante, se realiza educación en técnica de lactancia, control de peso diario, apoyo nutricional con formula láctea y evaluación materna por equipo de salud mental. Evoluciona con buen incremento ponderal, sin signos de deshidratación y se decide alta. Se realiza visita domiciliaria integral por equipo de APS. Se refuerza técnica de lactancia y se indica seguimiento estricto con control de peso. Al cumplir dos meses de vida, la lactante pesa 4,5 Kg, con un diagnostico nutricional de eutrofia. Se decide mantener seguimiento del caso para intervención precoz en caso de ser necesario. **DISCUSIÓN O COMENTARIOS**: La pesquisa oportuna de la desnutrición infantil es muy relevante, ya que esta patología, de no ser manejada adecuadamente, trae consecuencias en el DESARROLLO físico y neurológico de menores. Son más susceptibles de caer en desnutrición, pacientes en ambientes vulnerables, en donde el equipo de salud debe tomar una conducta activa para su prevención y corrección.

PRESENTACIÓN DE UN CASO: CARDIOPATÍA CONGÉNITA CIANÓTICA Y SÍNDROME DE HETEROTAXIA EN LACTANTE.

Paulina Martínez Deza, Juan López Olea, Carolina Sánchez Vergara,
Médicos EDF CESFAM Los Álamos

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS: La heterotaxia corresponde a una disposición anormal de los órganos, muchas veces asociado a cardiopatías congénitas severas y malformaciones intraabdominales. Este síndrome se presenta en 1-1.5 casos de 10.000 recién nacidos vivos y su pronóstico es ominoso. En general, se describen dos grandes tipos: isomerismo atrial izquierdo con poliesplenia y el isomerismo atrial derecho con asplenia, que tiene peor pronóstico. Se presenta el siguiente caso con el OBJETIVO de exponer una malformación congénita poco frecuente de alta mortalidad. **PRESENTACIÓN DEL CASO**: Paciente de sexo masculino, hijo de madre primigesta, con embarazo controlado sin patología asociada, nace a las 41 semanas por parto vaginal. Presenta depresión respiratoria, debiendo ser intubado. Ingresa a UCI neonatal de hospital de referencia, donde evoluciona con desaturaciones a pesar de aporte de O2 al 100%. Radiografía de tórax muestra infiltrado intersticial en ambos pulmones, burbuja gástrica a derecha, silueta hepática a izquierda y levocardia. Se realiza ecocardiograma que concluye heterotaxia con isomerismo atrial derecho, ventrículo único, transposición de grandes vasos, atresia pulmonar y drenaje venoso pulmonar anómalo total. Además, se constata asplenia. Se decide derivación a centro de referencia nacional de cardiopatías, donde es evaluado por equipo de cirugía de tórax. Se define mal pronóstico global vital y se declara fuera de alcance quirúrgico. Se le explica diagnostico a sus padres. Se traslada a hospital de origen para cuidados paliativos. Se logra destete y alta a domicilio, ingresando a programa de Dependencia Severa de CESFAM a los 25 días de vida. Evoluciona estable, cianótico, con incremento ponderal adecuado, retraso de DSM, sin nuevas hospitalizaciones, con uso de opiáceos ante episodios de disnea, falleciendo a los 13 meses de edad en su casa. **DISCUSIÓN O COMENTARIOS**: La heterotaxia es una patología de baja incidencia, con gran asociación a cardiopatías congénitas graves, lo que le otorga un muy mal pronóstico. Un 95% de los pacientes con isomerismo atrial derecho, como el presentado en este trabajo, mueren antes del primer año de vida. Su diagnóstico puede hacerse en la etapa prenatal y, si bien esto no cambia significativamente su resultado final global, puede ser de utilidad para la educación y preparación de la familia.

ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE PACIENTES HOSPITALIZADOS EN EL HOSPITAL DE PICHILEMU EN PERIODO ENERO-FEBRERO 2020.

Rodrigo Martínez Hernández (1), Alejandro Cerda García (1), Felipe Avendaño Oribe (1), Daniela Martínez Hernández (2),
(1) Médico EDF Hospital de Pichilemu, (2) Alumna de medicina UNAB

INTRODUCCIÓN: El Hospital de Pichilemu es un hospital de baja complejidad que tiene su máxima carga asistencial en época de verano, debido a que es un destino turístico. En este trabajo se busca describir a los pacientes hospitalizados en el período de enero-febrero 2020. **MÉTODOS:** A través de la plataforma FONENDO (programa utilizado en la sexta región con los datos y estadísticas de los pacientes hospitalizados) se extrajeron los datos de los pacientes egresados entre el 1 de enero de 2020 y el 28 de febrero de 2020, se analizaron: el promedio de edad, los días de estada, el último CUDYR (escala de cuidado y riesgo que determina a grandes rasgos si el paciente requiere cama básica media o cama crítica) y se agruparon las causas de egreso por sistema (Causas: Respiratoria, Digestiva, Cardiaca, Psiquiátrica, Neurológica, Traumatológica, Piel, Otras causas). **RESULTADOS:** De un total de 87 pacientes egresados, el promedio de edad fue de 57,34 años; promedio de días de estada 5,83. La principal causa de hospitalización fue por "otras causas" con un 22,99%, en segundo lugar, causa respiratoria con 19,54% y tercer lugar digestiva 12,64 %. El 100% de los pacientes corresponden a CUDYR C y D, de los cuales 12 son C1 y 13 C2. **DISCUSIÓN**: Si bien el Hospital sólo tiene camas de baja complejidad, hubo 15 egresos de pacientes con CUDYR superior a C3, lo que en estricto rigor corresponde a camas medias, lo cual plantea la necesidad de implementar camas medias en el servicio durante el verano o tener mecanismos de descarga a centros de mayor complejidad oportunos.

ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE PACIENTES HOSPITALIZADOS EN ENERO FEBRERO 2021 EN EL HOSPITAL DE PICHILEMU.

Rodrigo Martínez Hernández (1), Kimberly Valenzuela Aranda (2), Guillermo Cortés Lira (3), Daniela Martínez Hernández (4)
(1) Médico EDF Hospital de Pichilemu, (2) Médico EDF CESFAM Cirujano Guzmán, Iquique
(3) Médico EDF CESFAM Cirujano Aguirre, Iquique, (4) Alumna de medicina UNAB

INTRODUCCIÓN: En el presente trabajo se busca caracterizar a la población hospitalizada en el período de máxima demanda asistencial en el Hospital de Pichilemu, el cual es enero-febrero debido a que es una ciudad turística. **MÉTODOS:** A través de la plataforma FONENDO (programa utilizado en la sexta región con los datos y estadísticas de los pacientes hospitalizados) se extrajeron los datos de los pacientes egresados entre el 1 de enero de 2021 y el 28 de febrero de 2021, se analizaron: el promedio de edad, los días de estada, el último CUDYR (escala de cuidado y riesgo que determina a grandes rasgos si el paciente requiere cama básica, media o cama crítica) y se agruparon las causas de egreso por sistema (Causas: Respiratoria, Digestiva, Cardiaca, Psiquiátrica, Neurológica, Traumatológica, Piel, Otras causas). **RESULTADO:** De un total de 102 pacientes egresados, el promedio de edad fue de 61,84 años, promedio de días de estada 7,64. La principal causa de hospitalización fue respiratoria 31,37%, en segundo lugar "otras causas" 24,51% y tercer lugar digestiva 14,70 %. **DISCUSIÓN:** El elevado porcentaje de causa respiratoria, considerando que estamos en verano (donde disminuye tradicionalmente la consulta respiratoria), es producto de la Pandemia COVID en que estamos. Adicionalmente como agravante en nuestra comuna por el permiso de vacaciones, aumentó el flujo de gente y la cantidad de contagios COVID, lo que se correlaciona con lo observado en la estadística de pacientes respiratorios egresados del servicio.

PRESENTACION CLINICA DE MENINGIOMA A PROPOSITO DE UN CASO
Catherin Marulanda Sepulveda, Carlos Varas Fernández, Alex Hurtado Molina
Médicos EDF Hospital Yungay

INTRODUCCIÓN: Los meningiomas son los tumores cerebrales primarios más frecuentes, surgen a partir de la duramadre generalmente de ubicación intracraneal; representan un tercio de todos los tumores primarios de encéfalo y columna. La incidencia aumenta con la edad, con una mediana de edad de 65 años. Es más frecuente en mujeres. Se estima que del 80% son grado I de la Organización Mundial de la Salud (OMS). Los factores de riesgo relacionados son exposición a radiación, predisposición genética en neurofibromatosis tipo 2 (NF2) e índice de masa corporal (IMC). Destaca también cáncer mamario. En general son asintomáticos, 30% presenta convulsiones, otros síntomas son alteraciones visuales, apatía e inapetencia en meningiomas subfrontales o como respecta al CASO CLÍNICO parestesias con patrones característicos según ubicación.
Park, J., 2021. *Epidemiology, pathology, clinical features, and diagnosis of meningioma*. [online] Uptodate.com.
PRESENTACIÓN CASO CLÍNICO/ MATERIAL Y MÉTODO: Femenina 76 años, sin antecedentes. Consulta en urgencias el 18.11.20 por episodio autolimitado de 2 horas caracterizado por hemiparesia e hipoestesia braquiocrural izquierda. Refiere episodios similares previos. Sin otra sintomatología concomitante. Al examen físico destaca M4 braquiocural izquierda, resto del examen neurológico sin alteraciones. Se deriva a hospital regional de Chillan como observación de accidente vascular encefálico. Se realiza tomografía axial computarizada (TAC) de cráneo con contraste que informa lesión extra axial frontoparietal derecha sugerente de meningioma. Resonancia nuclear magnética (RNM) de cerebro compatible con meningioma de la convexidad sin edema perilesional. Posteriormente se realiza screening oncológico con TAC de tórax, abdomen y pelvis (TAP) que destaca nódulo mamario izquierdo, nódulos tiroideos. Se estudia nódulo mamario clasificándolo como Breast imaging Reporting and Data System *(*BIRADS-US) 2 y nódulo tiroideo based thyroid imaging reporting and data system (TIRADS) 4 el cual fue biopsiado. Actualmente la paciente se encuentra cursando neumonía covid -19, a la espera de resolución quirúrgica de patologías mencionadas. **DISCUSIÓN y CONCLUSIONES**: El diagnóstico definitivo de meningioma y la clasificación como benigno, atípico o maligno (grados I, II y III de la OMS, respectivamente) requiere confirmación histológica. Sin embargo, los estudios de imágenes proporcionan un diagnóstico tentativo y pueden ser suficientes para el tratamiento empírico si la biopsia implica un riesgo demasiado alto. Diagnósticos diferenciales incluyen linfoma, plasmocitoma, carcinoma metastásico, tuberculosis, entre otros. Es importante un adecuado screening oncológico. Tal como se presenta en el caso también es relevante realizar un adecuado

PÚRPURA TROMBOCITOPÉNICO TROMBÓTICO, UN DIAGNÓSTICO A CONSIDERAR. REPORTE DE UN CASO.
José Miguel Massardo Echeverría (1), Patricio Andrés Araya Cortés (2), Cristobal Adoni Pinar Pacheco (3),
Mariana Andrea Roman San Martin (4)
(1) Médico EDF CESFAM Los Volcanes, Hospital Villarrica, (2) Médico EDF Hospital Villarrica
(3) Médico EDF CESFAM Currarrehue/ Hospital Villarrica, (4) Médico CESFAM Jauregui

INTRODUCCIÓN: El Púrpura trombocitopénico trombótico (PTT) es un cuadro poco frecuente y de PRESENTACIÓN pleomórfica. Se caracteriza por anemia hemolítica microangiopática, grados variables de trombocitopenia, compromiso neurológico, fiebre y deterioro de la función renal, en ausencia de otra causa que lo explique. En Chile no hay estadísticas sobre su incidencia y su mortalidad sin tratamiento llega a un 90%. Dado el mal pronóstico de esta patología, no debe retrasarse el tratamiento. Es por esto que frente a una anemia hemolítica microangiopática sin causa evidente, deba iniciarse la plasmaféresis. **CASO CLÍNICO**: Mujer de 37 años con antecedentes de neuritis óptica, glaucoma y resistencia a la insulina. Consulta a servicio de urgencia por cuadro de cefalea frontal de moderada intensidad, que no cede a analgesia habitual, de 1 semana de evolución asociado a insomnio, náuseas y vómitos**.** Al examen se constatan equimosis espontaneas en extremidades inferiores, superiores y petequias, refiriendo la paciente que vienen apareciendo hace 15 días, sin trauma mediado. Al interrogatorio dirigido refiere caída de cabello, baja de peso de 12 kg en el último año, xerostomía, xeroftalmia, antecedente de úlcera ocular, fenómeno de Raynaud (+), poliartralgias de grandes articulaciones, fotosensibilidad de piel y probable antecedente de aborto. Niega metrorragias, gingivorragia, epistaxis, sangrado digestivo, o hematuria. En exámenes de ingreso destacaba: Plaquetas 6.000, Hemoglobina 9, Hto 21%, Leucocitos 12.010, 87% Neutrofilos.Test de Coombs Indirecto Negativo, Reticulocitos 12.91 %, Lactato Deshidrogenasa (LDH) 1329, PCR 1. Bilirrubina Total 5.42, Bilirrubina Indirecta 4.79, GOT 74 GPT 22. En el Frotis se evidenciaban plaquetas muy disminuidas y glóbulos rojos con esquistocitos 3-4 por campo. Con exámenes virológicos e inmunologicos negativos, se descarta Lupus eritematoso sistémico y se sospecha anemia hemolítica microangiopática secundaria a PTT. La paciente es evaluada por hematología indicando iniciar plasmaféresis diaria según hemograma y LDH. **CONCLUSIÓN:** Si bien la incidencia descrita de PTT en la literatura internacional es baja, es un cuadro, que dada su PRESENTACIÓN pleomórfica, hay que tener un alto grado de sospecha en pacientes que se presentan con anemia, trombocitopenia, evidencias de hemolisis y síntomas neurológicos. El diagnóstico definitivo se hace con evidencias de anemia hemolítica microangiopática y ausencia de diagnóstico alternativo.

HORAS MÉDICAS PÉRDIDAS EN EL CESFAM SAN FELIPE EL REAL DURANTE EL AÑO 2019

Jimena Cecilia Matallana Pastén (1), Katherine Torres Álvarez (2), Gustavo Espinoza Olguín (1)
(1) Médico EDF CESFAM San Felipe El Real, de San Felipe, (2) Médico EDF, CESFAM Eduardo Raggio,

INTRODUCCIÓN y OBJETIVOs: La Atención Primaria de Salud otorga prestaciones médicas, tales como exámenes preventivos, atenciones de morbilidad y controles de patologías crónicas. La asistencia del usuario es fundamental para garantizar el acceso oportuno a dichas prestaciones. Diferentes estudios en Chile han mostrado una pérdida de horas médicas en los diferentes niveles de alrededor del 19% anual, generando importantes costos asociados, además de limitar el acceso de otros pacientes. Cuando estas atenciones no se concretan los usuarios no sólo ven mermas en su salud a corto y largo plazo, sino que además aumenta la probabilidad de que acudan al nivel secundario o de causar congestión del servicio de urgencias, generándose un inadecuado uso de los dispositivos de la red asistencial. **El OBJETIVO**: de este estudio es realizar una descripción de las horas médicas pérdidas por inasistencias en el CESFAM San Felipe El Real durante el periodo enero-diciembre del año 2019. **MATERIAL Y MÉTODO**: La información para el estudio fue facilitada por el departamento de estadística del CESFAM San Felipe El Real, mediante registros en Excel, que contempló todas las atenciones médicas ofertadas, tanto con las asistencias como con las inasistencias, desde enero a diciembre del año 2019. La investigación fue mediante estadística descriptiva por medio de tablas dinámicas y herramientas de análisis de datos de Excel. La confidencialidad de los usuarios fue resguardada ya que están inscritos con códigos para fines estadísticos. Para los fines de este estudio se analizaron las horas pérdidas en relación con el total de horas ofertadas, y las horas pérdidas de cada uno de los programas de atención médica. **RESULTADOS y CONCLUSIONES:** El total de horas ofertadas fue 33.807, de las cuales 5.363 fueron no asistidas (16%) y 28.444 si asistidas (84%). Las tres prestaciones con más inasistencias fueron “Consulta de Morbilidad” con un 57% del total de horas pérdidas, seguido de “Control de Salud Mental” con un 11% y luego “Control Cardiovascular” con un 8%. El 69% del total de horas ofertadas fueron de morbilidad (23.327), y en relación con este número el 13% fueron pérdidas (3.057), las horas otorgadas para salud mental fueron el 5% del total (1.687) de las cuales el 35% (590) fueron pérdidas, mientas que en el caso de control cardiovascular estas fueron un 8,15% del total (2.755) de las cuales el 16% (490) fueron pérdidas. En CONCLUSIÓN, la mayor cantidad de horas entregadas son de morbilidad y con la mayor inasistencia del total de horas ofertadas. Para control de salud mental destaca que se ofertan pocas horas porcentualmente y se pierden una gran cantidad de atenciones. **DISCUSIÓN y COMENTARIOS:** Este estudio podría ser útil para obtener un perfil de aquellos usuarios con mayor probabilidad de ausentarse, para prevenir la pérdida de horas y sus costos asociados, como por ejemplo el contacto telefónico previo con el OBJETIVO de confirmar la hora o recalendarizarla. Al disminuir las inasistencias aumentaría la productividad médica y administrativa, y la experiencia de los usuarios que finalmente accederían a la prestación de salud que requieren.

FRECUENCIA DE ANOMALÍAS DENTOMAXILOFACIALES Y TRATAMIENTOS ORTODÓNCICOS INDICADOS EN PACIENTES DEL PROGRAMA CONDUCENTE AL TÍTULO PROFESIONAL DE ESPECIALISTA EN ORTODONCIA Y ORTOPEDIA DENTO MÁXILO FACIAL DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGÍA DE LA UNIVERSIDAD DE CHILE ENTRE LOS AÑOS 2016- 2020

Magdalena Matamala Peña (1), Constanza Vera Maturana (2), Cristian Vergara Nuñez (3)
(1) Odontóloga EDF Servicio Salud O´Higgins, Especialidad Ortodoncia Facultad de Odontologia Universidad de Chile
(2) Odontolóoga CESFAM Quinta Bella Recoleta, Especialidad Ortodoncia Facultad de Odontologia Universidad de Chile
(3) Ortodoncista, Profesor Asociado Especialidad Ortodoncia Facultad Odontologia Universidad de Chile

INTRODUCCIÓN y OBJETIVOS: Las anomalías dentomaxilofaciales (ADMF) corresponden a desviaciones de la normalidad de las relaciones espaciales de los dientes, y de éstas con los maxilares, las que se manifiestan clínicamente como maloclusiones. Encontramos maloclusiones en sentido transversal, vertical y sagital. En sentido transversal es frecuente encontrar mordida cruzada unilateral y mordida cruzada bilateral. En sentido vertical mordida abierta y mordida cubierta. En sentido sagital clases II y clases III esqueletales. **MATERIAL Y METODO:** Estudio descriptivo retrospectivo. Se uso como material de investigación fichas clínicas de 673 pacientes derivados al postítulo de ortodoncia durante los años 2016- 2020. Las variables a estudiar fueron: tipos de anomalía (Sagital: Clase II- Clase III esqueletal, Vertical: mordida abierta- cubierta, Transversal: Mordida cruzada unilateral, bilateral), supernumerarios, dientes retenidos, agenesias, tipos de tratamiento (ortopedia, ortodoncia, ortoquirúrgico). Se tabularon datos y se obtuvieron porcentajes para su análisis. **RESULTADOS:** La frecuencia de pacientes con anomalías sagitales fue 80%, anomalías transversales fue 14%, anomalías verticales 10%. La anomalía sagital de mayor prevalencia fue la clase II esqueletal con un 61%, seguido de clase III esqueletal con un 39%. Los supernumerarios con un 1%, agenesias 2% y dientes retenidos 3,6%. En cuanto al tratamiento la mayor frecuencia se encontró en el tratamiento de ortodoncia con un 72%, seguido de tratamiento de ortopedia 19% y tratamiento orto quirúrgico 5%. **CONCLUSIONES:** Las anomalías sagitales reportan la mayor frecuencia de ADMF, con un 80% del total, 61% corresponde a clase II esqueletal y 39%, a clase III esqueletal. El tratamiento de ortodoncia reporta la mayor frecuencia con un 72%.

TRATAMIENTO ORTOPÉDICO TEMPRANO DE MALOCLUSIÓN CLASE II ESQUELETAL CON ORTOPEDIA FUNCIONAL EN DOS ETAPAS; APARATO REMOVIBLE Y ACTIVADOR.

Magdalena Matamala Peña (1), Constanza Vera Maturana (2), Juan Valenzuela Salas
(1) Odontóloga EDF Servicio Salud O´Higgins, Especialidad Ortodoncia Facultad de Odontologia Universidad de Chile
(2) Odontóloga CESFAM Quinta Bella Recoleta, Especialidad Ortodoncia Facultad de Odontologia Universidad de Chile
(3) Ortodoncista, Director Especialidad Ortodoncia Facultad Odontologia Universidad de Chile

INTRODUCCIÓN y OBJETIVOS: El tratamiento temprano con aparatos funcionales en pacientes en crecimiento que presenten maloclusión clase II esqueletal con falta de DESARROLLO del tercio inferior y overjet aumentado, permite disminuir la incidencia de traumatismo dentoalveolar, estimular el avance sagital mandibular y obtener relaciones máxilo mandibulares favorables. **PRESENTACIÓN DEL CASO:** Paciente mujer, 10 años, estado de maduración CS3, Clase II Esqueletal por mandíbula retruída, braquifacial, perfil medio retroinclinado, rotación mandibular anterior, Falta DESARROLLO del tercio inferior. Dentición mixta primera fase. Dientes 1.1-2.1-2.2 en vestibuloinclinación. Discrepancia total superior -14mm. Compresión maxilar dentoalveolar. Curva de Spee derecha e izquierda aumentadas. Discrepancia total inferior -4mm. Líneas medias dentarias no coincidentes. Overbite 6mm. Overjet 11mm, distoclusión canina y molar bilateral. Se planifico una primera fase de tratamiento ortopédica en dos etapas, la primera con el OBJETIVO de realizar una expansión maxilar dentoalveolar con aparato removible con tornillo central y planos de altura, en el cual se hicieron ranuras para provocar un adelantamiento mandibular, favoreciendo la extrusión de zonas posteriores. La segunda etapa tuvo como OBJETIVO estimular un avance sagital mandibular mediante el uso de un activador funcional tipo andressen de clase II con conector rígido inferior con un protocolo de uso de 14 horas diarias por 6 meses. **DISCUSIÓN y CONCLUSIÓN:** El tratamiento temprano de una clase II esqueletal con ortopedia funcional en dos etapas tuvo como RESULTADOS una reducción del overjet, correcta relación transversal maxilar y sagital mandibular, por lo cual es efectivo y permite convertir una anomalía severa en una más simple.
COMENTARIOS: Es de vital importancia conocer por el equipo dental este tipo de anomalías para poder derivar de manera precoz al especialista y realizar un tratamiento de manera oportuna.

SÍNDROME LINFONODO MESENTÉRICO CAVITADO: UNA COMPLICACIÓN INFRECUENTE DE ENFERMEDAD CELÍACA.

Martín Gustavo Mayol Guzmán, María Ignacia Bobadilla Canales, Juan Diego Peña Cevallos,
Francisca Montserrat Müller Sandoval
Médicos EDF Hospital de Lebu.

INTRODUCCIÓN: Entre las complicaciones de la Enfermedad Celíaca (EC), el Síndrome de Linfonodo Mesentérico Cavitado (SLMC) es de las menos frecuentes. Su fisiopatología es secundaria a una permeabilidad alterada de la barrera intestinal exponiendo los linfonodos a antígenos, con el consecuente depósito de complejos autoinmunes en el endotelio, causando el daño isquémico. Ante la mortalidad que conlleva esta complicación, 50%, nos interesa presentar este caso para considerarlo como diagnóstico diferencial y otorgar un tratamiento precoz. **PRESENTACIÓN DEL CASO:** Paciente femenina, 49 años, antecedente de EC sin tratamiento. Consulta por cuadro de diarrea y fiebre. Exámenes de laboratorio destaca Leucocitos 12.220xmm3 y Proteína C Reactiva 154.9 mg/dl. Tomografía Computarizada de Abdomen-Pelvis (TC-AP): Hallazgos sugerentes de EC complicada con SLMC. Inician tratamiento antibiótico y una vez descartadas patologías infecciosas subyacentes se inicia corticoterapia. Es reevaluada con TC-AP en una semana: Signos de EC, resolución parcial de adenopatías mesentéricas, persistiendo algunas de carácter residual. Paciente presentada a equipo de cirugía para realizar biopsia de linfonodos, ante dificultad de procedimiento y desconocimiento del beneficio se decide no realizar. Paciente se mantuvo con tratamiento médico evolucionando favorablemente por lo que se indicó alta hospitalaria. **DISCUSIÓN:** El SLMC es una complicación de EC con elevada mortalidad, 50%, asociada a trastornos hidroelectrolíticos, complicaciones infecciosas y caquexia, lo que amerita una alta sospecha clínica en pacientes con una agudización de EC y escasa respuesta a la dieta sin gluten. **CONCLUSIÓN:** El SLMC es una complicación rara que se da en EC. Para su diagnóstico es esencial la TC-AP donde se observan adenopatías a nivel del meso yeyuno-ileal, con niveles líquido-grasa. El tratamiento se basa en dieta sin gluten y corticoterapia intensiva, que induce una cavitación de las adenopatías y reducción de su tamaño, signo patognomónico de SLMC.

PRESCRIPCIÓN POTENCIALMENTE INADECUADA DE GLIBENCLAMIDA EN EL ADULTO MAYOR.

Estefano Medina Ríos, Rodolfo Sepúlveda Astudillo, Víctor Rebolledo Muñoz
Médicos EDF CESFAM Dr. Amador Neghme

INTRODUCCIÓN y OBJETIVOS: La prescripción inadecuada de un medicamento implica introducir un riesgo significativo de efecto adverso, cuando existe una alternativa más segura de igual o superior efectividad. Este riesgo es especialmente relevante en adultos mayores, y distintos grupos de consenso como, Beers y STOPP-START, han establecido categorías de fármacos que deben evitarse. En este grupo adquiere gran relevancia la glibenclamida, considerando que es uno de los fármacos más prescritos en atención primaria y que en adultos mayores la prevalencia de diabetes alcanza un 30%. El OBJETIVO de este estudio fue caracterizar el grado de prescripción de glibenclamida en paciente diabéticos adultos mayores en un centro de salud primaria y los factores que influyen en su indicación, como efectos adversos, función renal y grado de control metabólico. **MATERIAL Y METODO:** Se analizó el informe de despacho de glibenclamida 5mg de pacientes diabéticos en control en nuestro centro, en un periodo de diciembre de 2020 a enero de 2021, considerando que la periocidad de despacho es cada 60 días. Se recabo información desde ficha clínica electrónica en relación a edad, sexo, vigencia de control médico cardiovascular el último año, prevalencia de dosis mayores a 10mg por día y caracterización de pacientes con registro de hipoglicemia, según su control metabólico estimado por HbA1c y función renal estimada según VFGe, calculada con la formula MDRD-4 IDMS. **RESULTADOS y CONCLUSIONES:** El número total de pacientes en el periodo analizado fueron 218. De éstos, 107 mayor o igual a 65 años e incluidos en el estudio, con un total de 60 mujeres (56%) y 47 hombres (43.9%). 63 pacientes contaban con control médico cardiovascular el último año (58.8%) y 22 sobrepasaban la dosis de 10 mg por día (20.5%). Respecto a la prevalencia de hipoglicemia, se objetivó su registro en ficha clínica electrónica en 11 pacientes (10.2%), con un promedio de HbA1c y VFGe de 7.1% y 67.6 ml/min, respectivamente. La prescripción de glibenclamida en adultos mayores se debe evitar y en caso de indicar, se deben implementar previamente estrategias con el personal médico que permitan en primera instancia educar sobre riesgos del medicamento, definir la dosis a utilizar, la meta de control metabólico individualizada y grado de función renal estimada. **DISCUSIÓN O COMENTARIOS:** Destaca un significativo subcontrol de la población posiblemente incrementado por el contexto sanitario de COVID19, una importante prevalencia de hipoglicemia probablemente con un subregistro asociado y la falta de asociación con factores relevantes como daño hepático, bajo peso y dependencia severa. Finalmente mencionar que glibenclamida continúa siendo la segunda línea de tratamiento para gran parte de pacientes sin acceso a costear alternativas más seguras y eficaces.

ACCIDENTE CEREBRO VASCULAR CEREBELOSO CRIPTOGÉNICO EN MUJER ADULTO JOVEN. ANÁLISIS DE UN CASO CLÍNICO.

Isaac Medina Aedo, Borja Carreño Marambio, Franco Valenzuela Canales,
Médicos EDF CESFAM Dr. Héctor García

INTRODUCCIÓN: El accidente cerebro vascular (ACV) es infrecuente en adultos jóvenes. Si bien el estudio etiológico establece generalmente la causalidad, en ocasiones se mantiene sin dilucidar, categorizándose como criptogénico.
CASO CLÍNICO: Mujer 28 años, autovalente. Sin antecedentes mórbidos. Tabaquismo activo (2 cigarrillos/día). Ginecoobstetricos: aborto espontáneo (hace 8 años). Usuaria anticonceptivo trimestral. Cursa episodio agudo de mareos, náuseas, vómitos, vértigo, e inestabilidad de la marcha. Acude a servicio de urgencias, donde diagnostican síndrome vertiginoso e indican manejo sintomático. 48 horas posterior persisten síntomas en concomitancia a parestesias en hemicuerpo izquierdo y cefalea holocránea. Reconsulta con neurólogo extrasistema, quien indica resonancia nuclear magnética cerebral, la cual informa lesiones subagudas de aspecto isquémico y secuelas crónicas cerebelosas, por lo que se deriva a hospitalización de manera urgente. A su ingreso: paresia facial izquierda central, Nistagmo horizontal izquierdo grado 1, Hipoestesia izquierda, dismetría, disdiadococinesia a izquierda, marcha con aumento en base de sustentación. Se decide hospitalización, estudiando caso con angiografía por tomografía computarizada de cuello, electrocardiograma, ecocardiograma (transtorácico y transesofágico), y laboratorio (función renal, perfil hepático, hemograma, pruebas de coagulación, electrolitos plasmáticos, VDRL y complemento); sin alteraciones. Tras 9 días, evoluciona favorablemente con regresión total de síntomas, dándose alta para completar estudio ambulatorio. Se realiza holter de ritmo (normal). En control ambulatorio al no demostrarse etiología evidente, es categorizado como ACV criptogénico. **CONCLUSIÓN:** La población general no está exenta de sufrir un ACV. Su PRESENTACIÓN clínica debe llevar siempre a sospecharlo. Un adecuado examen neurológico se presenta como una herramienta fundamental en urgencias. El diagnóstico de ACV criptogénico se realiza cuando una evaluación de causas probables no arroja RESULTADOS positivos. Sin embargo, el estudio etiológico debe siempre orientarse a las características individuales del paciente. En este caso un estudio dirigido al descarte de estados de hipercoagulabilidad podría haber resultado beneficioso.

CIRUGÍA MENOR: EXPERIENCIA DE 4 AÑOS EN UN CENTRO DE ATENCIÓN PRIMARIA.

Daniel Mella Sánchez (1), Paula Basaez Cuiñas (1), Herman Ahumada Piña (2), Francisco Báez Rojas (3)
(1) Médico EDF, CESFAM Alcalde Iván Manríquez Cuevas, (2) Ginecólogo, Hospital Claudio Vicuña,
(3) Cirujano, Escuela Medicina Universidad de Valparaíso

INTRODUCCIÓN: La Cirugía Menor, entendida como el conjunto de procedimientos sobre tejidos superficiales con escasas complicaciones, trae múltiples beneficios a la red de salud al aumentar la resolutividad de la Atención Primaria. **OBJETIVOS:** Describir el trabajo realizado en la Unidad de Cirugía Menor de la comuna de Quilpué, haciendo énfasis en las características epidemiológicas, lesiones más intervenidas, tipos de intervenciones quirúrgicas, complicaciones post-quirúrgicas y concordancia clínico-anatomopatológica. **MATERIAL Y METODO:** Estudio descriptivo e inferencial retrospectivo de las intervenciones realizadas en la Unidad de Cirugía Menor durante los años 2017 a 2020. **RESULTADOS:** Durante el período definido se analizaron un total de 714 procedimientos. La edad promedio de los usuarios fue de 52 años con predominio femenino. Un 41,88% eran hipertensos, un 15,69% diabéticos, un 16,53% obesos y un 19,47% usuarios de aspirina. La lesión más frecuente fue el fibroma blando, la intervención más común fue la electrocirugía, la localización más usual fue cabeza y cuello. Existieron 20 casos de complicaciones post-quirúrgicas que no se relacionaron significativamente con comorbilidades, edad o uso de aspirina. 66% de las muestras se enviaron a biopsia, donde hubo un 85% de concordancia clínico-anatomopatológica. Una lesión biopsiada resultó ser neoplásica con bordes libres. **DISCUSIÓN:** Analizando los datos se objetivó el cumplimiento de indicadores de calidad, donde se estableció que el envío de muestras para estudio histológico estuvo entre el 60 a 80% y el estudio de concordancia entre los diagnósticos clínicos-anatomopatológicos estuvo entre el 55 a 86%, ambos rangos descritos en la literatura. Además, solo un 2.8% de todos los casos presentó alguna complicación, siendo inferior a la tasa de complicaciones estándar descrita de 5%. **CONCLUSIÓN:** La cirugía menor en atención primaria es una actividad costo-efectiva; disminuye la carga asistencial de centros de mayor complejidad y otorga al usuario mayor accesibilidad a un diagnóstico y tratamiento temprano.

MANEJO QUIRÚRGICO DE ONICOCRIPTOSIS MÚLTIPLE DEL PIE EN UNIDAD DE CIRUGÍA MENOR DE ATENCIÓN PRIMARIA

Daniel Mella Sánchez (1), Paula Basaez Cuiñas (1), Pablo Álvarez Reyes (2)
(1) Médico EDF, CESFAM Alcalde Iván Manríquez Cuevas, (2) Médico, Universidad de Valparaíso

INTRODUCCIÓN: La onicocriptosis se produce cuando el borde de la lámina ungueal penetra la dermis periungueal, se puede asociar a procesos inflamatorios e infecciosos que cronifican si no son tratados oportunamente. Afecta al 2.5 - 5 % de la población general y se relaciona con múltiples factores desencadenantes como predisponentes. La onicocriptosis del pie es común en el primer ortejo (70%), siendo infrecuente el compromiso simultáneo de varios dedos. El manejo depende de la etapa de la enfermedad, dónde enfoques conservadores son adoptados en etapas tempranas, mientras que el manejo quirúrgico es requerido en cuadros más graves. **CASO CLÍNICO:** Paciente de 41 años con antecedentes de hipertensión y obesidad consultó en la unidad de cirugía menor del CESFAM Alcalde Iván Manríquez, por cuadro de 6 meses de onicocriptosis múltiple con afección de bordes periungueales mediales y laterales del primer, segundo y tercer ortejo derecho secundario a traumatismo deportivo. Evolucionó con episodios infecciosos recidivantes refractarios a medidas conservadoras, más formación de granulomas en borde medial y lateral del primer ortejo y en el borde periungueal medial del tercero. Además, se generó hipertrofia del tejido periungueal del primer ortejo **(Fig.1).** Se decidió manejo quirúrgico utilizando técnica de Winogard en todos los bordes periungueales de los ortejos afectados junto con técnica de Dubois en el ortejo mayor para corregir la hipertrofia periungueal. Evolucionó favorablemente sin complicaciones ni recidivas a los 3 años de seguimiento **(Fig.2). DISCUSIÓN:** La onicocriptosis es una enfermedad de gran demanda y alta resolutividad en APS. Se consideró manejo con técnica de Winograd, con buen resultado estético, a pesar que la literatura recomienda matricectomía química con fenol, sin embargo, aún faltan estudios para dilucidar la técnica quirúrgica ideal. Por lo que la elección del tipo de procedimiento depende de múltiples factores (experticia del cirujano, recursos disponibles, entre otros).

Fig.1

Fig.2

PREVALENCIA DE POLIFARMACIA EN PACIENTES DEPENDIENTES SEVEROS MAYORES DE 65 AÑOS EN HOSPITAL INTERCULTURAL KALLVU LLANKA DURANTE EL AÑO 2020.

Patricio Mellado Vigueras, Romina González Villanueva, Nicolás Chomalí Esparza
Médicos EDF, Hospital Intercultural Kallvu Llanka

INTRODUCCIÓN: La población adulta mayor (AM) en chile ha aumentado de forma sostenida en las últimas décadas, junto con la incidencia de estados de fragilidad transitorios y perdida de funcionalidad permanente, siendo la dependencia severa una condición de salud frecuente en atención primaria. Además, presentan un alto número de enfermedades crónicas y cantidad de fármacos prescritos, lo que aumenta las reacciones adversas e interacciones medicamentosas. La polifarmacia (según OMS, el uso de 3 o más fármacos) es un síndrome geriátrico establecido, frecuente y potencialmente modificable Existen pocos datos al respecto, siendo el OBJETIVO de este trabajo cuantificar la prevalencia de la condición en la población OBJETIVO. **MATERIAL Y METODO:** Estudio de tipo descriptivo de prevalencia. Se seleccionó del universo de pacientes dependientes severos mayores de 65 años del hospital Intercultural Kallvu Llanka una muestra aleatoria de 55 adultos mayores, con control y prescripción médica actualizada durante el año 2020. Se realizó una descripción de sexo y edad de cada usuario, acompañado de la prescripción médica desde el Sistema Rayen APS con el tipo y numero de fármacos. El análisis estadístico se realizó en la Plataforma STATA v14 y Excel. **RESULTADO Y CONCLUSIONES:** Se observaron un total de 55 (31%) usuarios de 172 personas del programa dependencia severa. La distribución por sexo fue de 23 (41%) hombres y 32 (59%) mujeres. La edad promedio fue de 82 años (DS ± 7 años). El número de fármacos (NFAR) promedio prescrito fue de 7.7 (DS ± 3,17). Se observó un 92,73% usuarios con 3 o más fármacos (polifarmacia) y un 81,82% con 5 o más fármacos (polifarmacia excesiva). Según patología médica asociada con el fármaco prescrito, se obtuvieron estos porcentajes de usuarios con la condición y numero de fármacos promedios (NF%): Coxoartrosis 45,4% NF% 2,36; Hipertensión 76,3% NF% 2,09; Diabetes Mellitus II 30,01% NF% 1,11; Dislipidemia 63,6% NF% 1; Hipotiroidismo 9,09% NF% 1; Demencia 21,82% NF% 1,91; Epilepsia 14,55% NF% 1,12, Limitación crónica del Flujo aéreo 12,73% NF% 1,72; Salud mental 58.18% NF% 1,43, Otros 85% NF% 2,21; Enfermedad de Parkinson 5,45% NF% 1,66, Tratamiento anticoagulante 7,2% NF% 1. **DISCUSIÓN:** Los datos indican que la polifarmacia en el adulto mayor es frecuente. Se estima que usuarios que utilizan 7 o más fármacos por día el riesgo de reacciones adversas a medicamentos aumenta hasta un 82%. Tras el diagnóstico su abordaje necesariamente debe ser multidimensional (algo inherente a la valorización geriátrica integral) lo que, debido a la anamnesis dificultosa y dependencia de cuidados en un tercero, representa un desafío médico. Creemos necesario continuar la línea de investigación en adultos mayores con menor disfuncionalidad, con un enfoque preventivo e instaurando herramientas validadas (como criterios STOPP/START) para su manejo.

RETENCION URINARIA AGUDA MEDICAMENTOSA EN PACIENTE ADULTO MAYOR

Patricio Mellado Vigueras, Romina González Villanueva, Sebastian Blackburn Bersezio,
Médicos EDF, Hospital Intercultural Kallvu Llanka

INTRODUCCIÓN: La retención urinaria aguda (RAO) es la incapacidad repentina de orinar voluntariamente, es la urgencia urológica más frecuente, el 10% de los hombres de 70 años y el 33% de los 80 años tendrán algún episodio de RAO. Se clasifica en espontanea -curso natural hiperplasia prostática benigna (HPB)- y precipitada. Su causa medicamentosa se estima en un 2% (por anticolinérgicos, betamiméticos, psicofármacos, etc.) y posee escasa bibliografía científica. El paciente adulto mayor es especialmente sensible a reacciones adversas a medicamentos y frecuentemente presenta síntomas relacionados al sistema nervioso autónomo. **CASO CLÍNICO**: Paciente adulto mayor masculino 70 años con antecedentes de HPB en tratamiento médico (tamsolusina), adherente a medicación, tras 2 días de síndrome diarreico y dolor abdominal cólico difuso asociado a consumo automedicado de "*Dolospam*" (Atropina Sulfato 0,50 mg, Papaverina clorhidrato 40 mg) refiere inicio agudo de disminución volumen miccional hasta detención, cambio a dolor cólico hipogástrico constante e irritabilidad. Examen físico concordante con globo vesical, se realiza cateterismo urinario con sonda Foley 22 Fr con salida de orina clara. Laboratorio con uroanálisis, bioquímico y hemograma normales. Se decide mantener tamsolusina y cateterismo, suspender medicamento (*Dolospam*) y control 7 días. Tras retiro sonda Foley paciente evoluciona sin complicaciones. Se interpreta como RAO secundario a anticolinérgico. **CONCLUSIÓN**: La anamnesis de adultos mayores con ROC aguda necesariamente debe considerar tanto la historia de medicamentos crónicos como la posibilidad de ingesta de nuevos medicamentos autoadministrados. La población geriátrica debido a cambios fisiólogos propios del envejecimiento y en especial, a la polifarmacia, es frecuentemente afectada por reacciones adversas a medicamentos. Se hace necesario añadir al enfoque empirista de prescripción medica en el adulto mayor, una adecuada evaluación previa de la potencia anticolinérgica y la posibilidad de reacciones adversas.

MENINGITIS TUBERCULOSA, A PROPÓSITO DE UN CASO.

Patricio Mellado Vigueras, Romina González Villanueva, Rodrigo Santamaria González
Médicos EDF, Hospital Intercultural Kallvu Llanka

INTRODUCCIÓN: La tuberculosis (TBC) es una enfermedad producida por el bacilo Mycobacterium Tuberculosis, su PRESENTACIÓN pulmonar es la más frecuente, sin embargo, puede afectar a cualquier órgano del cuerpo. A pesar de los esfuerzos de erradicarla se observa un mayor crecimiento de la tasa de incidencia, especialmente en el grupo de hombres de 25-34 años (16,5 x10.000 habitantes). **CASO CLÍNICO**: Paciente masculino, 32 años, sin antecedentes mórbidos. Consulta en julio 2020 por cuadro de desorientación y agitación psicomotora de instalación subaguda, siendo referido a centro de referencia por encefalitis. Se ingresa a UTI por alteración de conciencia e inicia estudio con punción lumbar positiva (+) para Mycobacterium Tuberculosis. Inicia tratamiento por meningitis, evolucionando tórpidamente con elevación de transaminasas, descenso del nivel de conciencia y focalidad neurológica (hemiparesia faciobraquiocrural izquierda); resonancia nuclear mangnetica concordante con infarto de tronco cerebral y mesencéfalo derecho (sugerente de vasculitis por TBC). Se comienzan medidas de neuroprotección y ajusta tratamiento antituberculoso. Por distrés respiratorio, y neumonía asociada a la atención de salud, es intubado para manejo en UCI con tratamiento antibiótico amplio espectro. TAC tórax con múltiples micronódulos centrolobulillares bilaterales, algunos cavitados, compatible con TBC primaria con diseminación milliar asociado a lavado bronco alveolar (+) para M. Tuberculosis. Reevaluado por neurología, con pronóstico neurológico ominoso. Se decide traslado a centro de menor complejidad para completar manejo con limitación del esfuerzo terapéutico. Paciente ingresa a programa de dependencia severa domiciliaria, falleciendo 4 meses posterior al diagnóstico. **CONCLUSIÓN**: La tuberculosis es una enfermedad con clínica muy variable y, según su evolución y órgano afectado, asociada a una morbimortabilidad elevada. Debido a la su alta prevalencia en personas jóvenes y dificultad en el tratamiento de complicaciones, se hace necesario su abordaje desde la prevención y pesquisa oportuna.

ERITEMA NODOSO, A PROPÓSITO DE UN CASO

Claudia Menares Koppe (1), Nataly Meza Martínez (1), Domingo Zamora Salazar (1), María Sulbaran Bencomo (2)
(1) Médicos EDF, CESFAM Santa Anselma, (2) Médica CESFAM Santa Anselma

INTRODUCCIÓN: El eritema nodoso es la variante mas frecuente de paniculitis. Se manifiesta como nódulos y placas solevantadas, eritematosas, calientes y dolorosas, localizadas por lo general en la zona pretibial y con una distribución simétrica. Es un proceso reactivo cutáneo que puede desencadenarse por una amplia variedad de estímulos como infecciones, enfermedades inflamatorias, autoinmunes, fármacos, embarazo, neoplasias o idiopático. **CASO CLÍNICO:** Paciente de sexo femenino de 37 años con antecedente de obesidad y usuaria de anticonceptivos orales. Presenta cuadro de 3 semanas de evolución caracterizado por eritema brillante con bordes delimitados de 3 cm que inicia en zona posterior de muslo derecho asociado a aumento de calor local, dolor y prurito. En primera consulta de APS se maneja como dermatitis de contacto y se indica tratamiento con antihistamínicos y corticoides tópicos sin respuesta. En una segunda consulta se sospecha cuadro infeccioso por lo que se indica tratamiento antibiótico con cloxacilina, sin embargo, cuadro persiste. Al examen físico destacan nódulos eritematosos ahora con tono violáceo en ambas extremidades inferiores en zona pretibial de 4 y 5 cm. Al interrogatorio dirigido paciente refiere poli artralgias y astenia. Tiene exámenes de laboratorios normales que solo destacan VHS 26. Por cuadro clínico se sospecha eritema nodoso sin etiología clara y se inicia tratamiento con reposo, elevación de extremidades, frio local y AINES. **RESULTADOS**: Paciente consulta con dermatólogo particular quien realiza biopsia de lesiones y se confirma diagnóstico de eritema nodoso (idiopático), indicando tratamiento con prednisona 20 mg cada 12 horas por 10 días, con disminución paulatina de dosis hasta suspensión. Cuadro remite sin secuelas ni cicatrices. **DISCUSIÓN y CONCLUSIONES**: La incidencia del eritema nodoso es variable, siendo más frecuente en mujeres entre 20 a 40 años y predomina su aparición al término del invierno y primavera. Si bien su etiología puede ser multifactorial, entre el 30 a 50% es de causa idiopática. Se considera una lesión benigna desde el punto de vista dermatológico, ya que evoluciona en varias semanas hacia la curación, sin ulcerarse ni dejar cicatriz y la recurrencia es infrecuente. El diagnóstico es principalmente clínico y puede confirmarse con biopsia. El tratamiento es sintomático y el uso de corticoides sistémicos se utiliza solo en casos refractarios. El caso que se presenta concuerda con la bibliografía publicada al ser una mujer de 37 años que inicia su cuadro en primavera, presentando las lesiones y localizaciones clásicas. Si bien se catalogó como idiopático, se podría plantear como factor gatillante el uso de anticonceptivos orales. Es fundamental en APS considerar este diagnóstico como diferencial de infecciones cutáneas y así evitar el uso incorrecto de antibióticos y no generar resistencia a ellos.

ESCOMBROIDOSIS, ENTIDAD FRECUENTE Y POCO RECONOCIDA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS.

Aníbal Méndez Valdés (1), Daniela Henríquez Torres (1), Xiomara Defaz Nogales (2), Paz Chávez Rojas (1),
(1) Médico EDF, Hospital Dr. Benjamín Pedreros de Chanco, (2) Médico, Hospital Dr. Benjamín Pedreros de Chanco.

INTRODUCCIÓN y OBJETIVOS: Durante el mes de febrero, es común la llegada de cardúmenes de sardinas a las costas de la región del Maule, seguidas por sus depredadores -peces más grandes como jureles o merluzas-, aumentando el consumo de éstos en la población. Existen patologías relacionadas al consumo de este tipo de pescado, donde se incluye un tipo de intoxicación alimentaria llamada escombroidosis. El **OBJETIVO** del presente trabajo es realizar una exposición de casos y revisión bibliográfica acerca de esta patología, para facilitar su diagnóstico y manejo en el servicio de urgencias. **MATERIAL Y METODO:** Se presenta análisis clínico descriptivo de 3 casos clínicos de pacientes atendidos en el servicio de urgencias del Hospital Benjamín Pedreros, con cuadro clínico compatible con escombroidosis en relación con el consumo de jurel durante el mes de febrero del 2021. Se realiza además una revisión de la literatura utilizando bibliografía mediante la búsqueda en los motores PubMed y Epistemonikos. **RESULTADOS y CONCLUSIONES:** La escombroidosis es un tipo de intoxicación alimentaria frecuente, que se debe al consumo de carne de pescado con altos niveles de histamina, producto de fenómenos de descomposición de pescados de la familia *scombroide*. Las manifestaciones clínicas simulan una reacción anafiláctica en pacientes sin antecedentes personales de alergias alimentarias, que han consumido este tipo de pescado sin un proceso de refrigeración adecuada. Tiende a presentarse como un cuadro muy florido, pero los síntomas tienden a ser leves y autolimitados. Hay poca información en relación al manejo de la patología, pero en general se recomiendan antihistamínicos para el alivio de los síntomas, reservando el uso de adrenalina solo en casos severos con compromiso hemodinámico. **DISCUSIÓN y COMENTARIOS:** Es importante para los médicos de urgencias, sobre todo en regiones costeras, tener conocimiento sobre la existencia de esta enfermedad por su frecuencia, importancia epidemiológica y curso clínico autolimitado. De esta manera, realizar de forma adecuada la educación y tratamiento sintomático de los pacientes, evitando sobre intervenirlos.

TELANGIECTASIA RETINIANA (ENFERMEDAD DE COATS): REPORTE DE UN CASO.

Daniela Méndez Mardones (1), Camila Mora Concha (2), Gonzalo Meneses Caroca (3)
(1) Médico EDF CESFAM de Chonchi, (2) Médico EDF, CESFAM Quillahue, (3) Médico EDF Hospital de Achao

INTRODUCCIÓN: La enfermedad de Coats es un trastorno del DESARROLLO vascular de la retina en el que existen áreas de telangiectasia; su etiología y patogenia son desconocidas, no existiendo evidencias de componente genético, inflamatorio o vasooclusivo que la produzcan. Es una enfermedad infrecuente, su incidencia anual es menor a 1 por 1.000.000 de habitantes siendo habitualmente unilateral y en el 69 al 80% de los casos afecta al sexo masculino. Clínicamente se puede presentar como disminución de agudeza visual, leucocoria, estrabismo o bien puede ser asintomático hasta estadíos avanzados. Al fondo de ojo se aprecian vasos telangiectásicos con dilataciones aneurismáticas que pueden estar presentes en algunos o en todos los vasos retinianos, tanto en la periferia como en el polo posterior, siendo el cuadrante inferotemporal de la retina la zona más afectada. Estos vasos no poseen la barrera hematorretiniana normal produciéndose exudación masiva de lípidos en el espacio intra y subrretiniano que puede llevar a desprendimiento de retina exudativo. **PRESENTACIÓN DEL CASO**: Paciente de sexo femenino de 6 años sin antecedentes mórbidos previos durante operativo oftalmológico de screening en su colegio se pesquisa disminución de agudeza visual importante en ojo izquierdo por lo que es referida a oftalmólogo. Ante alteraciones en fondo de ojo se solicita angiografía en octubre de 2016 que muestra un desprendimiento exudativo de la retina tanto en sector inferior como en sectores superiores, lo que se confirma con la presencia de exudación en sectores superiores periféricos de la retina y compromiso de la macula con exudación masiva severa. Con esta información es derivada a retinólogo que a su vez solicita topografía de coherencia óptica y angiofluoreceinografia, exámenes que muestran una elevación importante de la macula asociado a tortuosidad vascular acentuada periféricas temporales e inferiores con filtración de fluoresceína típicas de la enfermedad de Coats. Se decide manejo mixto con crioterapia, láser y Bevacizumab intraocular en enero de 2017 sin embargo no hubo respuesta por lo que se practican 2 sesiones adicionales. En mayo de 2017 angiografía con contraste de control reveló disminución del desprendimiento de retina hasta lograr una aplicación completa de ésta y disminución de exudados. Actualmente la paciente se encuentra estable, sin progreso de su enfermedad goza de una agudeza visual aceptable que le permite llevar una vida normal, utiliza lentes y mantiene controles anuales con subespecialista. **CONCLUSIÓN:** La enfermedad de Coats es una enfermedad crónica, progresiva y frecuentemente unilateral, es una entidad poco frecuente por lo que la sospecha clínica debe ser alta para poder tratar a tiempo ya que al intervenir de forma precoz se puede evitar el desprendimiento de retina completo que puede llevar a la ceguera total y enucleación adquirida en algunos casos.

TUMOR DE CÉLULAS GIGANTES ASOCIADO A FRACTURA PROXIMAL DE FÉMUR: A PROPÓSITO DE UN CASO.

Rodrigo Mendibure Valdés (1), Freddy Chacón Chacón (2), Joaquín Collao Collao (2)
(1) Médico EDF Hospital de Mulchén, (2) Médico EDF Hospital de Huépil

INTRODUCCIÓN: Los Tumores de Células Gigantes (TCG) son tumores benignos, encontrados típicamente en la metáfisis de huesos largos. Tienen un potencial comportamiento agresivo y con capacidad de metastatizar. Su principal síntoma es el dolor, que puede manifestarse con la actividad y/o en reposo. Aunque son poco letales, pueden asociarse a alteraciones de la estructura local del hueso y generar patología en los lugares periarticulares asociados. Su incidencia es de 1.7 por millón de habitantes y es más común en mujeres entre 30 y 50 años. **CASO CLÍNICO**: Paciente femenina de 53 años de edad, consulta en reiteradas ocasiones en Servicio de Urgencia de un hospital de baja complejidad por coxalgia derecha sin trauma asociado. En el estudio radiográfico primario, se observan signos de coxartrosis derecha y recibe tratamiento sintomático. Luego de 11 días, presenta a la marcha un dolor súbito en la cadera derecha con caída a nivel e impotencia funcional. Al estudio radiográfico, se observa fractura de cuello femoral asociado a signos osteoporóticos, el TC se observa masa tumoral en fémur proximal derecho. Se complementa estudio con Resonancia Magnética que evidencia masa tumoral de aproximadamente 6.5cm x 5.5cm en cabeza femoral derecha. Estudio de etapificación negativo. Se realizó resección total de la lesión y artroplastia reconstructiva posterior. Paciente evolucionó de manera favorable con controles de seguimiento. **CONCLUSIÓN**: La etiología de las fracturas de fémur, está estrechamente relacionada con la edad de los pacientes y el mecanismo de lesión. Cuando se presenta en pacientes jóvenes sin historia de trauma de alta energía, es necesario considerar los tumores como diagnóstico diferencial y poner énfasis en los estudios disponibles, además de buscar signos radiográficos que sugieran y permitan sospechar patología neoplásica.

ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE RESULTADO DE BIOPSIAS DE LESIONES RESECADAS EN CIRUGÍA MENOR, EN EL HOSPITAL COMUNITARIO DE HUASCO DURANTE EL AÑO 2018.

María José Mendoza Ibacache, Florencia Bustos Ramírez, Monserrat Merino Díaz
Médico EDF, Hospital de Huasco

INTRODUCCIÓN: La cirugía menor (CM) en hospitales comunitarios o en atención primaria es una herramienta importante para descongestionar los establecimientos de mayor complejidad, con el fin confirmar o descartar de forma más rápida lesiones sospechosas de malignidad, y además tratar otras patologías benignas frecuentes de la población. **OBJETIVOS:** Categorizar según diagnóstico, los RESULTADOS de las biopsias de lesiones resecadas en cirugía menor en el Hospital Manuel Magalhaes Medling de Huasco. **MATERIAL Y METODO:** Revisión de libro de procedimientos de CM. Recopilación de datos de pacientes con biopsias durante el año 2018. Revisión de fichas de pacientes a los que se les realizó biopsia. Trabajo descriptivo retrospectivo de los RESULTADOS de biopsias de lesiones resecadas en CM realizadas en pabellón de Hospital comunitario de Huasco. **RESULTADOS:** Durante el año 2018 se registraron un total de 289 cirugías menores y se tomaron 77 muestras para biopsia. De ellas, un 22.1% (n=17) correspondieron a Queratosis seborreica, 16.9% (n=13) a nevo melanocítico dérmico tuberoso, 9% (n=7) a nevo melanocítico dérmico, 9% (n=7) a Quiste queratínico dérmico, un 5.2% (n=4) a nevo melanocítico dérmico papilomatoso, 3.9% (n=3) a Fibroma blando, 3.9% (n=3) a Papiloma córneo, 3.9% (n=3) a Acrocordón, 2.6% (n=2) a Angiofibroma dérmico, 2.6% (n=2) a Granuloma telangectásico, , 2.6% (n=2) a Hemangioma cavernoso, 1.3% (n=1) a Nevo rubí, 1.3% (n=1) a Neoplasia fibrohistiocitaria dérmica, 1.3% (n=1) a Fibroma dérmico, 1.3% (n=1) a Angioma rubí, 1.3% (n=1) a Nevo azul dérmico, 1.3% (n=1) a Granuloma piogénico, 1.3% (n=1) a Hemangioendotelioma dérmico, 1.3% (n=1) a Nevo melanocítico dérmico piloso, 1.3% (n=1) a Leiomioma dérmico, 1.3% (n=1) a Hemangioma capilar dérmico, 1.3% (n=1) a Hiperplasia sebácea dérmica, 1.3% (n=1) a Nevo melanocítico dérmico verrucoso, 1.3% (n=1) a Dermatofibroma y 1.3% (n=1) a Queratosis benigna. **DISCUSIÓN:** Se observa que el 100% de las lesiones biopsiadas resultaron ser benignas. De ellas, las más frecuentes fueron las Queratosis seborreicas, nevo melanocítico dérmico tuberoso, nevo melanocítico dérmico y quiste queratínico dérmico. **CONCLUSIÓN:** Debido al constante requerimiento de pacientes con lesiones sospechosas de malignidad que requieren biopsia, la implementación de pabellones de cirugía menor en atención primaria ha sido de gran importancia para disminuir el tiempo de espera para acceder a dichos procedimientos. El tener alto grado de sospecha de lesiones malignas de la piel, y poder acceder con rapidez a la biopsia de la lesión se traduce en la optimización de interconsultas al especialista, reduciendo así las listas de espera, y agilizando el diagnóstico y tratamiento del paciente.

SALMONELOSIS COMO CAUSA DE UNA ENFERMEDAD DE TRANSMISIÓN ALIMENTARIA (ETA) EN LOCALIDAD DE HUASCO MARZO 2019.

María José Mendoza Ibacache, Florencia Bustos Ramírez, Monserrat Merino Díaz,
Médicos EDF Hospital de Huasco

INTRODUCCIÓN: Las Enfermedades de Transmisión Alimentaria (ETA) son episodios epidemiológicos de notificación obligatoria e inmediata a las unidades de epidemiologias de cada Servicio de Salud. Salmonella es el agente etiológico de la salmonelosis, ETA que anualmente origina millones de casos en el mundo. Si bien su incidencia ha ido disminuyendo con el tiempo gracias a las medidas sanitarias, sigue siendo causa de síndrome diarreicos febriles, por lo que siempre se debe tomar en cuenta frente a estos pacientes, para así evitar diseminación del patógeno en la comunidad, identificando la fuente de origen. **OBJETIVOS:** Presentar una serie de casos en brote de Salmonella ocurrido en marzo 2019 en la ciudad de Huasco. **MATERIAL Y METODO:** Se realiza una revisión de ficha clínica de los 5 casos del brote, incluyendo exámenes de laboratorio y cultivos. Análisis Estadístico en Microsoft Excel. **RESULTADOS:** Los 5 casos iniciaron síntomas entre las 16-24 hr del consumo del alimento sospechoso, el cual resulto ser carne mechada en una cafetería de la ciudad, todos consumieron en un lapso de 2 horas. El 100% de los casos consulto en el Servicio de urgencias, un 60% en 2 oportunidades. 60 % de los casos requirió de ser hospitalizado por deshidratación severa, 1 caso requirió derivación a centro secundario por inicio de falla renal prerrenal. Los exámenes en los 5 casos demostraron leucocitosis entre 14000 y 21000, con PCR sobre 250. A los 5 casos se les tomo coprocultivo, con 100% de RESULTADOS positivos a Salmonella spp. Los 4 casos manejados localmente fueron tratados con ciprofloxacino por 10 días, con buena evolución al control post tratamiento. El caso derivado también evoluciono favorablemente con más días de hospitalización e hidratación agresiva, revirtiendo la uremia y creatininemia elevadas inicialmente. **DISCUSIÓN:** Los casos se presentaron en nuestro servicio de urgencias en un periodo de 48 hr, siendo hospitalizado primero el caso que evoluciono de mayor gravedad, con diagnostico Gastroenteritis Febril, ya que no quedaba claro la etiología del caso. Pese a una anamnesis remota detallada desde el punto de vista epidemiológico, no fue hasta la presencia del tercer caso con mismo cuadro clínico, que se pudo hacer el nexo epidemiológico, realizando comunicación inmediata con la Seremi de Salud, la cual pudo manejar el brote, y se evitó que aumentaran los casos. **CONCLUSIÓN:** La Salmonella sigue siendo un agente etiológico a tener en mente frente a diarreas severas febriles, se deben considerar como alimentos sospechosos no solo huevos o productos avícolas, si no también carne en mal estado o con pérdida de cadena de frio.

PARÁLISIS DEL SÁBADO POR LA NOCHE EN ISLA MEULÍN: REPORTE DE UN CASO

Gonzalo Meneses Caroca (1), Camila Mora Concha (2), Ignacio Flores Soto (3)
(1) Médico EDF, Hospital de Achao, (2) Médico EDF, CESFAM Quillahue, (3) Médico EDF Hospital de Queilen.

INTRODUCCIÓN: La denominada “parálisis del sábado por la noche” se define dentro de las neuropatías producidas por compresión de un nervio al atravesar un canal específico. En este caso, corresponde a la compresión directa y prolongada del nervio radial a nivel axilar o en la región media y superior del brazo. Es un cuadro relativamente común, reportándose una incidencia de 2,97 por 100.000 hombres y 1,42 por 100.000 mujeres y es la cuarta neuropatía más común en Estados Unidos. El término “parálisis del sábado por la noche” hace referencia a que este trastorno ocurre con frecuencia en individuos en estado de ebriedad, que luego de un período prolongado de inmovilización, pueden cursar con compresión nerviosa.
CASO CLÍNICO: Paciente masculino de 22 años, oriundo de Isla de Meulín, con antecedentes mórbidos de tabaquismo activo, consulta por presentar cuadro de 6 horas de evolución de imposibilidad de mover adecuadamente la mano izquierda, asociado a dolor y parestesias que iniciaron al despertar. Al examen físico destaca mano izquierda caída (en gota), con imposibilidad de extensión completa de los dedos, imposibilidad de flexión dorsal y compromiso sensitivo del dorso de la mano. Sin otra focalidad neurológica. Se sospecha síndrome de compresión de nervio radial, por lo que al interrogar por mayores antecedentes relata que noche previa, por velorio, tras consumir abundante alcohol y comida, durmió en una banca con el brazo izquierdo colgando sobre el borde. Por protocolo accidente cerebrovascular paciente debió ser derivado por Cincinnati 1 para scanner de cerebro, sin embargo, aquel día se encontraba puerto cerrado y su evacuación sería extremadamente difícil. Por clínica sugerente se decide manejar como compresión nervio radial *(síndrome de sábado por la noche)* con analgesia y se improvisa órtesis para mantener mano extendida. Paciente presenta lenta recuperación con manejo kinésico y órtesis más apropiada realizada en Hospital de Achao. Es evaluado finalmente por neurología quienes confirman diagnóstico e indican continuar con rehabilitación. Paciente logra recuperación total de la movilidad de extremidad comprometida a los 7 meses del incidente. **DISCUSIÓN:** La neuropatía radial por compresión es un trastorno frecuente que puede observarse en la práctica habitual. El diagnóstico es clínico, por lo que es de gran importancia su reconocimiento inicial para diferenciarla de otras patologías relevantes como el accidente vascular encefálico. La clínica se caracteriza por parestesias, dolor y entumecimiento de la extremidad afectada, asociada a una caída de la muñeca debido a la pérdida de la función del músculo extensor inervado por el nervio radial. En la mayoría de los casos no se necesita una electromiografía, pero su uso es útil para evaluar el grado de afectación, lo que determinará el pronóstico. Según el grado de compromiso la recuperación puede ser espontánea, o bien, prolongada en el tiempo como en este caso.

TRASTORNO PSICÓTICO COMPARTIDO EN UNA ISLA DE CHILOÉ: REPORTE DE UN CASO

Gonzalo Meneses Caroca (1), Camila Mora Concha (2), Daniela Méndez Mardones (3)
(1) Médico EDF, Hospital de Achao, (2) Médico EDF, CESFAM Quillahue, (3) Médico EDF, CESFAM Chonchi

INTRODUCCIÓN: El archipiélago de Chiloé destaca por poseer una cultura religiosa compleja a raíz del aislamiento en que se desenvolvió la sociedad. Se caracteriza por un arraigo religioso importante, mezclado con creencias místicas que aún son parte del colectivo chilote. El trastorno psicótico compartido *(Folie à deux)* es un desorden mental poco habitual caracterizado por compartir un delirio específico entre dos o más personas que están en una relación cercana. El caso índice (inductor) presenta delirios que influyen en un individuo o más (receptor) sobre una creencia específica. Más del 95% de los casos ocurren entre miembros de la misma familia. A continuación, se reporta el caso de trastorno psicótico compartido en la isla de Meulín. **CASO CLÍNICO:** Paciente masculino de 25 años, sin antecedentes médicos previos, fue evaluado en domicilio por comportamiento errático que inició en contexto de rezos durante el funeral de familiar cercano. Familiares describen periodos intermitentes de agitación psicomotora de 8 horas de evolución, caracterizada por sonidos guturales, autoagresiones (golpes), coprolalia, risa descontrolada, periodos de catatonía y movimientos estereotipados. Paciente refiere que durante la noche presentó sensación de "haber sido poseído" por una entidad maligna que controlaba sus acciones. Además, su hermana habría presentado cuadro similar el día anterior. Niega consumo de alcohol, drogas u otras sustancias. Al examen físico se encuentra afebril, sin signos meníngeos ni focalidad neurológica. Se aprecian lesiones tipo hematomas en ambas extremidades superiores y dorso, y heridas cortopunzantes en miembros superiores tipo rasguño. Paciente y familiares rechazan traslado a Hospital de Achao. Se indica 50 mg de quetiapina y control en CECOSF al día siguiente. Sin embargo, se congregan en iglesia evangélica para realizar una "liberación-exorcismo". Posterior al suceso paciente no reincide en síntomas similares, pero menciona que incrementó su fe religiosa. Durante el transcurso del mes abandona prácticas religiosas, y tanto el paciente como su familia no presentan nuevas consultas por síntomas psiquiátricos. **DISCUSIÓN:** El diagnóstico del trastorno psicótico compartido es eminentemente clínico y su síntoma fundamental es la aceptación incuestionable de los delirios del caso índice, sin embargo, es importante considerar laboratorio e imágenes para descartar cualquier causa orgánica. El pronóstico es favorable para el receptor si es posible separarlo del caso índice, pero se debe considerar que existe el riesgo de pacto suicida u homicidio. Es fundamental identificar criterios de hospitalización y el uso de antipsicóticos, y posteriormente la terapia familiar para prevenir recurrencias.

TRASTORNOS DE LA DIFERENCIACIÓN SEXUAL, A PROPÓSITO DE DOS CASOS.

Rosemarie Menke Zurita (1), Carolina Cortés Castro (1), Diego Zamora Arancibia (2), Catalina Guajardo Mansilla (3)
(1) Médicas EDF CESFAM Dr. Jorge Sabat de Valdivia, (2) Médico EDF CESFAM Las Ánimas, Valdivia.
(3) CESFAM Angelmo, Puerto Montt.

INTRODUCCIÓN: Los trastornos congénitos que dan lugar a una discrepancia entre genitales externos, gónadas y sexo cromosómico son clasificados como anomalías o trastornos de la diferenciación sexual (ADS). En el año 2006 se decidió consensuar la terminología a emplear como ADS, desechando términos que resultaban peyorativos, tales como intersexo, hermafroditismo o pseudohermafroditismo, etc. Se estima una prevalencia entre un 0,022% y un 1,7% de la población mundial, siendo la hiperplasia suprarrenal congénita (HSC) la causa más frecuente. **MATERIAL Y MÉTODO:** Se trata de dos pacientes atendidos en atención primaria, ambos derivados desde extrasistema a consulta médica de salud mental por observación disforia de género. Paciente de 12 años, cariotipo 46 XY, con diagnóstico Síndrome de Denys-Drash y paciente de 15 años cariotipo 46XX con diagnóstico de hiperplasia suprarrenal congénita. Ambos con presencia de genitales ambiguos, cuestionamientos por cirugías correctivas realizadas al nacer y conflicto en su identidad sexual. **DISCUSIÓN**: A lo largo del siglo XX las ciencias de la salud han patologizado y medicado a las personas con ADS, sometiéndolas a tratamientos quirúrgicos y hormonales bajo el convencimiento de que mantener esta ambigüedad genital podría dificultar su desenvolvimiento social en la adultez. Estos tratamientos de "corrección" de sexo generalmente implicaban la extracción de gónadas sanas (aunque fueran potencialmente fértiles), la ablación de clítoris excesivamente grandes o penes demasiado pequeños y, en general, una preferencia por acomodar los cuerpos al estándar de la genitalidad femenina, buscando fabricar órganos que pudieran ser funcionales para el coito. A partir de 1990 un conjunto de investigadores norteamericanos especializados en estudios de género (Susane Kessler, Anne Fausto-Sterling, entre otros) empezaron a efectuar cuestionamientos éticos al modelo "Género Óptimo de Crianza" y a la rígida y binaria concepción de la sexualidad humana en la que se fundaba. Al mismo tiempo, numerosas personas intersexo que fueron víctimas de esos tratamientos empezaron a organizar asociaciones que demandaban un reconocimiento social de la existencia de su condición y el término de su patologización por parte de los profesionales de la salud, como la Sociedad Intersexo de Norte América (ISNA, por sus siglas en inglés). **CONCLUSIÓN**: El manejo de pacientes con ADS debe ser realizado por un equipo multidisciplinario (neonatólogos, genetistas, endocrinólogos pediátricos, cirujanos pediátricos y psicólogos) idealmente en hospitales con experiencia, de los cuales carecemos en nuestro país.

AFTOSIS ORAL RECURRENTE COMO MOTIVO DE CONSULTA EN CONTEXTO DE ENFERMEDAD DE BEHCET. REPORTE DE UN CASO.

Cristian Mercado Salinas (1), Francisca Pineda Acuña (2), Andrés Ojeda Inzunza (3) Frank De Souza Ortiz (4)
(1) Médico EDF Consultorio General Rural Pueblo Seco, (2) Médico EDF Posta de Salud Rural de Recinto
(3) Médico EDF Hospital de Bulnes, (4) Médico Cirujano APS, Cecosf Valle Hondo.

INTRODUCCIÓN: La enfermedad de Behçet es una vasculitis multisistémica crónica recurrente y, como tal, puede afectar casi cualquier órgano. Entre las primeras y más frecuentes manifestaciones están las úlceras en mucosas, que pueden preceder hasta en varios años la PRESENTACIÓN completa de la enfermedad. **REPORTE DEL CASO:** Paciente femenina de 25 años sin antecedentes mórbidos que consulta por cuadros recurrentes de +- 3 años de evolución, caracterizados por aftas y úlceras dolorosas de mucosa oral. Sin antecedentes familiares de importancia. En la entrevista paciente sin historia de artralgias, manifestaciones gastrointestinales ni neurológicas. Al examen destacó úlceras y aftas en mucosa yugal y gingival, sin compromiso de genitales, junto con inyección conjuntival bilateral. Evaluada en nivel terciario donde de descartó VIH, Sífilis VHS, CMV, EB. EDA limpia. Biopsia con hallazgos inespecíficos. Por hallazgos se diagnóstica Behcet. **DISCUSIÓN**: Las úlceras de mucosas son un motivo frecuente de consulta, las que ocurren hasta en el 70% de los casos en EB, siguiéndole manifestaciones oculares y articulares, por lo que es imperante un buen interrogatorio de antecedentes personales, familiares, medicamentos, junto con un examen físico completo. **CONCLUSION**: Es una enfermedad de difícil diagnóstico ya que no existen hallazgos histológicos, de laboratorio ni radiológicos patognomónicos, por lo que requiere una alta sospecha clínica frente a úlceras orales y/o genitales recidivantes, a fin de un diagnóstico precoz y tratamiento adecuado, posibilitando una mejor calidad de vida y menos secuelas oculares.

CARACTERIZACIÓN DE INTERCONSULTAS REALIZADAS DURANTE LOS AÑOS 2018-2020 EN HOSPITAL DE HUASCO

Monserrat Merino Díaz, Florencia Bustos Ramirez, María José Mendoza Ibacache
Médicos EDF Hospital de Huasco

INTRODUCCIÓN: El Hospital de Huasco es un hospital de baja complejidad que atiende una población aproximada de 8 mil personas en atenciones de policlínico y urgencias. No cuenta con atenciones de especialidad, por lo que los casos que exceden la capacidad resolutiva deben ser derivados a nivel secundario (Hospital de Vallenar) **OBJETIVOs:** Categorizar las interconsultas realizadas en el Hospital de Huasco según especialidad de destino, con el fin de identificar las especialidades con mayor porcentaje de derivación y así generar propuestas para mejorar la resolutividad en atención primaria (APS) **MATERIAL Y METODO:** Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo de las interconsultas (IC) de policlínico emitidas durante los años 2018-2020. Los datos se extrajeron de sistema Rayen APS, excluyendo interconsultas de urgencias, endoscopia y duplicadas. No se evaluaron interconsultas de dermatología ya que estas son realizadas mediante Hospital Digital. **RESULTADOS:** Durante 2018- 2020 se emitieron 2.013 interconsultas desde policlínico, de las cuales el mayor porcentaje de derivaciones corresponden a oftalmología (18,1 %), medicina interna (16,2 %), otorrinolaringología (12,9 %), traumatología (12,3 %) y cirugía general (8,3 %), patrón que se mantiene al analizar cada año por separado y al dividir por trimestres. Las principales causas de egreso de estas corresponden a rechazo voluntario, no pertinencia e inasistencia.
DISCUSIÓN: Se observa que la distribución de derivaciones en lo años evaluados se centra principalmente en especialidades primarias con posible resolución quirúrgica, así como también especialidades en las cuales el estudio en APS se ve limitado, ya sea por la falta de procedimientos para el estudio diagnóstico, como también la poca capacitación en médicos generales para el manejo de estas patologías. **CONCLUSIÓN**: En el contexto de la construcción de un nuevo Hospital para Huasco, se plantea implementar policlínicos de especialidad determinados con el fin de resolver estas listas de espera a nivel secundario. Es por esto que se propone incluir como parte de la cartera de servicio atenciones de las especialidades con mayor solicitud de derivación. Resulta necesario además capacitar a médicos generales sobre patologías de especialidad que podrían ser manejadas en APS, mejorando así la resolutividad.

TUBERCULOSIS ÓSEA: UN DIAGNÓSTICO DIFÍCIL, A PROPÓSITO DE UN CASO"

Nataly Meza Martínez (1), Claudia Menares Koppe (1), Domingo Zamora Salazar (1), María Sofía Sulbarán Bencomo (2)
(1) Médica EDF, CESFAM Santa Anselma, (2) Médico, CESFAM Santa Anselma

INTRODUCCIÓN: La tuberculosis es un problema de salud pública a nivel mundial. Las formas extrapulmonares suponen el 10% del total de los casos. La tuberculosis ósea constituye el 1% de todos los casos. La afección vertebral es su localización más frecuente, segunda en frecuencia es la metáfisis de huesos largos. **CASO CLÍNICO y RESULTADOS**: Lactante de 7 meses, sin antecedentes mórbidos, consulta en reiteradas oportunidades en Servicio de Urgencias, por cuadro de irritabilidad asociada a impotencia funcional de extremidad superior derecha. Sin antecedente de trauma o caída. Sin otros síntomas. Estudio inicial destaca radiografía de húmero derecho que evidencia lesión en sacabocado en tercio proximal. Ecografía de hombro derecho: imagen sugerente de proceso inflamatorio infeccioso con sospecha de osteomielitis. Se hospitalizó para manejo con antibiótico biasociado: Ceftriaxona + Cloxacilina por 7 días. Resonancia de hombro muestra una alteración de la estructura ósea con sospecha de tumor óseo. VDRL, VIH, hemocultivos e IgG para Bartonella negativos. Con la hipótesis diagnóstica de osteomielitis frente a tumor óseo, se realiza biopsia por incisión de hueso: tinción de Ziehl-Nielsen (-), negativo para granuloma eosinofílico y para neoplasia maligna. PCR de tejido óseo positivo para complejo micobacterias. Prueba de Tuberculina (PPD): 9 mm. Radiografía de tórax: normal. BCG administrada al nacimiento. Padres y hermana asintomáticos, con radiografía de tórax normales. Paciente comienza con tratamiento antituberculoso: isoniacida, rifampicina, pirazinamida y etambutol. **DISCUSIÓN y CONCLUSIONES:** La clínica es de comienzo insidioso. Frecuentemente el dolor y la impotencia funcional son los primeros síntomas en aparecer. Sin embargo, la presencia de síntomas sistémicos asociados no suele ser muy frecuente. El PPD generalmente es positivo. Los cambios radiológicos aparecen recién después de la cuarta semana. La presencia del bacilo al microscopio, sólo se encuentra positiva en menos del 20% de los casos. El sitio primario de infección a menudo es desconocido. Menos del 50% de los casos presentan evidencia radiológica del foco pulmonar primario. La biopsia y las nuevas técnicas con PCR permiten su diagnóstico y tratamiento temprano. La quimioterapia antituberculosa es fundamental en el manejo. Muchas veces se presenta una dificultad para el diagnóstico de esta patología, ya que suele presentarse como una osteomielitis aguda o artritis séptica. Es fundamental considerar la posible etiología tuberculosa ante toda lesión osteoarticular de evolución tórpida, considerando que un diagnóstico y un tratamiento precoz conducen a un mejor pronóstico funcional.

ENFERMEDAD DE CREUTZFELDT-JAKOB, REPORTE DE UN CASO.

Ljubica Milos Pedemonte (1), Francisca Riffo Sepúlveda (1), Felipe Bocic Wattier (2).
(1) Médico EDF CESFAM Michell Chandía Alarcón. Servicio de Salud Ñuble.
(2) Médico EDF CESFAM Federico Puga Borne. Servicio de Salud Ñuble.

INTRODUCCIÓN: La enfermedad de Creutzfeldt-Jakob (ECJ) es una entidad neurodegenerativa del cerebro y mortal poco frecuente. Inicia síntomas entre los 60-70 años y estos se presentan como demencia rápidamente progresiva, movimientos involuntarios, en muchos casos ceguera y coma. En Chile la incidencia es 2-3 casos por millón de habitantes. Este trastorno forma parte de un grupo de enfermedades conocidas como enfermedades priónicas patológicas, pudiendo generarse de forma hereditaria, adquirida o esporádica. El diagnóstico es mediante estudio histopatológico post mortem, sin embargo, existen herramientas de apoyo como patrones electroencefalográficos característicos, hallazgos típicos en exámenes de imágenes de cerebro y la presencia de proteína 14-3-3 en líquido cefalorraquídeo. **CASO CLÍNICO:** Paciente femenino 65 años, es llevada a servicio de urgencia por compromiso de conciencia y múltiples atenciones anteriores sin diagnóstico. Relatan que hace 8 meses inicia alteración progresiva del comportamiento y orientación. Hace 1 mes se agrega alteración del estado del ánimo, agresividad y agitación, y en la última semana, ataxia, disartria y mioclonía. Al ingreso, Glasgow 12 puntos, somnolienta, no obedece órdenes, lenguaje incoherente. Estudio líquido cefalorraquídeo no inflamatorio, resonancia nuclear magnética de cerebro en flair hiperintensidad de cabeza de caudado y lenticulares, electroencefalograma alterado, lo que asociado al cuadro clínico apoyan diagnóstico de ECJ. Paciente fallece a los 34 días realizado diagnóstico. **CONCLUSIONES:** El diagnóstico ECJ es un desafío, solo la biopsia permite confirmar, sin embargo, no es un procedimiento común en Chile. Por otro lado, es importante en todo paciente que se presenta con demencia o síndrome confusional agudo, caracterizar el cuadro y considerar otras etiologías como ECJ, habiendo descartado patologías reversibles, por lo que se debe contar con médicos entrenados y con experiencia para un alto índice de sospecha. Y, por último, con el DESARROLLO de posibles nuevas pruebas diagnósticas, se podrán identificar patologías tratables y diagnósticos precoces.

LESIÓN DE BANKART, EN CONTEXTO DE LUXACIÓN GLENOHUMERAL BILATERAL. REPORTE DE UN CASO Y REVISION BIBLIOGRÁFICA.

Hernán Miranda Cremaschi (1), Daniela Díaz Moreno (2), Andrea González Barrientos (1)
(1) Médico EDF, Hospital La Calera, (2) Médico Cirujano, Hospital Clínico Regional Guillermo Grant Benavente

INTRODUCCIÓN y OBJETIVOS: La luxación glenohumeral bilateral es una lesión muy poco frecuente de ver, de alto impacto funcional para el paciente y que actualmente cuenta con poca bibliografía. El OBJETIVO de este trabajo científico es valorar la etiología, diagnóstico, tratamiento y lesiones asociadas. **MATERIAL Y METODO:** Se realiza el análisis de un CASO CLÍNICO, junto con la bibliografía actual disponible. El CASO CLÍNICO corresponde a paciente de 80 años de edad, sexo femenino, autovalente, con antecedentes de hipertensión arterial. Paciente es rescatada desde vía pública, tras caída desde su nivel, con golpe en tórax anterior y extremidades superiores. Al examen físico se evidencia signo de charretera bilateral, dolor e impotencia funcional de hombros bilateral. **RESULTADOS y CONCLUSIONES:** Se evalúa a paciente. Radiografía de hombro derecho e izquierdo antero posterior evidencia luxación anterior bilateral. Se indica tratamiento analgésico endovenoso y evaluación por traumatología. Especialista indica TAC de hombro bilateral, confirmando luxación anterior bilateral de hombros, asociado a lesión de Bankart óseo en ambas glenas. Para el manejo de esta paciente, fue necesaria la sedación más anestesia intrafocal bilateral, posteriormente se realizan maniobras de reducción e inmovilización con cabestrillos. En las radiografías de control, se evidencia reducción adecuada de ambas articulaciones glenohumerales. Como CONCLUSIÓN, debemos tener una alta sospecha de lesiones asociadas a la luxación para diagnosticarlas y dar un tratamiento oportuno. **DISCUSIÓN O COMENTARIOS:** El diagnóstico y manejo inicial de este tipo de luxaciones debe ser de urgencia y con el estudio adecuado, sobre todo teniendo en cuenta las lesiones óseas, de tejidos blandos y neurovasculares que pueden estar asociadas. Debemos sospechar este tipo de lesiones no solo en pacientes con antecedente de trauma directo, también en electrocución y cuadros epilépticos.

DOLOR ABDOMINAL COMO SIGNO DE DISFUNCIÓN DE DERIVACIÓN VENTRÍCULO PERITONEAL, A PROPÓSITO DE UN CASO.

Jorge Miranda Guevara (1), Valentina Olivares Villanueva (2), Felipe González Rodríguez (2)
(1) Médico EDF Cesfam Carén, Comuna Monte Patria, (2) Médico EDF Cesfam Carén

INTRODUCCIÓN: La hidrocefalia congénita es una de las malformaciones del Sistema Nervioso Central más frecuentes. Se produce acumulación de líquido cerebroespinal, generando dilatación de los ventrículos cerebrales y aumento de presión intracraneal, debido a obstrucción del flujo o alteración en su absorción. El tratamiento dependerá de la causa, severidad y progresión de la enfermedad. En las obstructivas, la derivación ventrículo peritoneal (DVP) es el tratamiento de elección con buenos RESULTADOS y pronóstico, pero esta no está libre de complicaciones a corto o largo plazo. **CASO CLÍNICO**: Paciente femenina de 18 años, con antecedente quirúrgico de derivación ventrículo peritoneal a las 2 semanas de vida por hidrocefalia, consulta por dolor abdominal insidioso de un año de evolución en hipocondrio derecho, irradiado en faja, punzante, sin relación con comidas, que aumenta con la actividad, de predominio vespertino, asociado a cefalea matinal, sin náuseas, vómitos, o fiebre. Se realiza ecografía abdominal que describe posible colección asociada a pseudoquiste en relación a válvula de derivación ventrículo peritoneal. Se realiza TAC de abdomen y pelvis con contraste que muestra válvula de derivación ventrículo peritoneal con ingreso en región epigástrica y trayecto descendente por hemiabdomen derecho, cuyo extremo distal se ubica en región periumbilical. Se aprecia catéter fracturado y una pequeña colección líquida de 1.3x1.9 cms. Es evaluada por neurólogo quien solicita TAC cerebral que muestra drenaje ventricular encefálico in situ, sin evidencia de hidrocefalia hipertensiva y aumento del asta lateral del ventrículo lateral derecho. **DISCUSIÓN**: Las derivaciones de líquido cerebroespinal se componen de un catéter ventricular, una válvula y un catéter distal instalado generalmente a nivel peritoneal, auricular derecho o en el espacio pleural. Las complicaciones ocurren aproximadamente un 40% dentro del primer año de la instalación, y un 5% por año en los subsiguientes. Pueden clasificarse en mecánicas o infecciosas, siendo más frecuentes las primeras. Dentro de estas, la mayoría se deben a la obstrucción del catéter ventricular y un 15% a la fractura del catéter distal. Otras incluyen la migración de la derivación y el drenaje de líquido excesivo. Las infecciosas ocurren en un 5 a 15% de las derivaciones, presentándose generalmente dentro de los primeros 6 meses. La evaluación debe incluir un examen neurológico detallado, neuroimagen, radiografías simples de la vía del catéter distal y derivación a neurocirugía. Deben sospecharse frente a aparición de déficit focales, papiledema, letargo o cefalea y dolor abdominal persistente, siendo este último síntoma, específico de las derivaciones a nivel peritoneal, como es el caso de la paciente. El manejo se realiza quirúrgicamente y en caso de infección, asociado a antibióticos endovenosos.

TORMENTA TIROIDEA, A PROPÓSITO DE UN CASO

Nicole Misle Rojas (1), Samuel Acuña Retamal (2), Felipe Vergara Alarcón (1), Slavka Chelebifski Vargas (3)
(1) Médico EDF CESFAM Sur, (2) Médico EDF CESFAM Añazco.
(3) Estudiante de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile

INTRODUCCIÓN: Es una complicación rara, 1% de prevalencia en pacientes hospitalizados con hipertiroidismo. En general, se encuentra asociado a un factor precipitante, compromete diferentes sistemas como cardiovascular, hepático, renal, entre otros. Presenta una mortalidad de 10 a 30%. **MATERIAL Y MÉTODO:** Descripción de CASO CLÍNICO y revisión de literatura. PRESENTACIÓN del caso: Mujer de 27 años, sin antecedentes mórbidos, es derivada al servicio de urgencias desde SAMU por disnea progresiva de moderados a grandes esfuerzo desde hace 4 días, asociado a edema de extremidades inferiores (EEII) de 4 meses de evolución que se exacerbó los últimos 4 días, al examen físico destaca ictericia en piel y mucosas, edema bilateral en EEII con fóvea, bocio difuso, ingurgitación yugular y taquicardia, en el electrocardiograma se evidencia fibrilación auricular (FA), se indica oxigenoterapia, furosemida y cedilanid. TAC de tórax, abdomen y pelvis con contraste destaca derrame pleural derecho, opacidades pulmonares izquierda, cardiomegalia, hepatopatía congestiva y leve ascitis; al laboratorio destaca hemoglobina 8.6 g/dL, hematocrito de 25.8%, VCM 82.4, bilirrubina total 5.0, bilirrubina directa 3.87, INR 1.47 y albúmina 2.7 y transaminasas dentro de valores normales. Se diagnostica de cardiopatía dilatada en insuficiencia cardiaca derecha, hepatopatía congestiva, anemia normo-normo, hipoalbuminemia y bocio tiroideo. Se decide continuar con tratamiento para FA, depleción de volumen y se evalúa perfil tiroideo (TSH <0.01, T4 Total 12,27, Trabs positivos). En ecografía tiroidea impresiona bocio difuso asociado a signos de tiroiditis y nódulo tiroideo derecho ACR TI-RADS 3. Se diagnostica Enfermedad de Graves-Basedow y Tormenta Tiroidea según los criterios de Burch & Wartofsky. Se da de alta con terapia para hipertiroidismo (Tirozol y propanolol) y tratamiento para insuficiencia cardiaca congestiva. **DISCUSIÓN**: La tormenta tiroidea es una emergencia, que compromete diferentes sistemas, la gran mayoría de las veces se encuentra el desencadenante, sin embargo, existen casos reportados en que es la manifestación inicial de patología tiroidea, al igual que en este CASO CLÍNICO. **CONCLUSIÓN**: El diagnóstico es fundamentalmente clínico, se utiliza la escala Burch y Wartofsky la cual permite sospechar los signos y síntomas de tirotoxicosis. Los médicos deben estar familiarizados para ofrecer un diagnóstico y tratamiento con la finalidad de disminuir sus complicaciones y mortalidad

MUTACIÓN DEL GEN DE PROTROMBINA Y TROMBOSIS VENOSA CEREBRAL, REPORTE DE CASO.

Nicole Misle Rojas, Javiera Castillo Daza, Felipe Vergara Alarcón
Médicos EDF CESFAM Sur

INTRODUCCIÓN: La mutación del gen de la protrombina es parte de las trombofilias hereditarias y se presenta en el 2-5% de la población general, consiste en el cambio de la guanina por adenosina en el nucleótido 20210 (G20210A). Esto genera elevación de la concentración de protrombina, lo cual aumenta hasta 3 veces el riesgo tromboembólico.
MATERIAL Y METODO: Descripción de CASO CLÍNICO y revisión de literatura. **PRESENTACIÓN DEL CASO**: Paciente femenina de 50 años con antecedentes mórbidos de Hipertensión Arterial (HTA) y Adenomiosis, usuaria de anticonceptivos orales (ACO), acude al servicio de urgencias por cuadro de una semana de evolución de cefalea intensa con banderas rojas. Signos vitales normales, al examen físico sin hallazgos. Laboratorio con parámetros inflamatorios bajos, pruebas de coagulación y hemograma normal. TAC de cerebro con contraste sin hallazgos patológicos, se maneja con AINES y corticoides EV, alta a domicilio con leve mejoría de síntomas. Reconsulta a las 48 horas por persistencia de cefalea y lipotimia, al examen físico somnolienta. Se solicita AngioRMN de cerebro que informa trombosis de seno sigmoideo y transverso izquierdo. Se maneja al alta con anticoagulantes orales (TACO) por 6 meses. Al término del tratamiento se realiza estudio de trombofilias positivo para mutación del Gen de la Protrombina en su forma heterocigota. Se decide manejo con heparina de bajo peso molecular (HBPM) de forma profiláctica en reposo prolongado y suspensión de ACO. **DISCUSIÓN**: Generalmente esta mutación debuta con un evento tromboembólico, algunos autores describen que en su forma heterocigota se asocian a trombosis venosa profunda y cerebral, particularmente ante la exposición a ACO como es el caso de la paciente presentada. Con respecto al manejo, el uso de TACO permanente se ha desestimado, la literatura sugiere uso de HBPM de forma profiláctica y se contraindica el uso de estrógenos. **CONCLUSIÓN**: A pesar de que las trombofilias hereditarias son poco frecuentes en la población general, siempre se debe sospechar ante un evento tromboembólico mayor, ya que se debe tener especial precaución en estados procoagulantes y se contraindica el uso de fármacos tan comunes como los ACO con estrógeno.

CIRUGÍA MENOR: EXPERIENCIA DE 4 AÑOS EN ATENCIÓN PRIMARIA

Constanza Molina Castro (1), Eduardo Molina Castro (2), Leslie Aguilera Rozas (3), Daniella Muñoz Vergara (4)
(1) Médico EDF CESFAM de San Rosendo (2), Médico EDF, CESFAM de Negrete, (3) Médico EDF Hospital de Laja, (4) Interna de Medicina, Universidad de Concepción

INTRODUCCIÓN: La Atención Primaria de Salud (APS) es la puerta de entrada al sistema sanitario y la encargada de la resolución de más del 80% de las consultas de los usuarios. La realización de los programas de Cirugía Menor al interior de los Centros de Salud Familiar (CESFAM) es fundamental para dar una mayor resolutividad a los requerimientos de los pacientes **OBJETIVO:** Describir la actividad del programa de cirugía menor del CESFAM Yanequen de Negrete. **MATERIAL Y METODO:** Estudio descriptivo, retrospectivo, transversal de pacientes sometidos a cirugía menor entre mayo 2016 a diciembre 2019 en el CESFAM Yanequen de Negrete. Se evaluan variantes demográficas, procedimientos y diagnósticos. **RESULTADO:** De los 472 procedimientos realizados la edad promedio fue 47 años, con una edad mínima 6 y una edad máxima 95. Del total de usuarios un 58,8% fueron mujeres. Los principales procedimientos fueron: Onisectomía (27,3%), Fibronectomía (11,6%) y Quistectomía (9,5%) **CONCLUSIONES:** La buena ejecución del programa de Cirugía Menor al interior de los CESFAM es fundamental para mejorar la resolutividad de las patologías manejadas en APS, con la consiguiente de la descongestión de listas de espera de especialidad, además de tener un favorable impacto en la calidad de vida de los pacientes tanto en patologías agudas como fines estéticos

TUBERCULOSIS EXTRAPULMONAR COMO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL EN PÉRDIDA DE AGUDEZA VISUAL UNILATERAL.

Felipe Molina Jimenez (1), Mónica Cecilia Urrutia Tapia (2), Camila Rivera Bugueño (3)
(1) Médico EDF Cesfam Rendic, Antofagasta, (2) Médico EDF, Cesfam Salvador Allende Gossens- Tierra Amarilla, (3) Médico EDF Cesfam Victor Bertin Soto, Arica

INTRODUCCIÓN y OBJETIVOS: La Tuberculosis sigue siendo un problema de salud pública en Chile, con una incidencia promedio de 13,4% en 100.000 habitantes. Uno de los principales desafíos es el diagnóstico precoz, siendo mayor en los casos de Tuberculosis extrapulmonar. Entre ellos, la tuberculosis ocular ha tenido un aumento importante en el último tiempo, principalmente por su asociación a inmunodeficiencias. La PRESENTACIÓN clínica puede ser variable, aunque preferentemente produce, por medio de diseminación hematógena, afectación de corion, retina y/o nervio óptico. Su diagnóstico es un desafío por la falta de criterios definitivos y la dificultad en la toma de muestras microbiológicas. **CASO CLÍNICO:** Mujer, 28 años, chilena, sin antecedentes mórbidos, consulta por cuadro de pérdida de agudeza visual unilateral derecha, subaguda y progresiva (8 días de evolución) no asociado a trauma. En el momento de la consulta paciente tiene pérdida completa de visión en ojo afectado, movimientos oculares presentes, reflejos sin alteración, sin cambios tróficos en la observación superficial. A la oftalmoscopia se observa nódulo mal definido, blanco amarillento, con posible desprendimiento de retina asociado. Se deriva a especialista el cual define alteración como granuloma ocular, con desprendimiento moderado de retina. Se sigue con protocolo de lesión granulomatosa ocular, con baciloscopia (negativa) y PPD, este último resultando positivo, por consiguiente, alta sospecha de origen tuberculoso. Se solicita cultivo de Mycobacterium tuberculoso y se inicia tratamiento adecuado a esquema para TBC extrapulmonar empírico en espera de resultado de cultivo. Luego de 90 días el cultivo resulta positivo para M. tuberculoso. **DISCUSIÓN y CONCLUSIÓN**: Al encontrarnos en un periodo donde la prevalencia de Tuberculosis en Chile se mantiene, es fundamental considerar la sospecha diagnóstica en sus distintas manifestaciones clínicas y así lograr un diagnóstico y tratamiento precoz, el cual brinda al paciente menor mortalidad y secuelas a largo plazo. Tenemos que poner énfasis en nuestra sospecha clínica y tener en mente las manifestaciones extrapulmonares que pueden presentarse sin signos ni síntomas pulmonares. El diagnóstico definitivo de Tuberculosis ocular puede ser complejo y además nunca tener un cultivo positivo, lo cual no tiene que retrasar el inicio de tratamiento farmacológico cuando la sospecha diagnóstica es grande.

LINFADENOPATÍA TUBERCULOSA CON ESCROFULODERMA, UN DIAGNÓSTICO OLVIDADO. A PROPÓSITO DE UN CASO

Ilma Molina Burgos (1), Luis Pardo Rivero (2), Constanza Norambuena Muñoz (2)
(1) Médica EDF Hospital de Corral, (2) Médico EDF Hospital de Constitución.

INTRODUCCIÓN: La incidencia de tuberculosis (TB) en Chile no ha disminuido en los últimos años y aún se considera una patología endémica. Se presenta caso de linfadenitis tuberculosa, forma extrapulmonar más frecuente de TB, cuya PRESENTACIÓN clínica simula una infección de partes blandas. **CASO CLÍNICO:** Preescolar de 5 años, con programa nacional de inmunizaciones al día y antecedentes de Dermatomiositis, en tratamiento con Prednisona 7,5 mg/día e Hidroxicloroquina 100 mg/día Vía oral. En evaluación servicio de urgencia, se constata aumento de volumen en fosa axilar derecha, de consistencia fluctuante, se deriva a equipo de cirugía infantil para estudio y manejo. Se realiza drenaje quirúrgico y se completan 3 semanas de ciprofloxacino en dosis adecuadas. En control posterior destaca adenopatía axilar derecha recidivante con fistulización y excreción de contenido seropurulento. Se constata poliadenopatías y se realiza PPD que resulta positivo (25mm). Se decide realizar biopsia por punción, que resulta altamente sugerente linfadenopatía tuberculosa con escrofuloderma, sin aislamiento de bacilo. Baciloscopías de secreción bronquial y de contenido gástrico negativas. TAC de tórax con contraste sugerente de tuberculosis pulmonar, por lo que se inicia tratamiento anti-TB. A los 60 días se confirma diagnóstico con cultivo de Koch positivo en tejido, secreción bronquial y contenido gástrico. **CONCLUSIÓN Y DISCUSIÓN**: Se presenta el caso de una adenitis axilar abscedada, refractaria al manejo antibiótico, que finalmente es compatible con el diagnóstico de linfadenitis tuberculosa. La tuberculosis aumenta su incidencia en pacientes en tratamiento inmunosupresor específicamente con corticosteroides, por lo que se debe considerar este elemento en la sospecha clínica.

MONONEUROPATÍA MÚLTIPLE, MANIFESTACIÓN ATÍPICA DE ARTRITIS REUMATOIDE, A PROPÓSITO DE UN CASO.

Ilma Molina Burgos (1), Luis Pardo Rivero (2), Deania Gonzalez Drogett (2)
(1) Médica EDF Hospital de Corral, (2) Médico EDF Hospital de Constitución.

INTRODUCCIÓN: La mononeuropatía múltiple (MM) es una neuropatía periférica (NP) que implica un daño aislado de al menos dos áreas nerviosas separadas. Frecuentemente subdiagnosticada, presenta criterios topográficos (asimétrica progresivo), temporales (asincrónica) y sintomáticos (sensitivos y motores). Es manifestación de múltiples enfermedades sistémicas, como mesenquimopatías. **CASO CLÍNICO:** Hombre de 60 años con antecedente de artritis reumatoide (AR) sin adherencia a tratamiento. Presenta 6 meses de evolución de parestesias de las cuatro extremidades, mayor en inferiores que evoluciona con debilidad mayor a derecha, derivando en problemas de marcha con requerimiento de ayudas técnicas para la deambulación. Posteriormente presenta debilidad en ambas manos. Se decide hospitalizar para estudio y manejo. Se descarta causa metabólica, dentro de los exámenes de ingreso destaca PCR 160 mg/L, anemia leve normocítica-normocrómica, trombocitosis, tomografía computada (TC) de tórax con pequeños nódulos pulmonares bilaterales, y TC de cerebro con contraste sin lesiones. Velocidad de conducción y electromiografía confirman MM, y perfil autoinmune da positivo para anti CCP y FR, sin otros autoanticuerpos positivos. Se decide inicio de terapia inmunosupresora, con mejoría parcial de déficit motor. Actualmente en manejo y seguimiento ambulatorio. **CONCLUSIÓN Y DISCUSIÓN**: La AR es una enfermedad autoinmune con múltiples manifestaciones neurológicas, estudios transversales identifican neuropatías periféricas hasta en un 34% de los pacientes con AR. La MM corresponde a la manifestación más específica de una NP vasculítica. La importancia de su diagnóstico oportuno radica en sus posibilidades etiológicas relativamente restringidas, la necesidad de estudio invasivo y el inicio de tratamiento precoz que mejora el pronóstico.

APENDICITIS EN HERNIA DE AMYAND COMO CAUSA DE DOLOR INGUINAL, REPORTE DE UN CASO

Germán Möller Alcaíno (1), Javiera Pizarro Olave (2), Alejandro Cerda García (3)
(1) Médico EDF CESFAM Coñaripe, (2) Médica EDF CESFAM Panguipulli, (3) Médico EDF, Hospital de Pichilemu

INTRODUCCIÓN y OBJETIVOS: Una hernia de Amyand es aquella hernia inguinal donde el contenido corresponde al apéndice vermiforme. Su incidencia es de un 1% (0.19-1.7) de los casos de hernia inguinal, con mayor frecuencia se presenta en hombres y ocurre casi exclusivamente al lado derecho del cuerpo. La presencia concomitante de apendicitis tiene una incidencia de 0.1% (0.07-0.13) de todos los casos de hernia de Amyand. **MATERIAL Y METODO:** Análisis de CASO CLÍNICO y revisión de la literatura asociada al CASO CLÍNICO presentado. **RESULTADOS y CONCLUSIONES:** Se presenta el caso de un hombre de 69 años con aumento de volumen y dolor inguinal derecho con intensidad progresiva cuya ecografía inguinal identifica el apéndice cecal en el saco de una hernia inguinal derecha asociado una colección del tejido graso subcutáneo, indicativo de una complicación. Se deriva a nivel hospitalario donde se realiza de forma urgente una apendicectomía asociada a hernioplastía. En la biopsia postoperatoria se evidencia la presencia de una diverticulitis apendicular. La hernia de Amyand es una condición infrecuente, que se presenta en cualquier rango etario, más probablemente en hombres y casi exclusivamente en el lado derecho del cuerpo. La apendicitis como complicación de una hernia de Amyand es aún más infrecuente, lo que le confiere además mayor morbi-mortalidad. **DISCUSIÓN:** El diagnóstico clínico de una apendicitis en una hernia de Amyand es muy complejo. En algunos casos se requiere de una ecografía inguinal o tomografía computada para precisar el diagnóstico, aunque en la mayoría de los casos, su hallazgo es intraoperatorio. El manejo general de una hernia de Amyand corresponde una hernioplastía a lo que se agrega una apendicectomía en casos de apendicitis. La incidencia de diverticulitis en apendicectomías es de un 0.004-2.1%, situación presente en este caso al interior de una hernia inguinal, lo que podría explicar la complicación existente.

CARACTERIZACIÓN DE PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE SÍNDROME DEL MANGUITO ROTADOR EN CESFAM URBANO DE LA CIUDAD DE SANTIAGO DESDE ENERO 2020 HASTA FEBRERO 2021.

Javier Monsalve Fuentes (1), Cristian Saavedra Díaz (2), María Wiehoff Barría (2), Lorena Ulloa Bustos (3)
(1) Médico EDF, CESFAM Pudahuel Poniente, (2) Médico EDF, CESFAM Lorenzo Arenas,
(3) Médico Cirujano, CESFAM Pudahuel Poniente

INTRODUCCIÓN y OBJETIVOS: Las patologías que causan dolor crónico son un importante problema de salud pública debido a su impacto en la funcionalidad y calidad de vida de los pacientes. El síndrome del manguito rotador es una patología crónica con una evolución natural que puede generar dolor e impotencia funcional. El CESFAM Pudahuel Poniente, centro donde se realizó este estudio, no está ajeno a este problema, motivo por el cual se caracterizó al grupo de paciente con la patología antes mencionada y además se buscó relacionarla con algunos factores de riesgo ya conocidos.
MATERIAL Y METODO: Se revisó la base de datos IRIS, usando como filtro los pacientes con diagnóstico de síndrome del manguito rotador entra el 1 de enero del 2020 hasta el 28 de febrero del 2021. Luego, se revisó la ficha clínica de cada uno de ellos para caracterizar al grupo estudiado, además de obtener la información de exámenes de imagen y patologías crónicas asociadas, específicamente diabetes mellitus tipo 2 (DM2), dislipidemia, hipertensión arterial (HTA), obesidad o sobrepeso.
RESULTADOS: Durante el periodo estudiado hubo 94 pacientes con diagnóstico de síndrome del manguito rotador. De ellos, un 77,7% fue de sexo femenino y 22,3% fue de sexo masculino. Un 60,6% eran mayores de 60 años y solo un 4,3% menor de 40 años. Un 55,3% contaba con un examen de imagen, siendo la mayoría ecotomografías de hombro y solo una resonancia nuclear magnética. Con antecedente de patología crónica: 36,2% tenía DM2, 53,2% HTA, 54,3% dislipidemia y 40,4% obesidad o sobrepeso. Hubo un 20,2% de pacientes con algún grado de rotura tendinosa (parcial o total), de estos 78,9% fueron mujeres y el 68,4% tenía más de 60 años. Además, un 73,7% tenía antecedente de dislipidemia, 63,2% de HTA, 26,3% de DM2 y 57,9% obesidad o sobrepeso. **DISCUSIÓN O COMENTARIOS:** La mayor parte de los casos fueron de sexo femenino, lo que podría deberse a la actividad laboral creciente de este grupo en los últimos años. Se evidenció que la mayoría de los pacientes con algún grado de rotura tendinosa tenía más de 60 años, lo cual ratifica el carácter crónico y progresivo de esta patología. Además, se vio que un alto porcentaje de pacientes además presentaban patologías crónicas como dislipidemia e HTA. Esto sugiere la importancia de realizar en atención primaria una buena pesquisa y oportuno manejo de esta patología con el OBJETIVO de mejorar la funcionalidad y calidad de vida de nuestros pacientes.

FRACTURA DE CADERA EN PACIENTE PEDIÁTRICO CON EPIFISIÓLISIS"

Carlos Andrés Monsalves Herrera, Darwin Madrid Cornejo, Sebastián Troncoso Sánchez
Médico EDF Hospital San Vicente de Tagua Tagua

INTRODUCCIÓN y OBJETIVOS: Se presenta caso de fractura de cadera en paciente pediátrico, como motivo de consulta en servicio de urgencia. **CASO CLÍNICO:** Paciente masculino de 12 años de edad, sin antecedentes mórbidos previos. Historia de aproximadamente 4 semanas de dolor inguinal persistente, que aumenta con movimientos, motivo por el cual su madre consulta inicialmente en extra sistema, donde se indica la realización de radiografía de cadera, que muestra leve desplazamiento a medial de la cabeza femoral izquierda sugerente de epifisiólisis, indicándose analgesia, reposo en domicilio y derivación traumatología infantil. Durante su reposo presenta caída desde camarote sufriendo contusión en cadera, presentando posterior a ello dolor e impotencia funcional en cadera izquierda, motivo por el cual consulta en servicio de urgencia. A su ingreso paciente en silla de ruedas, sin lograr bipedestación, quejumbroso, con dolor a palpación y movilización de cadera izquierda, además de acortamiento de extremidad inferior izquierda y rotación externa de esta. Se administra analgesia y se realiza nueva radiografía que muestra epifisiólisis con desplazamiento completo de cuello de fémur sobre cabeza. Se presenta caso a traumatología infantil de centro de referencia, donde es hospitalizado para resolución quirúrgica vía osteosíntesis evolucionando con completa funcionalidad de extremidad y ausencia de dolor. **RESULTADOS:** El diagnóstico se realiza con una clínica sugerente, más estudio imagenológico, siendo de elección la radiografía de ambas caderas, que mostrará el deslizamiento o separación de la cabeza del fémur respecto al resto del hueso, pudiendo en caso de duda diagnóstica ser necesario la realización de otros estudios de imágenes tales como RNM o ecografía. **DISCUSIÓN O COMENTARIOS.** El conocimiento de esta patología y por ende su adecuada sospecha diagnostica es de suma importancia en la atención de urgencias pediátricas, sobre todo en preadolescentes varones donde su prevalencia es mayor, si bien su etiología no es conocida en la actualidad, si se sabe que se debe al debilitamiento de la placa de crecimiento, que puede ser resultado de un traumatismo, una deformidad de la cadera, obesidad o bien por los cambios hormonales que suelen ocurrir en la pubertad. Se debe considerar, además, que los pacientes que desarrollan esta patología en una cadera, en un porcentaje importante lo terminaran desarrollando en ambas, por lo que, su derivación a Traumatología infantil para su resolución quirúrgica y seguimiento posterior es siempre necesario. Si bien en este caso la clínica se vio exacerbada por el trauma secundario a la caída de altura, debemos considerar que puede ser un diagnostico siempre posible ante clínicas más leves caracterizadas por dolor de cadera y claudicación en pacientes pediátricos.

CRISIS ADISSONIANA AGUDA SECUNDARIA A SUSPENSIÓN ABRUPTA DE CORTICOIDES: IMPORTANCIA DE LA ANAMNESIS PARA SU ENFRENTAMIENTO EN URGENCIAS.

Camila Montenegro Leonelli (1), Catalina Beltrán Vidal (2)
(1) Médico EDF, Hospital Traiguén, (2) Médico EDF, Hospital Purén

INTRODUCCIÓN: La insuficiencia suprarrenal primaria es una patología de baja frecuencia, sin embargo, puede comprometer la vida del paciente. Los síntomas y signos de una crisis adissoniana suelen aparecer con relación a infección, situación de estrés, suspensión de tratamiento o injurias que implican perdida de sodio; y su PRESENTACIÓN puede ser variable, desde mialgias, astenia, anorexia, dolor abdominal, hipotensión hasta shock grave. **REPORTE DE CASO:** Paciente masculino de 54 años con antecedente de Insuficiencia Suprarrenal primaria, usuario de Hidrocortisona 20 mg – 10 mg vía oral. Consultó en servicio de urgencias Hospital Traiguén por cuadro de 2 días de evolución, caracterizado por anorexia, debilidad generalizada en extremidades, mialgias, parestesias, náuseas y sensación de mareo; en las últimas 6 horas se había sumado paresia de extremidad inferior derecha. Ingresa hipotenso, resto signos vitales normales. Destacó marcada hiperpigmentación de piel, mayor en zonas fotoexpuestas. Se derivó a centro de mayor complejidad para TAC cerebro sin contraste dada focalidad neurológica, informado como normal. Es contra referido para estudio en centro de origen, se difiere control con exámenes para la mañana siguiente dada ausencia de laboratorio por horario. En exámenes destacó Creatinina 1,72; Potasio 8,6, Sodio 124, Cl 102,3, Calcio corregido 10,9. Resto sin alteraciones. Ante nuevo interrogatorio, paciente relata abandono de hidrocortisona 4 días antes de inicio de síntomas, asociado a trabajo extenuante bajo el sol con escasa hidratación. Se inicia dosis de hidrocortisona en crisis a 100 mg c/ 8 hrs EV y manejo de hiperpotasemia. Luego de 2 días, paciente sin parestesias, marcha sin alteraciones y resolución completa de síntomas. Al cuarto día, se logra adecuado control de electrolitos plasmáticos y se inicia disminución progresiva de corticoides para volver a dosis de tratamiento crónico. **DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES:** La insuficiencia suprarrenal es un trastorno poco común que se puede presentar hasta en 144 personas por millón de habitantes, la causa autoinmune es responsable de entre el 70-90% de los casos y durante crisis las principales alteraciones electrolíticas son la hiponatremia e hiperpotasemia que se deben a la disminución de la secreción de cortisol y aldosterona, lo que puede manifestarse como síntomas de carácter neurológico y musculoesquelético. Considerar los antecedentes mórbidos, farmacológicos y una buena anamnesis es primordial al enfrentar estos pacientes en urgencia. En este caso, hubiese evitado que el paciente fuese sometido a exámenes innecesarios y el inicio temprano del tratamiento correcto.

INTERCONSULTAS DE ALTA PRIORIDAD DERIVADAS AL HOSPITAL BARROS LUCO DESDE UN CENTRO DE ATENCIÓN PRIMARIA ENTRE EL 2018 Y 2020

Daniela Montupil Solari, Catalina Araya Fernandez, Nadia Peñailillo Sepúlveda
Medicas EDF CESFAM Padre Pierre Dubois

INTRODUCCIÓN: La atención primaria de salud (APS) constituye la puerta de entrada al sistema de salud público y es responsable de entregar la mayor cobertura de atención clínica. Sin embargo, existen patologías que por su complejidad deben ser derivadas al nivel secundario y, según su severidad, son categorizadas desde prioridad alta o P1 hasta prioridad baja o P3. Para las interconsultas P1, el tiempo de revisión máximo que se espera al nivel secundario es de 10 días, sin embargo, no siempre se logra. El presente trabajo pretende realizar una descripción de las derivaciones P1 emitidas desde un centro de APS. **MÉTODO:** Estudio descriptivo de derivaciones P1 desde el CESFAM Padre Pierre Dubois al Hospital Barros Luco Trudeau entre enero 2018 y diciembre 2020 con datos obtenidos de la plataforma TrakCare. Se excluyen patologías GES ya que son derivadas por vía distinta. **RESULTADOS**: Las especialidades más demandadas fueron Otorrinolaringología y Urología. El total de P1 emitidas fue de 206, 205 y 151 cada año respectivamente. En cuanto al tiempo de revisión, en el 2018 se demoraron en promedio 78 días, con un 25% de interconsultas que cumplieron el plazo de revisión de 10 días. El 2019, el promedio de revisión fue de 35 días, con un 28% que cumplió el plazo, y el 2020 el promedio fue de 32 días, con un 40% que cumplió el plazo. **DISCUSIÓN:** Se ha logrado identificar cuáles son las especialidades más demandadas en nuestro centro y evidenciado que los tiempos de espera son mayores a los preestablecidos. Sin embargo, puede estar sujeto a sesgo, ya que desconocemos la precisión del registro en el hospital. Resulta interesante el mayor porcentaje de interconsultas revisadas dentro del plazo durante el año 2020, esto podría ser atribuido a efecto de la pandemia y pudiese ser materia de futuros estudios.

HERNIA DIAFRAGMÁTICA DE MORGAGNI UN DESAFÍO DIAGNÓSTICO EN EL SÍNDROME BRONQUIAL OBSTRUCTIVO RECURRENTE DEL LACTANTE, REPORTE DE UN CASO.

Guillermo Mora Araya (1), Cecilia Segura Pallacan (2), Álvaro Rivera Tapia (3)
(1) Médico EDF, Hospital Los Vilos, (2) Médico EDF, Centro de Salud Familiar Yandry Añazco
(3) Médico EDF, Centro de Salud Familiar Bellavista.

INTRODUCCIÓN y OBJETIVOS: En Chile las infecciones respiratorias infantiles corresponden al 60% de las consultas en atención primaria y servicios de urgencias, de estas un 25% son por bronquitis obstructivas. Aproximadamente un 10% de los lactantes con síndrome bronquial obstructivo recurrente (SBOR), tienen alguna patología determinada, que debe tenerse presente en el diagnóstico diferencial para iniciar un tratamiento específico. Se expone a continuación la PRESENTACIÓN de un SBOR secundario a hernia diafragmática de Morgagni y la importancia del estudio adecuado de este síndrome. **CASO CLÍNICO:** Lactante menor de 8 meses, sin complicaciones en controles prenatales, ecografías durante gestación sin hallazgos patológicos, parto vía vaginal de termino (37 semanas), Apgar adecuado e inmunización al día, consulta por cuadro recurrente desde el primer mes de vida (aproximadamente 7 episodios) caracterizado por tos seca, sibilancias audibles aisladas en ambos campos pulmonares con desaturación fluctuante en controles (94-100%) tratada en múltiples oportunidades con diferentes esquemas antibióticos (amoxicilina/acido clavulánico y azitromicina), corticoterapia e inhaladores sin RESULTADOS. Leucocitos en 8.000 con neutrófilos 60%, PCR 20 y gasometría sin conflictos. En radiografías PA y lateral de tórax tomadas se observa imágenes radio-opacas en base de hemitórax derecha con tendencia a medial, que persistían pese a tratamientos indicados. Se solicita radiografía de tórax PA y lateral por médico-radiólogo en centro externo donde se informa imagen condensante en hemitórax derecho de +/- 15x8 cm con radio lucidez heterogénea compatible con hernia diafragmática de Morgagni derivándose a centro de alta complejidad con cirugía infantil donde se realizó intervención laparoscópica resolviendo defecto del piso diafragmático y obstrucción bronquial recurrente del lactante. **DISCUSIÓN:** La incidencia global de hernia diafragmática congénita se estima en 1/2.200 recién nacidos vivos y dentro de ellas, la de Morgagni representa entre el 5 % al 11%, correspondiendo a una entidad rara cuyo diagnóstico puede sospecharse en la radiografía de tórax. Es importante tener esta patología dentro de los diagnósticos diferenciales al enfrentarnos con niños aparentemente sanos y SBOR, por lo que se hace obligatorio el estudio de imagen y derivación correspondiente de este grupo de pacientes dado que un retraso en el diagnóstico puede dar lugar a aparición de complicaciones, sobre todo digestivas y respiratorias.

MORDEDURA POR SERPIENTE VENENOSA EN CHILE: PRESENTACIÓN DE UN CASO

Camila Mora Concha (1), Gonzalo Meneses Caroca (2), Daniela Méndez Mardones (3), Carlos Meneses Soto (4)
(1) Médico EDF, CESFAM Quillahue, (2) Médico EDF, Hospital de Achao, (3) Médico EDFCESFAM de Chonchi,
(4) Médico anestesiólogo, IST

INTRODUCCIÓN: Los accidentes por serpientes venenosas en América Latina son, en general, sub-notificados. Se estima que se producen unos 150.000 accidentes al año, de los cuales ~65% son hospitalizados. En Chile existen dos especies de serpientes venenosas: *Philodryas chamissonis* (culebra de cola larga), distribuida entre la III^{a} y X^{a} Región, y *Tachymenis peruviana* (culebra de cola corta), entre la IV^{a} y IX^{a} Región. Si bien las mordeduras por estas culebras son infrecuentes y su veneno no es mortal, pueden presentar reacciones locales graves. A continuación, se presenta un caso de mordedura por *Philodryas chamissonis*. **CASO CLÍNICO:** Paciente masculino de 32 años acude a servicio de urgencia refiriendo haber sufrido mordedura de serpiente en mano izquierda en la carretera, cuya descripción coincidió con las características de *Philodryas chamissonis*. Paciente evoluciona en horas con aumento de volumen, eritema, calor local y máculas equimóticas a lo largo de extremidad superior derecha, asociado a angioedema. Destaca en exámenes de ingreso leucocitosis de 16.700 x mm^{3}, sin alteraciones en las pruebas de coagulación ni hemólisis. Se le administran inicialmente 100 mg de hidrocortisona cada 8 horas y 4 mg de clorfenamina endovenosa, sin respuesta clínica y con dolor desproporcionado de región afectada, por lo que se decide iniciar antibioticoterapia empírica con 1 gr de cefazolina cada 8 horas y 500 mg de cloxacilina cada 6 horas, y se traslada a cuidados intermedios con sospecha de síndrome compartimental. Es evaluado por cirujano vascular quien descarta diagnóstico e indica continuar con antibioticoterapia y corticoides con diagnóstico de celulitis asociada a mordedura. Finalmente, al sexto día de tratamiento, paciente evoluciona con disminución progresiva de edema y se traslada a sala general, dándose el alta al noveno día de hospitalización. **CONCLUSIÓN:** Las mordeduras por serpientes venenosas son infrecuentes en nuestro país, pero es de vital importancia conocer tanto su prevención como el manejo de las heridas y las complicaciones asociadas. Habitualmente ocurren en extremidades superiores al ser manipuladas para jugar o trasladarlas de lugar, por lo que su prevención consiste en evitar el contacto directo con estas especies. En relación a la clínica, son habituales los signos inflamatorios locales, la aparición de flictenas y máculas equimóticas. El manejo se basa en la inmovilización de la extremidad afectada (no aplicar torniquete ni succionar herida), hospitalización, vacuna antitetánica, aseo local, hidratación y corticoides sistémicos. Se debe, además, descartar complicaciones como la infección bacteriana y el síndrome compartimental.

FÍSTULA PREAURICULAR: REPORTE DE UN CASO EN ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD

Javiera Mora Araya (1), Gabriela Valle Salazar (2), Gonzalo Vera Santis (1), Oscar Campos Ramírez (3)
(1) Médico EDF CESFAM Yandry Añazco Montero, (2) Médico EDF CGR Colchane;
(3) Médico EDF CESFAM Pedro Pulgar Melgarejo

INTRODUCCIÓN: La fistula preauricular es una malformación congénita benigna de los tejidos blandos preauriculares. Puede presentarse de forma aislada o asociada a otras anomalías congénitas. Generalmente cursa de forma asintomática, constituyendo un hallazgo casual, sin embargo, pueden derivar en infecciones locales. Su abordaje incluye antibioticoterapia sistémica, considerando la intervención quirúrgica en base a las complicaciones. **PRESENTACIÓN DEL CASO:** Paciente de 6 años 11 meses, sin antecedentes mórbidos ni quirúrgicos. Inicia con aumento de volumen localizado en región temporal derecha, asociado a calor local, eritema y dolor, posteriormente se forma orificio único en región afectada que da salida a material purulento. En primera consulta es tratado con amoxicilina, completando tratamiento sin respuesta. Se inicia nuevo tratamiento con cloxacilina y AINES, y se deriva a curaciones, pero herida se mantiene, observándose aumento de tamaño del orificio, persistencia del dolor y secreción. Se aumenta frecuencia de curaciones sin avances favorables, por lo que es derivado a Teledemartología a través de Hospital Digital. Dermatólogo realiza observación de fistula o fosita preauricular remanente abscedada, indica tratamiento con amoxicilina/ac. clavulanico y ecografía de partes blandas. Se realiza ecografía de partes blandas en que se confirma Fistula preauricular derecha infectada. Paciente es derivado a otorrinolaringología, donde finalmente se realiza resolución quirúrgica con fistulectomía exitosa. Paciente evoluciona favorablemente, con cicatriz post quirúrgica sin complicaciones. **DISCUSIÓN:** Frente a aumentos de volumen preauricular, úlceras o infecciones de la misma zona debemos considerar el diagnóstico de Fístula Preauricular. En las formas asintomáticas puede mantenerse una actitud expectante, mientras que el tratamiento antibiótico se reserva para los casos de sobreinfección local. En cuanto a la extirpación quirúrgica se realiza únicamente para los casos recurrentes. La cirugía consiste en la identificación del conducto fistuloso, la disección y la extracción del mismo.

APENDICITIS DEL MUÑÓN APENDICULAR EN PACIENTE PEDIÁTRICO, REPORTE DE UN CASO

Camila Mora Rioseco (1), Daniela Carriel Toro (1), Carolina Pérez Morales (1), Alice Rogel Hund (2),
Bastián Mora Rioseco (3), Nicolás Reyes López (3)
(1) Médico EDF Hospital El Salvador de Peumo, (2) Estudiante de Medicina, Universidad Diego Portales
(3) Interno de Medicina, Universidad de Talca

INTRODUCCIÓN: Se define apendicitis como inflamación del apéndice, siendo esta una causa común de abdomen agudo. La apendicitis del muñón, es decir, la inflamación del tejido remanente apendicular tras apendicectomía después de un tiempo variable, es una patología rara y se han reportado pocos casos, principalmente en pacientes pediátricos. **CASO CLÍNICO:** Masculino de 9 años con antecedente de apendicectomía abierta a los 4 años, consulta por dolor en fosa iliaca derecha, fiebre y náuseas de 24 horas de evolución. Al examen destaca abdomen con blumberg esbozado y disminución de ruidos hidroaéreos. Exámenes con parámetros inflamatorios elevados, tomografía informa "hallazgos compatibles con apendicitis aguda retrocecal ascendente". Ingresa a pabellón, se realiza laparoscopía con exéresis de base apendicular. Biopsia informa pieza con signos compatibles de apendicitis aguda y peritonitis periapendicular. **CONCLUSIÓN:** La apendicitis del muñón es una afección poco frecuente que se relaciona con una resección incompleta del apéndice, ocurre principalmente cuando se deja un muñón excesivamente largo, por lo general sobre 5mm, puede ocurrir días o años después de la cirugía inicial. La clínica es indistinguible de una apendicitis. Es menester sospecharlo y realizar un pronto y certero diagnóstico, para evitar la morbimortalidad asociada.

SÍNDROME DE CAUDA EQUINA, REPORTE DE UN CASO

Camila Mora Rioseco (1), Daniela Carriel Toro (1), Carolina Pérez Morales (1), Alice Rogel Hund (2),
Bastián Mora Rioseco (3), Nicolás Reyes López (3)
(1) Médico EDF, Hospital El Salvador de Peumo, (2) Estudiante de Medicina, Universidad Diego Portales
(3) Interno de Medicina, Universidad de Talca

INTRODUCCIÓN: El síndrome de cauda equina es una urgencia neuroquirúrgica, causada por una lesión intraespinal caudal al cono que lesiona 2 o más de las raíces nerviosas que constituyen la "cola de caballo" del canal espinal lumbar. Es una complicación poco común de la estenosis lumbar y tiene una PRESENTACIÓN caracterizada por debilidad bilateral de miembros inferiores en múltiples distribuciones radiculares que puede estar asociada a síntomas sensoriales perineales, así como disfunción intestinal, vesical y sexual. **CASO CLÍNICO:** Paciente masculino de 42 años con antecedentes de hernia del núcleo pulposo lumbar, consulta en urgencias por cuadro de 2 días de evolución caracterizado por parestesias en miembro inferior derecho, lumbalgia y debilidad de extremidades, al segundo día se agregan parestesias a miembro contralateral, además de anuria de 8 horas de evolución y fasciculaciones en ambas extremidades inferiores. Al examen físico destaca fuerza M3 proximal y M2 distal en extremidad inferior derecha, reflejos osteotendíneos presentes pero disminuidos, fasciculaciones persistentes en ambas extremidades, imposibilidad de flexión pie derecho. Se toma tomografía que confirma sospecha diagnóstica de síndrome de cauda equina. Paciente es sometido a cirugía de descompresión, es dado de alta al mes post quirúrgico con plan kinésico de rehabilitación. **CONCLUSIÓN:** El síndrome de cauda equina es una afección poco común del canal espinal, es sumamente importante identificar los síntomas para realizar un correcto diagnóstico a tiempo, el pronóstico del paciente depende de la rapidez con que el tratante realiza la sospecha y confirmación diagnóstica, para así disminuir la morbilidad futura.

PRESENTACIÓN ATÍPICA DE CARCINOMA ESPINOCELULAR DE LENGUA: A PROPÓSITO DE UN CASO

Francisco Morales Arriagada (1), Pablo González Galarce (1), Sebastián Fournies Aracena (2), Amparo Mujica Rojas (3)
(1) Médico EDF CESFAM Gabriela Mistral, San Ramon, (2) Médico EDF, Posta Tegualda, Fresia
(3) Interna Odontología 6to año, Universidad de los Andes.

INTRODUCCIÓN: La patología oral y particularmente el dolor en la cavidad oral como motivo de consulta, constituye un desafío para el médico general ya sea por falta de instrumental adecuado para el correcto examen físico, como falta de formación para su enfrentamiento. Estos pacientes comúnmente son referidos a distintos profesionales (odontólogos, médicos especialistas, fonoaudiólogos) pasando por múltiples diagnósticos y tratamientos antes de lograr la resolución del cuadro. Más importante aún, frecuentemente transcurre un tiempo considerable entre la primera consulta y el tratamiento definitivo de la patología, perdiendo de esta forma una importante ventana terapéutica para patologías que requieren resolución urgente. Se presenta el caso de una paciente que consulta en forma ambulatoria por glosodinia de larga data. **CASO CLÍNICO:** Paciente de sexo femenino de 75 años, con antecedentes de ingesta de OH ocasional y tabaquismo suspendido que consulta por cuadro de más de 1 año de evolución de dolor en tercio distal de lengua asociado a ageusia. Al examen físico, destaca lengua geográfica en 2/3 distales de lengua, con placa central atrófica, levemente blanquecina y dolorosa a la palpación. No se palparon adenopatías, sin otros hallazgos. Paciente señala haber consultado durante meses con múltiples profesionales (médicos, dentistas, fonoaudiólogos) sin lograr llegar a un diagnóstico. Se deriva a nivel secundario donde se realiza biopsia de lesión que muestra Carcinoma Espinocelular (CEC) de lengua moderadamente diferenciado, ulcerado, infiltrante en dermis reticular, espesor máximo 1.5 mm. Lesión alcanza bordes laterales de la muestra. Se realiza TAC que no evidencia diseminación. Se procede a ampliar márgenes, con nueva biopsia que no muestra signos residuales de neoplasia. Paciente evoluciona con glosodinia post cirugía, manteniéndose en controles con Dermatología, Cirugía Cabeza y Cuello, Fonoaudiología y Patología Oral, manejándose como Síndrome de Boca Urente hasta la fecha, con respuesta parcial del dolor. **DISCUSIÓN:** Frente a un paciente que consulta por dolor en cavidad oral, es imprescindible recopilar la mayor cantidad de antecedentes posible en la entrevista médica y, de ser posible, trabajar en conjunto con equipo dental para poder realizar un acabado examen físico. Esto permite plantear posibles causas según factores de riesgo, y así sospechar patologías que requieran derivación y tratamiento urgente. En este caso, una detallada anamnesis y examen físico multidisciplinario permitieron hacer una oportuna derivación a una paciente que consultaba por glosodinia en contexto de lengua geográfica, resultando en un Carcinoma Espinocelular (CEC) de lengua de PRESENTACIÓN atípica, el cual fue manejado en forma exitosa.

ESCOMBROIDOSIS: A PROPÓSITO DE UN BROTE

Jorge Morales Sepúlveda (1), Sergio Correa Díaz (1), Carlos Villafranca Brown (1), Valentina Alcalde Manríquez (2), Francisco Flores Miranda (3), Sebastián Muñoz Pino (4)
(1) Médico EDF Hospital de Lolol, (2) Médica Cirujana, Hospital de Lolol, (3) Médico Cirujano, ACHS,
(4) Interno Medicina, UDP

INTRODUCCIÓN y OBJETIVOS: La Escombroidosis o Síndrome de Intoxicación Histamínica es una intoxicación alimentaria frecuente a nivel mundial gatillada por consumo de pescado de la familia Scombridae, conservado de forma inadecuada y contaminado, manifestada clínicamente por una reacción alérgica a nivel cutánea tipo rash urticaritforme y/o flushing asociado a síntomas gastrointestinales. Se presenta el caso de una familia que asiste al servicio de urgencia tras el consumo de pescado en restaurante a fin de dar a conocer una patología no siempre reconocida en nuestro medio. **MATERIAL Y METODO**: Revisión retrospectiva de tres datos de atención del servicio de urgencias del Hospital de Lolol**. CASOS CLÍNICOS:** Se trata de una familia de 3 miembros, una mujer de 58 años con antecedentes de artrosis y dos hombres de 63 y 37 años sin antecedentes relevantes, que, tras consumir pescados (crudos y preparados) en sitio en común, evolucionan dentro de aproximadamente 60 minutos con cuadro caracterizado por dolor abdominal cólico de gran intensidad asociado a vómitos frecuentes y deposiciones diarreicas sin elementos patológicos. Los hombres, además, presentan un exantema urticariforme con habones, difusos de predominio en tronco superior, flushing y prurito, asociados a disnea de medianos esfuerzos, sin otras molestias; motivo por el cual consultan en servicio de urgencias, donde se aporta hidratación endovenosa y se maneja cuadro con broncodilatadores nebulizados, corticoides endovenoso (Hidrocortisona) junto a un antihistamínico (Clorfenamina) asociado a espasmolíticos y antieméticos, con buena respuesta clínica, logrando alivio sintomático respiratorio y cutáneo dentro de 30 minutos, siendo dados de alta con manejo ambulatorio del cuadro, realizando notificación por Enfermedad transmitida por alimentos (ETA). **DISCUSIÓN:** La Escombroidosis es una de las formas más comunes de intoxicación causada por peces, cuya frecuencia aumenta a pesar del control y seguridad de la industria alimenticia. Se produce por consumo de pescados de la familia Scombroides (atún, bonitos, caballa) como también no Scombroides (salmón, sardina, arenque) cuya conservacion inadecuada a más de 0ªC, genera una descomposición bacteriana, produciéndose descarbxilación de L-Histidina, además de liberar histamina, fostato de histamina y clorhidratdo de histamina, conduciendo a una reacción tipo alérgica por degranulación mastocitaria. Su diagnóstico se basa en la clínica y en datos epidemiológicos, clinica caracterizada por inicio rápido luego del consumo, inclyendo rush y erupción cutanea, cefalea, dolor abdominal, diarrea y vómitos, afectando a quienes hayan consumido de la misma fuente; con una resolucion espontánea dentro de 8-12 horas; pudiendo confirmar el diagnóstico midiendo niveles de histamina en muestra de pescaso o niveles de histamina en orina. El tratamiento se basa en terapia de soporte con aporte de liquidos intravenosos para reposición de volumen y el uso de antihistamínicos parenteralaes, requiriendo uso de corticoides, beta 2 agonistas y adrenalina en casos más severos. **COMENTARIOS:** Se requiere un reconomiento precoz de esta patología para un tratamiento adecuado y manejo oporuno de la fuente por parte de la autoridad sanitaria.

CÓLICO DEL LACTANTE REFRACTARIO A TRATAMIENTO COMO MANIFESTACIÓN DE ALERGIA ALIMENTARIA MÚLTIPLE.

Paulina i Morales Ruiz, Miguel Herrera Medina, Sergio Bustos Vorphal,
Médicos EDF Hospital Lonquimay

INTRODUCCIÓN: El cólico del lactante, consiste en episodios de irritabilidad excesiva, con llanto paroxístico, inconsolable, encogimiento de piernas y con frecuencia, abdomen distendido, tenso y timpánico a la percusión. Es un síndrome de causa multifactorial, etiología diversa y desconocida, presentándose hasta en el 20% de los lactantes. Dentro de su diagnóstico diferencial podemos encontrar enfermedad por reflujo gastroesofágico, constipación, fisura anal, alergias alimentarias, entre otros, siendo esta última una condición cada vez más frecuente en la actualidad. **CASO CLÍNICO:** Paciente femenina, RNT, cesárea electiva, AEG, padre con rinitis alérgica, asma y alergia a cholgas. Hospitalizada el tercer día de vida por fototerapia, donde se inicia formula láctea, manteniéndose al alta con alimentación mixta. A las 2 semanas de vida inicia cuadros de cólicos y distensión abdominal. Es evaluada al mes de vida, donde se indican medidas generales y suspensión de fórmula. Paciente persiste con síntomas e inicia posteriormente episodios de deposiciones de coloración verdosa, con moco, agregándose en ocasiones estrías de sangre. A los 2 meses de vida, se solicitan exámenes, parasitológico seriado negativo, coprocultivo negativo, test de hemorragias ocultas en deposiciones positivo, leucocitos fecales positivos, hemograma, hoja hepática y bioquímico normal, manteniendo la paciente DESARROLLO pondoestatural adecuado, por lo que es derivada por observación de APLV. Gastroenterólogo infantil evalúa a paciente a los 2 meses y medio de vida, diagnosticando por clínica proctocolitis alérgica, iniciando exclusión de leche y soya en la madre. Al cabo de 3 semanas presenta parcial mejoría, se sospecha alergia alimentaria múltiple, por lo que se inicia suspensión progresiva de alergenos, según cartilla de alimentación y síntomas diarios que lleva familia e inician apoyo con nutricionista especializada. Paciente a los 7 meses, logra estabilización del cuadro, luego de suspender 14 alergenos. **CONCLUSIÓN:** Las alergias alimentarias (AA) son un conjunto de enfermedades en las que los síntomas son la respuesta inmunológica del organismo frente a un alergeno presente en algún alimento y ocurren en alrededor del 2 a 7,5% de los niños. Las manifestaciones clínicas pueden afectar al tracto gastrointestinal, respiratorio y/o piel, predominando las manifestaciones gastrointestinales en lactantes y siendo estas inespecíficas. El diagnóstico es clínico, mediante la respuesta a la exclusión y prueba de provocación del alergeno, siendo este un proceso lento y difícil para la familia, tanto por la carga emocional como económica que implica, por lo que se beneficia de una alta sospecha clínica, consejería multidisciplinaria, indicaciones tempranas y una eventual derivación a especialidad según amerite.

FRACTURA DE ESTERNÓN, SIGNO DE TRAUMA SEVERO: REPORTE DE CASO

Felipe Moreno Toro (1), Cristian Verdugo Orellana (2), María Paz Opazo Mellado (3)
(1) Médico EDF Hospital de Parral, (2) Médico EDF Hospital de Licantén, (3) Médica EDF Hospital de San Javier

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS: Las fracturas de esternón (FE) son poco frecuentes, representan el 2 % de los ingresos por trauma torácico en los servicios de urgencia. Se producen por traumas sobre la pared anterior del tórax que conllevan gran liberación de energía como caídas, contusión y más frecuentemente accidentes automovilísticos. Se presenta el caso de un paciente que acudió a urgencias tras recibir trauma directo en la cara anterior del tórax, producido por un accidente vehicular. **MATERIAL Y METODO:** Análisis retrospectivo de CASO CLÍNICO con estudio crítico de literatura médica disponible. **RESULTADOS Y CONCLUSIONES:** Paciente de 64 años de edad, sin antecedentes mórbidos relevantes, traído por móvil SAMU tras sufrir volcamiento vehicular. Fue remitido al Hospital de Parral, consciente, orientado en tiempo y espacio. Al examen físico se encontró polipneico, frecuencia respiratoria de 25 por minuto, hipertenso, dolor intenso y crepitación a la palpación en región preesternal, sin escoriación ni hematoma, que dificultaba la respiración, sin alteración de movimientos de flexo extensión y lateralización del tronco. Se indicó radiografía de tórax (RXT), electrocardiograma (ECG) y exámenes de laboratorio. En estos se encontró al ECG ritmo sinusal a 83 latidos por minuto sin signos patológicos. En exámenes de laboratorio destaca CK total 374 UI/l, CKmb 43UI/l, troponina I 0,056ng/ml. La RXT de vista anteroposterior sin evidencia de fracturas costales, alteraciones mediastínicas, o pleuropulmonares, mientras que la RXT de vista lateral, destaca fractura del cuerpo del esternón. El paciente fue derivado al Hospital de Linares, donde es reevaluado e ingresado finalmente al servicio de cuidados intermedios con tratamiento analgésico y observación estricto de parámetros vitales. Ha evolucionado satisfactoriamente, con remisión del dolor. Es dado de alta al tercer día, con control ambulatorio en policlínico de traumatología. **DISCUSIÓN O COMENTARIOS:** La FE es un signo de trauma severo, hasta que se demuestre lo contrario. Cuadro clínico dolor localizado en la parte anterior torácica, que se incrementa con los movimientos respiratorios y la palpación de la región preesternal. El diagnóstico se realiza mediante una RXT lateral. El tratamiento en el 95 % de los casos es conservador, utilizándose exclusivamente analgésico y observación durante 48 horas, para controlar posibles complicaciones

SINDROME DE CHARLES BONNET: REPORTE DE CASO

Felipe Moreno Toro (1), Cristian Verdugo Orellana (2), Ámbar Parra Flores (3)
(1) Médico EDF Hospital de Parral, (2) Médico EDF Hospital de Licantén, (3) Médica EDF CESFAM Cirujano Videla, Iquique

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS: El Síndrome de Charles Bonnet (SCB) se caracteriza por la aparición de alucinaciones visuales complejas, elaboradas y persistentes en pacientes ancianos sanos, sin deterioro cognitivo, que presenta un déficit visual de cualquier origen. La incidencia SCH es 11% a 13% en personas con pérdida visual parcial. Se presenta el caso de una paciente adulta mayor con cuadros de alucinaciones secundario a la presencia de cataratas. **MATERIAL Y METODO:** Análisis retrospectivo de CASO CLÍNICO con estudio crítico de literatura médica disponible. **RESULTADOS Y CONCLUSIONES:** Mujer de 87 años, con antecedentes de hipertensión arterial, diabetes mellitus 2 no insulino resistente, cataratas bilaterales con disminución progresiva de la agudeza visual. Evaluada por psiquiatría, a petición de equipo de salud mental, por delirium. Con 2 años de evolución de alucinaciones visuales complejas, vividas, descritas como imágenes de "hombres con cabeza de pescado", que las veía en todo momento. Su reacción ante dichas alucinaciones era de ansiedad, miedo e inquietud, reconocía que estas imágenes no eran reales y además no se asociaban a otras alteraciones en el estado de ánimo o de la conciencia, tampoco a cambios del comportamiento. Al examen neurológico, paciente orientada en tiempo y espacio, lúcida, solo refería alucinaciones previamente descritas, sin alucinaciones auditivas, memoria, juicio y lenguaje conservado, sin agnosias ni apraxias. Electroencefalograma normal. Tomografía computada cerebral sin contraste que destaca cambios degenerativos propios de la edad. Se indicó uso de risperidona a dosis de 1 mg durante 3 meses. Al control la paciente refirió disminución, pero no una ausencia total de las alucinaciones. Se encontraba más tranquila, ya que se había explicado que el origen de estas alucinaciones no era una alteración mental, aceptando su nueva condición. **DISCUSIÓN O COMENTARIOS:** El SCB se presenta en pacientes añosos con deterioro de la visión, con patologías como degeneración macular, glaucoma, cataratas; siendo de predominio del sexo femenino. La identificación de SCB no siempre es fácil. Se trata de un problema infradiagnosticado. El tratamiento debe individualizarse caso a caso. Informar que se trata de un proceso benigno, importante para la tranquilidad del paciente.

DIABETES MELLITUS TIPO 2 EN LA COMUNA DE RIO IBÁÑEZ

Roberto Moreno Cuevas
Médico EDF Posta de Salud Rural Villa Cerro Castillo

INTRODUCCIÓN: La diabetes Mellitus (DM) es una enfermedad que va en ascenso. La encuesta nacional de salud (ENS) del año 2003 mostraba una prevalencia de DM de 4,2%, y en su última versión 2016-2017 un 12,3%. Debido al gran impacto de la DM en la salud de la población, se decidió estudiar la prevalencia de la DM de la comuna de Rio Ibáñez, para así conocer el panorama local y ver que aspectos se pueden mejorar. **OBJETIVOS:** Caracterizar el perfil epidemiológico de los pacientes de 15 años y más, con diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 2, que están en control en las postas de salud rural de la comuna de Río Ibáñez. **MATERIAL Y METODO:** Estudio descriptivo retrospectivo. Se revisaron los resúmenes estadísticos mensuales (REM) serie P4 de diciembre 2020 en las 5 postas de salud rural de la comuna de Rio Ibáñez, y se incluyó a todos los pacientes con diagnóstico de DM2 de 15 años y más. Para el cálculo de prevalencia se utilizó la proyección 2020 de población de 15 años y más de la comuna de Rio Ibáñez. Los datos fueron tabulados y analizados en programa Microsoft Excel. **RESULTADOS:** El estudio incluyó un total de 125 pacientes DM2, 55 hombres y 70 mujeres. La prevalencia de DM2 en la población de 15 años y más fue de 5,49%. La compensación o cobertura efectiva de tratamiento (hemoglobina glicosilada <7% en 15-79 años y hemoglobina glicosilada <8% en 80 años y más) fue de 31,2%. La evaluación anual de pie diabético estaba vigente en el 51,2%. La evaluación anual con fondo de ojo estaba vigente en el 18,4%. El uso de insulina estaba presente en el 31,2%. La amputación por pie diabético solo estuvo presente en 1 paciente (0,8%). El 4% tenía antecedente de accidente cerebrovascular, y un 4,8% tenia antecedente de infarto agudo al miocardio. **DISCUSIÓN:** Llama la atención la baja prevalencia de DM2 en la comuna de Rio Ibáñez (5,49%) en relación a la prevalencia nacional (12,3%). Revisando las metas sanitarias para DM2, se espera que para el año 2021 la compensación sea de al menos un 28%, meta que la comuna de Rio Ibáñez alcanza a cumplir (31,2%), sin embargo, se queda bastante al debe en relación a la meta de alcanzar al menos un 90% de evaluación anual de pie diabético (solo llega al 51,2%). También destaca el bajo porcentaje de diabéticos con fondo de ojo vigente (18,4%). Estos RESULTADOS sugieren que hay que optimizar estrategias de testeo y diagnóstico de DM2 en la comuna de Rio Ibáñez, ya que es probable que haya sub diagnóstico. En relación a la baja cobertura de evaluación de pie diabético y fondo de ojo, probablemente sea una consecuencia de la pandemia del SARS-CoV-2, la cual ha hecho que el personal de salud deje de lado las atenciones habituales y se enfoque en otras funciones.

HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN LA COMUNA DE RIO IBÁÑEZ

Roberto Moreno Cuevas
Médico EDF Posta de Salud Rural Villa Cerro Castillo.

INTRODUCCIÓN: La hipertensión arterial (HTA) es el principal factor de riesgo para enfermedad cardiovascular, estando presente en el 69% de las personas que sufren infarto agudo al miocardio (IAM) y en el 77% de las personas que sufren accidente cerebro vascular (ACV). Según la encuesta nacional de salud (ENS) del periodo 2016-2017, la prevalencia de HTA en Chile es del 27,6%, prevalencia que aumenta con la edad. Debido al gran impacto de la HTA en la salud de la población, se decidió estudiar la prevalencia de esta patología en la comuna de Rio Ibáñez. **OBJETIVOS**: Caracterizar el perfil epidemiológico de los pacientes de 15 años y más, con diagnóstico de hipertensión arterial, que están en control en las postas de salud rural de la comuna de Río Ibáñez. **MATERIAL Y METODO**: Estudio descriptivo retrospectivo. Se revisaron los resúmenes estadísticos mensuales (REM) serie P4 de diciembre 2020 en las 5 postas de salud rural de la comuna de Rio Ibáñez, y se incluyó a todos los pacientes con diagnóstico de HTA de 15 años y más. Para el cálculo de prevalencia se utilizó la proyección 2020 de población de 15 años y más de la comuna de Rio Ibáñez. Los datos fueron tabulados y analizados en programa Microsoft Excel. **RESULTADOS:** El estudio incluyó 383 pacientes con diagnóstico de HTA, 166 hombres y 217 mujeres. La prevalencia de HTA en la población de 15 años y más fue de 16,83%. La prevalencia por sexo fue de 14,02% para los hombres y 19,87% para las mujeres. El porcentaje de hipertensos con antecedente de IAM fue de 4,18%, con antecedente de ACV 4,96%, y con antecedente de enfermedad renal crónica (ERC) 35,51%. La compensación o cobertura efectiva de tratamiento (presión arterial <140/90 en 15-79 años y presión arterial < 150/90 en 80 años y más) fue de 59,53%. **DISCUSIÓN:** Llama la atención la baja prevalencia de HTA en la comuna de Rio Ibáñez (16,83%) en relación a la prevalencia nacional que entrega la última ENS (27,6%). Al analizar los datos por sexo, la prevalencia de HTA en hombres (14,02%) es menor que en mujeres (19,87%), tendencia que no se da a nivel nacional (27,5% hombres, 27,7% mujeres. ENS 2016-2017). En relación a las metas sanitarias para HTA, se espera que para el año 2021 la compensación sea de al menos un 43%, meta que la comuna de Rio Ibáñez cumple con amplio margen (59,53%). Los RESULTADOS de este estudio sugieren que hay que reforzar las estrategias de pesquisa y diagnóstico de HTA en la comuna de Rio Ibáñez, ya que, debido a la baja prevalencia comunal en relación al promedio nacional, es bastante probable que haya un sub diagnóstico de esta patología sobre todo en hombres.

PREVALENCIA DE LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA DURANTE LOS PRIMEROS 6 MESES DE VIDA EN POSTA DE SALUD RURAL DE VILLA CERRO CASTILLO.

Roberto Moreno Cuevas
Médico EDF Posta de Salud Rural Villa Cerro Castillo.

INTRODUCCIÓN: La organización mundial de la salud recomienda la lactancia materna exclusiva (LME) durante los primeros 6 meses de vida y luego mantener la lactancia materna asociada a otros alimentos hasta los 2 años. En chile, Según el último informe de vigilancia nutricional (2017), un 74,07% de los lactantes presenta LME al primer mes, disminuyendo a un 68,4% al tercer mes y a un 57,32% al sexto mes. Para el año 2021, la meta nacional es que la LME al sexto mes alcance al menos un 60%. Con el fin de conocer la realidad local se decidió estudiar la prevalencia de LME en la población infantil de la posta de salud rural de Villa Cerro Castillo, localidad rural de 376 habitantes ubicada en la comuna de Rio Ibáñez. **OBJETIVOS:** Conocer la prevalencia de la Lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses de vida de los lactantes atendidos en la posta de salud rural de Villa Cerro Castillo. **MATERIAL Y METODO:** Estudio descriptivo retrospectivo. Se revisaron las cartolas de control niño sano de la posta de salud rural de Villa Cerro Castillo, y se incluyeron a los lactantes que tuvieron sus controles del primer, tercer, y sexto mes entre enero de 2016 y diciembre de 2020. En cada control se analizó si la alimentación correspondía a Lactancia materna exclusiva (LME), lactancia materna + formula láctea (LM+FL), o formula láctea (FL). Los datos obtenidos fueron registrados y analizados en programa Microsoft Excel. **RESULTADOS:** El estudio incluyó 26 lactantes, 16 hombres y 10 mujeres. La prevalencia de LME fue de 73,08% en el primer mes, 69,23% al tercer mes y 50% al sexto mes. El uso de LM + FL fue de 26,92% al primer mes, 23,08% al tercer mes y 34,62% al sexto mes. El uso de FL fue de 0% el primer mes,7,69% el tercer mes y 15,38% al sexto mes. **DISCUSIÓN:** En el grupo estudiado la LME tiende a disminuir desde el primer mes (73,08%) hacia el sexto mes (50%), similar a lo que ocurre a nivel país, sin embargo, la prevalencia de la LME al sexto mes esta por debajo del promedio nacional (57,32%) y lejos de la meta nacional de mantener al menos un 60% de LME al sexto mes. Si bien este estudio no puede determinar las causas de la disminución de LME hacia el sexto mes, las cifras invitan a reforzar la promoción de la LME y sus beneficios en la comunidad de Villa Cerro Castillo.

PREVALENCIA DE OBESIDAD INFANTIL EN MENORES DE 6 AÑOS BAJO CONTROL EN LAS POSTAS DE SALUD RURAL DE LA COMUNA DE RIO IBÁÑEZ

Roberto Moreno Cuevas
Médico EDF Posta de Salud Rural Villa Cerro Castillo.

INTRODUCCIÓN: A nivel mundial la obesidad infantil va en aumento, estimándose que al año 2016 había 41 millones de niños menores de 5 años con sobrepeso u obesidad. Chile no es la excepción, donde la prevalencia de obesidad en menores de 6 años ha variado de 7,1% en 2005 a 11,68% en 2017. La obesidad infantil aumenta el riesgo de síndrome metabólico en niños e incrementa el riesgo de patologías crónicas en la edad adulta como hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo2, dislipidemia, entre otras. Debido al gran impacto en salud pública que provoca la obesidad infantil, se decidió analizar a la población menor de 6 años bajo control en las postas de salud rural de la comuna de Rio Ibáñez para determinar la prevalencia de obesidad en este grupo y estimar la magnitud del problema a nivel local. **OBJETIVOS:** Determinar la prevalencia de obesidad en menores de 6 años bajo control en las postas de salud rural de la comuna de Rio Ibáñez. **MATERIAL Y METODO:** Estudio descriptivo retrospectivo. Se revisaron los resúmenes estadísticos mensuales (REM) serie P2 de diciembre 2020 en las 5 postas de salud rural de la comuna de Rio Ibáñez, y se incluyó a la población cuya edad fuera menor a 72 meses, pero igual o mayor a 1 mes. La muestra se caracterizó por sexo y diagnóstico nutricional, y los datos fueron tabulados y analizados en Microsoft Excel. **RESULTADOS:** Se obtuvo una muestra de 141 menores, 73 hombres y 68 mujeres. La desnutrición fue de 0%, el riesgo de desnutrir fue de 2,13%, el diagnóstico nutricional normal fue de 51,06%, el riesgo de obesidad /sobrepeso fue de 28,37%, y la obesidad fue de 18,44%. Al separar los datos por sexo, la obesidad en hombres fue de 20,5%, y en mujeres fue de 16,2%. **DISCUSIÓN** Las cifras de la comuna de Rio Ibáñez son realmente preocupantes. Al comparar los RESULTADOS obtenidos con los datos entregados en el último informe de vigilancia nutricional (2017), la prevalencia de obesidad en los menores de 6 años de esta esta comuna (18,44%) supera el promedio nacional para este rango etario (11,68%), y también esta por sobre el promedio regional (16,33%). Al analizar los datos por sexo, la prevalencia de obesidad es mayor en hombres (20,5%) que en mujeres (16,2%), diferencia que a nivel nacional no es tan marcada (11,97% y 11,38% respectivamente). Que Rio Ibáñez supere el promedio regional de obesidad infantil, en una región donde la obesidad infantil esta muy por encima del promedio nacional, da cuenta de que hay mucho trabajo por hacer, partiendo por reforzar en la población la importancia de los estilos de vida saludables.

RESULTADOS PERINATALES EN PANDEMIA COVID-19 DURANTE 2020

Rodrigo Moreno Salinas (1), Ma. Francisca de Jourdan Haverbeck (1), Iván Alvarado López (1), Carolina Acevedo Jara (2) Dafne Donoso Rival (3)
(1) Médicos, Matrona (2), Tecnologa Médica (3),
Hospital Regional Libertador Bernardo OHiggins

INTRODUCCIÓN y OBJETIVOs. Ha más de un año de la pandemia Covid-19, son pocas las publicaciones nacionales sobre los efectos de esta enfermedad sobre el embarazo y su recién nacido (RN). Este trabajo describe el impacto perinatal en el Hospital Regional Rancagua (HRR), Región sexta de O'Higgins. **MATERIAL Y METODO**. Se describen los RESULTADOS de embarazadas con Covid-19 entre mayo y diciembre 2020, en relación a los partos en el mismo periodo en porcentajes, y las características de su evolución y resultado obstétrico. Se describe la frecuencia de grupo sanguíneo ABO y RH. Se calcula el riesgo relativo (casos/referencia) para el grupos AB, A, B y O, y RH D(-) con valor referencia = 0,0240; 0,2898; 0,0906 y 0,5955, y 0,0642 respectivamente, según UMT de este hospital (2019). **RESULTADOS**. En los 8 meses en estudio 59 embarazadas dieron PCR positivo para Covid-19, entre 1565 partos, representan el 3,77% de positividad, con valor mínimo en octubre 0,51% y máximo en julio con 9,85%. Edad promedio 27,4 años, con edades extremas 17 y 42 años. A diciembre: 10 no habían parido (16,95%), 3 abortaron (5,1%), hubo 1 mortinato (1,69%), 5 embarazos eran gemelares (8,4%) con solo 2 monocigotos, y 10 requirieron hospitalización (16,95%) en alguna etapa de su embarazo, de estas una era haitiana. Nacionalidad 6 de Haití (10,17%) y de 1 Perú (1,69%). 2 eran origen mapuche (3,38%). Primigestas 13 (22%). Hubo solo 2 RN PCR+ al nacer entre 1589 (0,12), pero 4,1% de los 49 casos nacidos, no requirieron UCI. De los 44 nacimientos únicos 10 son prematuros 22,7%, de estos el 80% tiene microcefalia, en cambio, entre los RN a término, eran 16 el 47,0% con microcefalia leve, hasta 31 cm. La frecuencia de grupo sanguíneos ABO es AB = 0,0169, A = 0,2712, B = 0,0847 y O = 0,6271, y RH negativo = 0,0339. El RR es 0,70; 0,94; 0,93 y 1,05, y 0,52 respectivamente. **DISCUSIÓN O COMENTARIOS**. En relación al único estudio que describe grupos sanguíneos en embarazadas con Covid-19 en Chile, es en el Hospital El Pino de Santiago (HEP) (Rev. Soc. Méd. Sexta Región 2019-2020, VI (1): 55-62) y en población adulta (misma revista páginas 16-22). El HRR tiene menos del 25% de positividad que el HEP (18,3%) y ningún caso hospitalizado requirió UCI (HEP 2,2%). También en HRR hubo menos embarazadas haitianas y mapuches (HEP 21,33 y 9,33% respectivamente). Para el grupo sanguíneo A, el RR en embarazadas es inverso en HRR es de protección (0,93) que en el HEP que es de riesgo (1,12). Inverso ocurre para población no embarazada entre ambos hospitales, el grupo A es de riesgo en HRR (1,51) y de protección en HEP (0,86). Esto parece reflejar el cambio inmunológico del embarazo, que sería inverso a la población general y más benigno en embarazadas de la sexta región. Este trabajo plantea un riesgo teratogénico del SNC, asociado a microcefalia cuyo efecto sería mayor mientras más precoz, aún en Covid recuperadas

MELANOMA NODULAR EN PERSONA ALBINA, A PROPÓSITO DE UN CASO

Eduardo Mundaca Stuardo (1), Nicolás Thomann Seiltgens (1), Carolina Castro Mardones (2)
(1) Médico EDF, Cesfam Pucón, (2) Médico EDF, Cesfam Curarrehue

INTRODUCCIÓN: El albinismo es la genodermatosis autosómica recesiva por defecto o falta de la enzima tirosinasa necesaria en la melanogénesis, generando falla en conversión de tirosina a melanina, los melanocitos son normales en número y forma. Se caracteriza por falta de pigmentación en piel, pelo y ojos. El melanoma es la neoplasia maligna que se origina en los melanocitos epidérmicos, dérmicos o mucosas. Existen diversas presentaciones, donde el melanoma nodular es la forma más agresiva. Los datos histopatológicos son los que confieren pronóstico: tipo histológico; presencia de ulceración; atipla celular e índice mitótico; necrosis; invasión vascular y/o neural; e indice microscópico de Breslow. **PRESENTACIÓN DEL CASO:** Masculino de 29 años con antecedente de albinismo, consulta por un aumento de volumen de tres meses de evolución sobre nevo en cara medial pierna izquierda. Al momento en que es evaluado por cirugía: lesión de 50x8mm con gran masa inguinal, lesiones subcutáneas en cuero cabelludo y cervical posterior. Se realiza biopsia que informa melanoma maligno, ulcerado de variedad nodular en fase de crecimiento vertical, infiltrante hasta hipodermis nivel V Clark y 177mm espesor Breslow. Inmunohistoquímica compatible con melanoma. Se realiza PET-CT: múltiples lesiones secundarias en cuero cabelludo, clavícula, vertebrales, pulmones, hígado, peritoneo y pelvis. Comité oncológico sugiere inmunoterapia como tratamiento, pero dado proteinuria repetida en exámenes no se realiza tratamiento. Se ofrece tratamiento experimental con hormonoterapia, no realizado por complicación médica de paciente. Paciente evoluciona con daño hepático, ictericia, dolor óseo y abdominal que maneja con opiáceos, finalmente fallece al tercer mes desde hallazgo lesiones secundarias. **DISCUSIÓN y COMENTARIOS:** Habitualmente el melanoma nodular tiene una edad de incidencia entre quinta y sexta década de edad, edad mayor a lo observado en este paciente. Albinismo, exposición solar y factores genéticos podrían explicar su incidencia a menor edad. Con pronóstico variable según el estadio. Melanoma con presencia de metástasis tiene pronóstico de vida a 5 años menor al 10%. Por sí mismo, el albinismo no tiene cambios en pronóstico de vida respecto al resto de la población, pero mayor incidencia de enfermedades oculares y cáncer de piel son las principales complicaciones. Es importante dar énfasis a pacientes con albinismo sobre medidas preventivas y sospecha de melanoma, en particular, y cáncer de piel, en general.

USO DE MINIPLACAS COMO ALTERNATIVA AL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO EN PACIENTES CLASE III CON TÉRMINO DE CRECIMIENTO

María Soledad Munizaga Naveillan (1), Paulina Jovanna Gacitúa Cartes (1), Eduardo Álvarez Palacios (2)
(1) Cirujano Dentista, GAR ortodoncia LTDA, (2) Ortodoncista, GAR ortodoncia LTDA

INTRODUCCIÓN: Las anomalías esqueletales de clase III usualmente son las más desafiantes para el ortodoncista. Corresponden a una discrepancia en la posición de los maxilares, en donde la mandíbula aparenta estar en una posición adelantada, pero su etiología puede corresponder a una falta de DESARROLLO anteroposterior del maxilar por sí sólo, por una mandíbula protruída o por ambas situaciones en conjunto. En los pacientes que ya terminaron su crecimiento, el tratamiento ortodóncico y quirúrgico (cirugía ortognática) es el indicado. Sin embargo, el desafío es mayor cuando el paciente desea un tratamiento sin cirugía. El anclaje en ortodoncia es utilizado para resistir movimientos indeseados al aplicar fuerzas en una o más piezas dentales. En la actualidad, el uso de elementos de anclaje absoluto ha sido de gran utilidad en la práctica clínica y uno de ellos son las miniplacas. Éstas se ubican en las áreas bucales de maxilar y/o mandíbula bajo un colgajo de periostio y fijadas con microtornillos. Resisten grandes fuerzas ortopédicas y permiten la tracción de la maxila o la retracción de la mandíbula, y se utilizan, entre otras indicaciones, en el tratamiento de pacientes clase III esqueletal. **OBJETIVOS**: Conocer por medio de diversos casos clínicos, el uso de miniplacas y los beneficios que pueden tener en pacientes clase III esqueletal con indicación de cirugía ortognática. **MATERIAL Y METODO**: Búsqueda bibliográfica electrónica en PubMed, utilizando los términos MeSH "Orthodontic anchorage", "Skeletal anchorage", "temporary anchorage devices", "Class III treatment", "Biomechanics". Se realizó una revisión de la biomecánica del uso de miniplacas y se compararon RESULTADOS clínicos con los presentados en la literatura. **RESULTADOS y CONCLUSIONES**: Se observó clínicamente una resolución de la discrepancia de los maxilares en los pacientes clase III esqueletal con indicación de cirugía solamente utilizando aparatología ortodóntica con miniplacas. El uso de miniplacas puede ser una ventaja en el tratamiento de pacientes quirúrgicos, ya que al estar bien indicadas pueden dar una resolución del caso prescindiendo de la cirugía ortognática. **DISCUSIÓN**: El uso de aparatos de anclaje esqueletal (TADs) está ampliamente documentado en la literatura. La gran mayoría de los casos clínicos presentados, utilizando este tipo de anclaje, se refieren a pacientes en crecimiento activo. Sin embargo, en pacientes con crecimiento finalizado y grandes discrepancias, cuya solución al problema es ortodóncico y quirúrgico, es menos publicada. En estos pacientes, la literatura menciona que la utilización de miniplacas, entre otros elementos de anclaje, permiten movilizar los maxilares utilizando fuerzas mayores y obteniendo RESULTADOS que en algunos casos podrían evitar una cirugía ortognática.

ANÁLISIS DE LOS DIAGNÓSTICOS DE EVACUACIONES AEROMÉDICAS EN UN HOSPITAL DE BAJA COMPLEJIDAD AISLADO EN TIERRA DEL FUEGO.

Nicolás Muñoz Bravo, Macarena Partos Aros
Médicos EDF Hospital de Porvenir

INTRODUCCIÓN: Evacuación aeromédica (EVACAM) se define como el transporte por vía aérea de heridos o enfermos, bajo una atención médica permanente y continua, desde un hospital, zona de combate o catástrofe hasta centros de tratamiento definitivos. El Hospital Dr. Marco Chamorro de Porvenir, es un hospital de baja complejidad en la región de Magallanes; se encuentra en la isla de Tierra del Fuego y su centro derivador se encuentra en Punta Arenas. En su condición de isla, el traslado hacia Punta Arenas se puede realizar por vía marítima en 2 hrs, terrestre-marítimo de 5 hrs o aéreo de 15 min. Es por esto que en situaciones críticas se utiliza esta última vía de traslado de pacientes al centro de referencia.
METODOLOGÍA: Se realizó un análisis retrospectivo de los registros históricos del servicio de urgencias desde enero 2018 a diciembre 2020. Se tabularon los datos según el diagnóstico de egreso de nuestro hospital y el año. **RESULTADOS**: El 2018 la mayoría de las EVACAM fueron por: Traumatismo encéfalocraneano (TEC) (12%), apendicitis aguda (11%), ataque cerebrovascular (ACV) e infarto agudo al miocardio (IAM) (8%). En 2019: apendicitis aguda, IAM y trabajo de parto (10%), seguido por TEC (9%). En 2020, los diagnósticos más frecuentes fueron: Insuficiencia respiratoria aguda por COVID-19 (33%), ACV (14%), apendicitis aguda (5%), TEC, IAM, gran quemado, hemorragia digestiva alta y fracturas (4%). En el acumulado de los 3 años, la insuficiencia respiratoria aguda por COVID-19 representa el 14%, seguida por ACV (10%), apendicitis aguda y TEC (8%) e IAM (7%). **DISCUSIÓN**: Las patologías más frecuentes que son derivadas vía aérea son patologías tiempo dependientes o que requieren manejo más avanzado del que es posible otorgar en un hospital de baja complejidad. La pandemia causada por COVID-19 modificó los diagnósticos más frecuentes, siendo en el 2020 la patología, por lejos, que más EVACAM requirió y en el acumulado de los 3 años analizados, la más frecuente. Es importante que los equipos de salud de centros aislados se encuentren preparados para dar la atención inmediata a pacientes con estas patologías y exista una buena coordinación de la red de salud, para así poder entregar las mejores opciones a pacientes que habitan estas zonas. Sin duda, la pandemia por SARS-CoV-2 exigió a todo el sistema de salud, incluso en los lugares más remotos.

PLAN DE ACCIÓN PARA PACIENTES POLICONSULTANTES EN EL SERVICIO DE URGENCIAS EN ATENCIÓN PRIMARIA.

Nicolás Muñoz Bravo, Macarena Partos Aros
Médicos EDF Hospital de Porvenir

INTRODUCCIÓN: Los usuarios policonsultantes constituyen un importante desafío para los sistemas de salud. Aproximadamente un 5% de la población utiliza entre un 45 y 50% de los recursos en salud destinados a la Atención Primaria (APS). Este desafío para el equipo de salud lleva muchas veces a la frustración, por no poder dar solución a las demandas de los pacientes. Por esto es importante generar una estrategia local e interdisciplinaria, involucrando a todo el equipo de APS. **MÉTODO:** Se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo, dividiéndose el año 2020 en 2 semestres (enero-junio y julio-diciembre). Se obtuvieron los datos desde IRIS Salud, seleccionando quienes tuvieran 7 o más consultas en el servicio de urgencia por cada semestre. De este análisis se excluyeron pacientes que sumaban 7 o más consultas debido a tratamientos o curaciones realizadas en el Servicio de Urgencias, las que corresponden a prestaciones entregadas durante fines de semana o fuera de horario hábil de APS, que son planificadas entre los equipos. **RESULTADOS**: 1° semestre 2020: se contabilizaron 40 pacientes con 7 o más consultas en el Servicio de Urgencias, acumulando entre éstos 406 consultas. El 55% corresponden a mujeres y el 45% a hombres. El promedio de edad fue de 44,5 años (de 1 a 85 años). El promedio de consultas fue de 10,15. El 47% de los motivos de consulta estaban relacionados. Los diagnósticos más frecuentes fueron: Rinofaringitis aguda (6%), Diarrea y gastroenteritis aguda (5%), Cefalea (3%) y Lumbago (3%). El 2° semestre 2020: se contabilizaron 13 pacientes con 7 o más consultas en el Servicio de Urgencias, acumulando entre éstos 130 consultas. El 69% corresponden a hombres y 31% a mujeres. El promedio de edad fue de 51,23 años (23 a 80 años). El promedio de consultas fue de 10. El 67% de los motivos de consulta estaban relacionados. Los diagnósticos más frecuentes de las policonsultas fueron: COVID-19 - virus no identificado (10%), Pulpitis (4%), Cefalea (2%) y Lumbago (2%). **DISCUSIÓN**: Para lograr un manejo integral de estos pacientes, lograr atender sus necesidades y una óptima utilización de recursos, se propone el siguiente flujograma de trabajo y seguimiento para intervenir a los pacientes policonsultantes. Semestralmente el equipo de cabecera solicitará a SOME el listado de pacientes policonsultantes en el Servicio de Urgencias. Los casos serán analizados y se planificará un plan de intervención, de manera de gestionar de mejor manera sus necesidades. Para esto podrán derivar a los pacientes a PESPI y medicina complementaria, realizar talleres comunitarios y ofrecer a través de la atención ambulatoria una solución a sus demandas, pudiendo apoyar farmacológicamente y con psicoterapia. El equipo de cabecera deberá realizar un seguimiento de estos pacientes, registrando los planes e intervenciones en la ficha clínica. La periodicidad del seguimiento la podrán establecer según las necesidades de cada paciente en particular. Finalmente se evaluarán los RESULTADOS luego de 2 semestres de intervenciones, esperando poder dar solución a este desafío de salud pública.

TROMBOCITOPENIA INDUCIDA POR HEPARINA (HIT): REPORTE DE UN CASO.

Camilo Muñoz Núñez (1), Juan Nauto Reyes (2), Camila Sandia Zúñiga (2)
(1) Médico General, Consultorio Marcelo Mena, Valparaíso, (2) Médico EDF, Hospital Mario Sánchez Vergara, La Calera

INTRODUCCIÓN: Entre 1 y 5% de los pacientes podrían presentar trombocitopenia con el uso de este fármaco. Sus principales factores de riesgo son: sexo femenino, cirugías (en particular cardiacas u ortopédicas), severidad del trauma y cáncer. Se presenta habitualmente a partir del cuarto día desde su administración e implica un descenso de más del 30% del conteo basal de plaquetas. Su manifestación conlleva un riesgo del 53% de producir un evento trombótico a 30 días, incluyendo TEP en hasta un 25% de los casos.
OBJETIVOs: Reportar CASO CLÍNICO, **MATERIAL Y METODO:** Revisión de ficha clínica. **CASO CLÍNICO**: Paciente femenina de 85 años que ingresó por fractura pertrocantérea derecha con plaquetas de 215.000/mm^3. Se indicó HBPM en dosis profilácticas. A raíz de episodio de melena intrahospitaliario se realizó estudio que concluye Cáncer Gástrico Borman III de fundus. Hemogramas de control evidenciaron trombocitopenia progresiva hasta 20.000/mm^3. TC resulta negativa para diseminación metastásica, pero positivo para trombosis ileofemoral derecha, tromboembolismo pulmonar izquierdo y subsegmentario derecho. Evaluada por hematología se plantea HIT. Se suspendió uso de heparina, iniciando manejo con dabigatrán e instalación de filtro de vena cava por cirugía vascular. Se definió manejo paliativo de cáncer gástrico y alta traumatológica dado consolidación de fractura con tratamiento conservador. Paciente al alta con plaquetas de 92.000/mm^3.
DISCUSIÓN: La HIT es una reacción adversa infrecuente que, sin embargo, dada la gravedad de sus posibles consecuencias y el amplio uso de este fármaco, debe considerarse en la práctica diaria, aún más en pacientes con factores de riesgo. Su manejo requiere suspensión inmediata del medicamento e indicación de Argatrobán como anticoagulante de primera línea, el cual no se encuentra disponible en Chile. Es importante recalcar que la Warfarina no forma parte del manejo dado su efecto procoagulante inicial.

SÍNDROME HEMOLÍTICO URÉMICO DE PROBABLE ETIOLOGÍA INFECCIOSA EN PACIENTE ADULTO: EPORTE DE CASO

Alonso Muñoz Olivares (1), Cesar Órdenes Venegas (2)
(1) Médico EDF DSM Laja Posta Santa Elena, (2) Médico Cirujano DSM Laja

INTRODUCCIÓN: El síndrome hemolítico urémico (SHU) es una enfermedad rara definida por la presencia de una anemia hemolítica microangiopática no inmune, trombocitopenia y compromiso renal. La mayoría de los casos ocurren en la edad pediátrica y en relación con la presencia de diarrea causada por bacteria productora de toxina Shiga. Es una enfermedad rara en el adulto, siendo la incidencia más baja descrita entre los 55 y 60 años (0,5/100.000) **PRESENTACIÓN DE CASO:** Se presenta el caso de un paciente de 58 años con antecedentes de hipertensión arterial, diabetes tipo 2 y dislipidemia que consulta por cuadro de 3 días de evolución caracterizado por compromiso del estado general, dolor abdominal, diarrea en una oportunidad y vómitos, asociado a ictericia y coluria. Se deriva a hospital base por sospecha de colecistitis aguda. Evaluado por cirugía con ecotomografía abdominal que descarta colelitiasis y TAC abdominal con imagen de distensión vesicular inespecífica. Dentro de los exámenes de ingreso destaca anemia macrocítica (Hb 7,56) leucocitosis 16400, microhematuria, creatinina 4,8, BUN 91, PCR 205, Bilirrubina total 7,16, bilirrubina indirecta 6,3, GOT 99, GPT 61, virus hepatotropos no reactivos, serología para leptospira (-), test de Coombs (-), Hemocultivos y coprocultivo negativos. Requiere múltiples transfusiones de glóbulos rojos por anemia hemolítica no inmune, debido a clínica compatible y antecedente de gastroenteritis se interpreta cuadro como SHU de probable etiología infecciosa, si bien no logra aislarse microorganismo. Se inicia hemodiálisis (HD) y 5 sesiones de plasmaféresis, con evolución satisfactoria. Actualmente continua controles con nefrología y en posta, con recuperación de función renal, sin requerimientos de HD. **DISCUSIÓN:** El SHU es una anemia hemolítica microangiopática que afecta fundamentalmente al riñón y se caracteriza por insuficiencia renal aguda, anemia hemolítica microangiopática y trombocitopenia. Su forma típica (90%) esta asociada a diarrea aguda de causa infecciosa, principalmente por Escherichia coli O157H:7, en sus formas atípicas se relaciona con mayor frecuencia a alteraciones del complemento (5%). Es una enfermedad que se observa principalmente en niños menores de 2 años. La incidencia en el paciente adulto es rara por lo que se requiere un alto grado de sospecha para el diagnóstico y oportuna instauración de terapias de soporte.

NEFROPATÍA MEMBRANOSA, SECUNDARIA A SÍNDROME DE SUPERPOSICIÓN ESCLEROSIS SISTÉMICA - LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO, PRESENTACIÓN DE UN CASO

Rodrigo Muñoz Ramirez, Celia Fuenzalida Del Valle, Nicolás Garrido Soto, Nikoll Torres Navarrete,
Médicos EDF Hospital de Nancagua.

INTRODUCCIÓN: La nefropatía membranosa (NM) es una de las causas más comunes de síndrome nefrótico en adultos no diabéticos. La NM puede ser primaria o secundaria, está a se ha atribuido a una variedad de agentes o afecciones sistémicas como el lupus eritematoso sistémico (LES). Los síndromes de superposición se definen por la presencia de signos y síntomas de al menos dos enfermedades del tejido conectivo que satisfacen los criterios de clasificación de cada entidad clínica por separado. **MATERIAL Y MÉTODO: CASO CLÍNICO**. Se presenta paciente femenino de 53 años con antecedentes de Hipertensión Arterial, anemia crónica y enfermedad por reflujo gastroesofágico en tratamiento con losartá, atorvastatina, y omeprazol. Consulta por cuadro de una semana de edema generalizado, y orina espumosa, refiere hace meses mialgias generalizadas, poliartralgias, fenómeno de raynaud y rigidez matutina mayor a una hora. Al examen físico normotensa 101/73 mmhg, eritema malar, esclerodactilia, piel acartonada en manos antebrazos y tronco y cara, apertura bucal de 3 dedos, edema de miembros inferiores y pared abdominal. Exámenes de laboratorio destaca proteinuria de 24 horas 5.19 gr, creatinina 0.68 mg/dl orina completa con proteinuria sin cilindros, albúmina: 2.5 mg/dl, Hemoglobina: 11,7 g/dl Leucocitos: 6140 Plaquetas: 314000 V.H.S: 108 mm/h, PCR: 4 mg/L, glucosa 107 mg/dl, colesterol LDL 226 mg/dl, Perfil ANA positivo 1/5120 patrón centromérico. ENA anti DNA, Anti RNP, Anti RO, Anti LA, Anti SCL-70, ANCA y serología para hepatitis B y C negativos. Complemento C3 y C4 conservados. TAC de tórax con dilatación esofágica y derrame pleural bilateral mínimo. Se sospecha de glomerulopatía membranosa secundaria a LES. Se trata con furosemida, metotrexato, micofenolato y prednisona. Evolucionando con buena respuesta clínica, disminución de edema y proteinuria, dada la buena respuesta al tratamiento inicial se decide no realizar biopsia renal. **RESULTADOS y CONCLUSIONES:** La paciente presenta criterios clínicos suficientes para realizar el diagnóstico de esclerodermia y de lupus eritematoso sistémico, por separado. En cuanto al compromiso renal tomando en cuenta las características clínicas y de laboratorio se sospecha de glomerulopatía membranosa, **DISCUSIÓN y COMENTARIOS:** El síndrome de superposición ES-LES es una combinación no infrecuente que afecta hasta al 6,8 % de los pacientes con ES y que implica un tratamiento que puede requerir altas dosis de corticoides. Un desafío surge entre los pacientes con afectación renal, con signos y síntomas que pueden corresponder a manifestaciones de nefritis lúpica o, más raramente, pero de manera importante, una complicación de la Esclerosis sistémica, como crisis renal esclerodérmica.

LUPUS CUTÁNEO, A PROPÓSITO DE UN CASO.

Karla Muñoz Saldías (1), Antonio Olivares Mendieta (2), Camila García Pasarín (3), Karla Cabrera Tabilo (2),
Alejandra Moreno Sanchez (4)
(1) Médica EDF CESFAM Dr. Enrique Montt, Calama, (2) Médicos EDF CESFAM Central, (3) Médica EDF CECOF Oasis,
(4) Médica EDF CESFAM Alemania.

El Lupus eritematoso sistémico es una enfermedad autoinmune donde complejos del sistema inmunitario dan lugar a un proceso inflamatorio crónico en numerosos órganos y tejidos. Su etiología aún es desconocida y generalmente está acompañada de más enfermedades autoinmunes. Dentro del cuadro clínico tenemos síntomas generales (debilidad y fatiga, febrícula o fiebre, pérdida de peso), manifestaciones cutáneas (Lupus eritematoso cutáneo agudo, subagudo, crónico y lesiones no específicas), musculoesqueléticas, renales, respiratorias, cardiovasculares, neurológicas, hematológicas y digestivas. Los criterios diagnósticos se basan en síntomas clínicos típicos y de laboratorio (ANA – antiDNA o anti SM), en la práctica clínica se suelen utilizar criterios de Clasificación ACR. **CASO CLÍNICO**: Femenina de 26 años de edad consulta por cuadro de 3 meses de duración de lesiones eritematosas circulares en mejillas y nariz, sin dolor, sin prurito, además de lesiones atróficas de coloración morada y dolorosas en manos y pies. Es tratada en extrasistema como úlcera por presión (por mascarilla o respirador en contexto pandemia), dermatitis por contacto y alergia no especificada con corticoides (Betametasona y clobetasol) además de tacrolimus al 0,1% sin remisión. Se realiza Biopsia de lesiones que informa en una dermatitis perivascular y perianexial, superficial y profunda de predominio linfocitario, focos de vacuolización de capa basal de predominio infundibular, focos de engrosamiento de membrana basal que apoyan hipótesis diagnóstica de Lupus cutáneo. En las lesiones de extremidades informa dermatitis linfocitaria en parte liquenoide y perivascular de compromiso superficial con focos de atrofia epidérmica y ausencia de predominio superficial.Exámenes de laboratorio: anemia microcítica e hipocrómica, leucopenia (2.400 leucocitos), plaquetas: 185.000, VHS: 30, ANA (+) 1/640 patrón homogéneo, ANCAp y ANCAc negativos, orina completa levemente inflamatoria sin proteinuria, se realiza diagnóstico de Lupus Eritematoso Sistémico recibiendo terapia inmunosupresora con buena adherencia y control. Actualmente persisten lesiones cutáneas, más atenuadas y remisión completa de lesiones de extremidades. **DISCUSIÓN**: Se presenta este caso para tener siempre en consideración el diagnostico diferencial de LES y LE cutaneo en una mujer en edad fértil que consulta por lesiones cutaneas caracteristicas y persistentes.
CONCLUSIÓN: LES es más frecuente en mujeres de 16 – 55 años. Debido a su amplia gama de presentaciones y manifestaciones es cada vez más importante tener presente esta posibilidad diagnóstica ante lesiones cutáneas que no remiten ante tratamientos de primera y segunda línea.

RAQUITISMO CARENCIAL, A PROPÓSITO DE UN CASO DETECTADO EN APS

Charly Muñoz Vargas (1), Ivana Pérez Cvjetkovic (2), Pablo Caballero Marambio (1)
(1) Médico EDF, CESFAM 18 de septiembre, (2) Médica APS, CESFAM 18 de septiembre.

INTRODUCCIÓN: El raquitismo se caracteriza por un trastorno del proceso normal de mineralización ósea del hueso en periodo de crecimiento, siendo su causa más frecuente el déficit de vitamina D. Su diagnóstico se basa en un cuadro clínico compatible, además de alteraciones de laboratorio e imagenológicas. La prevención de esta enfermedad consiste en una ingesta adecuada de vitamina D junto con una adecuada exposición solar. **OBJETIVO**: Descripción del CASO CLÍNICO, análisis y revisión bibliográfica. **MATERIAL Y METODO**: Se presenta el caso de una paciente preescolar femenina de 2 años 7 meses sin antecedentes mórbidos, cuya madre consulta en atención primaria por alteración de la marcha de 1 año de evolución asociado a gonalgia bilateral intermitente. En la anamnesis destaca suplementación deficiente de vitamina D e ingesta láctea sólo mediante lactancia materna. Al examen físico se evidencia talla baja, trastorno de la marcha, marcado genu varo y ensanchamiento de rodillas, tobillos y muñecas. Se solicitan exámenes de laboratorio que reportan 25-OH vitamina D 7.4 ng/ml, fósforo 2.5 mg/dl, paratohormona 775.2 pg/ml, FA 2445 U/I y calcio 8.6 mg/dl. La radiografía de extremidades inferiores evidencia adelgazamiento cortical diafisiario, con ensanchamiento de las metáfisis y perdida de la nitidez de la línea metafisiaria distal en ambas rodillas. La radiografía de muñecas muestra ensanchamiento epifisiario del radio y ulna con imagen en copa invertida. Con la información obtenida se diagnostica raquitismo de probable origen carencial y se indica tratamiento con vitamina D 2000 UI al día vía oral, con posterior control al mes donde se observa normalización de los parámetros de laboratorio. **DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES:** La suplementación profiláctica ha logrado que el raquitismo por deficiencia de vitamina D se considere una patología de baja prevalencia en la actualidad, aunque continúa siendo un problema de salud especialmente en países en DESARROLLO, zonas templadas y niños con lactancia materna exclusiva. Es importante seguir una METODOLOGÍA de diagnóstico apropiada ya que no todos los raquitismos se deben a una incorrecta absorción o producción de vitamina D; en este sentido, un adecuado conocimiento de la enfermedad y la sospecha activa por parte del médico general son fundamentales para un diagnóstico precoz y manejo apropiado

ESCLEROSIS LATERAL AMIOTRÓFICA: SOSPECHA CLÍNICA Y ROL DEL MÉDICO GENERAL EN HOSPITAL DE BAJA COMPLEJIDAD, A PROPÓSITO DE UN CASO.

Katyna Nahuelcura Henriquez (1) , Isa Canessa Muñoz (1), Diego Encalada Cárdenas (2), Patricio Lara Leal (3)
(1) Médico EDF Hospital Dr. Mario Sánchez Vergara de La Calera, (2) Médico EDF Hospital San Agustín de La Ligua
(3) Interno de Medicina VI año, Universidad de Valparaíso

INTRODUCCIÓN y OBJETIVOS: La esclerosis lateral amiotrófica (ELA) es una enfermedad neurodegenerativa que afecta primera y segunda motoneurona, sin tratamiento curativo, con una supervivencia al diagnóstico del 20% a los 3-5 años. El OBJETIVO de esta revisión es presentar un CASO CLÍNICO de ELA que se sospecha desde su consulta en el servicio de urgencias y con ello definir el rol del médico general en un hospital de baja complejidad. **PRESENTACIÓN CLÍNICA**: Mujer de 46 años, sin mórbidos, con historia de 2 años de paresia de extremidades inicialmente inferiores y luego superiores, que agrega disfagia y dificultad para hablar últimos 6 meses. Presenta historia de caídas frecuentes. Consulta en urgencias del Hospital Dr. Mario Sánchez Vergara de La Calera tras caída de su propia altura golpeándose región frontal derecha. Presenta herida simple de cuero cabelludo, lenguaje poco fluente, disartria, M4 global, simétrica, ROT con hiperreflexia bilateral de predominio izquierdo, clonus a izquierda, atrofia muscular predominio distal bilateral, hipertonía a izquierda, marcha en steppage, disdiadococinesia mayor a izquierda, sin signos meníngeos. Exámenes generales normales. Se hospitaliza por sospecha de ELA. Se realiza evaluación integral con kinesiología, fonoaudiología y nutricionista. Se solicita TAC de columna cervical sin hallazgos significativos. Se logra evaluación con neurología en centro derivador con diagnóstico de síndrome piramidal bilateral, sospecha de ELA y se agenda control con RNM. Se conversa con paciente y familia y se gestionan controles ambulatorios en fonoaudiología, kinesiología y nutrición para seguimiento. **DISCUSIÓN**: la sospecha clínica y diagnóstico de ELA es fundamentalmente clínico. Esta paciente presentó al menos 6 consultas en APS y extrasistema el último año. Su motivo de consulta era una contusión craneal, sin indicación de hospitalización, sin embargo, dada nuestra realidad de prolongadas listas de espera y emergencia sanitaria por COVID19, se decide hospitalización para lograr evaluación multidisciplinaria y anexar controles con especialista. El médico general en hospital de baja complejidad tiene el rol de sospechar el cuadro, gestionar evaluación con neurología, descartar en lo posible diagnóstico diferencial y lo más importante es trabajar con el paciente y su familia para prepararlos ante las consecuencias de la progresión de esta enfermedad, enfocándose en una evaluación funcional y terapia multidisciplinaria, para así mejorar la calidad de vida del paciente.

CARACTERIZACIÓN DE FRACTURAS EN PACIENTES HOSPITALIZADOS EN HOSPITAL LA CALERA

Juan Nauto Reyes, Alejandra Rivadeneira Rozas, Katyna Nahuelcura Henríquez
Médicos EDF Hospital Mario Sánchez Vergara, La Calera.

INTRODUCCIÓN y OBJETIVOS: La red asistencial considera hospitales de baja complejidad que cuentan con servicio de hospitalización sin especialidades, por ello es común la espera de pacientes para resolución definitiva. Ante la falta de datos a nivel nacional, se busca describir pacientes traumatológicos con diagnóstico de fractura en hospital de baja complejidad.
MATERIAL y MÉTODO: Estudio descriptivo observacional retrospectivo en base a revisión de fichas clínicas de pacientes hospitalizados en Hospital La Calera, durante junio 2019 a julio 2020 con diagnóstico de fracturas según tipo, resolución y tiempo de hospitalización. Se utilizó Microsoft Excel para la descripción de datos. **RESULTADOS y CONCLUSIONES**: 75 pacientes fueron hospitalizados por fracturas durante dicho periodo. 37 fueron mujeres (49.3%, promedio 61 años) y 38 hombres (50.6%, promedio 54 años). 77% tuvieron indicación quirúrgica por especialista, 9 con resolución quirúrgica inmediata. 22.6% eran fracturas de cadera con 76 años de edad promedio, 2 de manejo médico y 12 días promedio de hospitalización. 34.6% eran fracturas de extremidades inferiores (52 años promedio, 12.7 días promedio de hospitalización, 21 pacientes con indicación quirúrgica). 36% fueron fracturas de extremidades superiores (53 años promedio de edad, 7.3 días promedio de hospitalización, 21 pacientes con indicación quirúrgica). 5 pacientes presentaron fractura en otro sitio (columna, costales), con 52 años promedio de edad y 4.6 días promedio de hospitalización. Del total de pacientes, 13 correspondían a fractura expuesta con 57 años promedio de edad y 8 días promedio de hospitalización. **DISCUSIÓN O COMENTARIOS**: La distribución de tipos de fracturas, sexo, edad y promedio de hospitalización tienden a ser similares, exceptuando las fracturas de caderas que tienen mayor incidencia en adultos mayores, sin embargo, no presentaron mayor tiempo de hospitalización. El menor tiempo se observó en fracturas de otras regiones anatómicas.

TRAUMA RAQUIMEDULAR: REVISIÓN DE CASO CLÍNICO

Juan Nauto Reyes (1), Andrea González Barrientos (1), Camila Sandia Zuñiga (1), Camilo Muñoz Nuñez (2)
(1) Médico EDF, Hospital Mario Sánchez Vergara, La Calera, (2) Médico General, Consultorio Marcelo Mena, Valparaíso

INTRODUCCIÓN: El traumatismo raquimedular afecta principalmente a la población productiva de los distintos países, siendo el segmento más afectado los hombres menores de 30 años, mientras que las consecuencias más frecuentes son la tetraplejia y la paraplejia. **OBJETIVOS**: Presentar CASO CLÍNICO de un paciente herido por arma de fuego.
MATERIAL y MÉTODO: Revisión de la ficha médica. **CASO CLÍNICO**: Paciente masculino de 17 años de edad, fue herido por arma de fuego a nivel dorsal, con lo que presentó dolor en línea media, hiperalgesia abdominal y paraplejia. Ingresó hemodinamicamente estable, ventilando de forma espontánea. Cursa con dolor agudo intenso EVA 10/10 refractario a AINEs, por lo que se optimiza analgesia con asociación de opioides y ketamina. TC de columna mostró fractura conminuta del cuerpo de T12 y compromiso de la articulación interapofisiaria T11-T12 con estenosis foraminal secundaria. Se definió traslado a hospital de referencia neuroquirúrgica para descompresión del canal medular y fijación transpedicular.
DISCUSIÓN O COMENTARIOS: El arma de fuego como causa de traumatismo raquimedular es una situación clínica infrecuente, que sin embargo requiere la adecuada preparación del equipo médico para realizar intervenciones apropiadas en el manejo agudo de estos casos. A nivel regional la incidencia de esta entidad fue de 3,72 casos por mes, siendo las causas más frecuentes los accidentes laborales (32%), caídas de gran altura (29%) y los accidentes de tránsito (26%), mientras que las menos comunes fueron las agresiones físicas (6%), los accidentes domiciliarios (5%) y las lesiones por arma de fuego (4%). La zona torácica es la segunda región anatómica más afectada con un 35% de los casos. Es de vital importancia contar con una adecuada coordinación de la red asistencial, para realizar una derivación oportuna al centro neuroquirurgico de referencia, intentando minimizar las posibles consecuencias de esta patología.

INFARTO MEDULAR SECUNDARIO A CORONARIOGRAFÍA.

Camila Navarrete Poblete (1), Gabriel Pino Silva (2), Rodrigo Sandoval Contreras (3)
(1) Médico EDF, CESFAM Violeta Parra, (2) Médico EDF, Hospital de Coelemu, (3) Médico EDF, Hospital de Bulnes

INTRODUCCIÓN: El infarto medular es una entidad infrecuente, que supone el 1% del total de ictus isquémicos. La resonancia magnética (RNM) es útil en el diagnóstico precoz. El pronóstico funcional a largo plazo es malo y depende de las características basales del paciente y de la forma de PRESENTACIÓN clínica. **OBJETIVOS:** Se presenta el siguiente caso para evidenciar una etiología infrecuente de infarto medular. **MATERIAL y MÉTODO:** Revisión de literatura y descripción del caso.
PRESENTACIÓN DEL CASO: Masculino de 70 años, sin antecedentes mórbidos consulta en urgencias debido a dolor torácico anginoso de 3 hrs de evolución. Se pesquisa infarto agudo al miocardio con supradesnivel del ST por lo que se deriva para coronariografía la cual revela oclusión 100% de la arteria descendente anterior con trombo a distal. Se realiza angioplastía sin instalación de stent. Evoluciona a los 5 días con lumbago agudo, anestesia de extremidades inferiores (EEII), paraplejia, reflejos osteotendíneos ausentes y pérdida de control de esfínteres. RNM evidencia foco de edema y realce en cordón espinal D1-D2 impresionando infarto medular. Se inicia rehabilitación motora, con mejora de paresia de M0 a M3 en ambas EEII.
DISCUSIÓN: Clínicamente el infarto medular se caracteriza por dolor dorso lumbar, seguido de parálisis flácida bilateral, reflejo plantar extensor positivo, pérdida sensitiva con afectación de la termoanalgesia y propiocepción, nivel sensitivo y alteración autonómica. Se han involucrado dos mecanismos diferentes en la producción de isquemia medular: la hipoperfusión y la oclusión de arterias radiculares. Presenta etiología variada: ateroesclerosis, infecciosas, vasculitis, enfermedad vascular aórtica, lesiones de arteria vertebral, hipercoagulabilidad, malignidad y secundarias a procedimientos, entre las cuales en muchos casos queda sin resolver. Dentro de esta última etiología, según la literatura, la reparación del aneurisma aórtico fue el procedimiento más común complicado por infarto medular (49%). Dentro de los otros están otra cirugía aórtica (15%), cirugía cardíaca, descompresión espinal, inyección epidural, angiografía, bloqueo nervioso, angiografía coronaria (1%). El mecanismo de estas asociaciones inusuales no está claro, pero puede implicar una respuesta inmunológica aberrante en el contexto de un factor de estrés inmunológico importante reciente como lo es un procedimiento invasivo, similar a lo observado en las neuropatías inflamatorias posquirúrgicas. No existe tratamiento específico para el infarto isquémico medular. El tratamiento etiológico es el principal.

TROMBOSIS DE EXTREMIDAD SUPERIOR: PRESENTACIÓN DE CASO Y REVISIÓN DE LITERATURA

Felipe Navarrete Fajardo (1), Ignacio Naranjo Tobar (2), Hernán Salas Parada (2)
(1) Médico EDF, CESFAM La Estrella, (2) Interno de Medicina, Universidad Mayor.

INTRODUCCIÓN: La trombosis venosa profunda (TVP) de extremidad superior (ES) es una patología infrecuente cuyas complicaciones incluyen tromboembolismo pulmonar (TEP), oclusión venosa y sobreinfección.
Caso: Mujer, 54 años, en estudio por quiste mamario. Consulta en Urgencia Hospital Félix Bulnes por 4 días de edema en brazo derecho, eritema, dolor e induración, sin alteración neurológica distal y pulsos periféricos conservados.
Doppler de ES: TVP de corto segmento de venas radiales y ulnares en fosa ulnar y tromboflebitis de vena cefálica completa. Se hospitaliza para estudio y anticoagulación. Evoluciona con disnea. Angiotomografía computada de tórax, abdomen y pelvis constata TEP segmentario y subsegmentario en pulmón derecho y esteatosis hepática difusa. Ecotomografía mamaria informa quistes simples BIRADS 2. Estudio de trombofilia negativo. **DISCUSIÓN:** La TVP de ES corresponde a 4-10% de las TVP. Un 20% son primarias y 80% secundarias a catéter para quimioterapia, marcapasos, malignidad y trombofilias. Del total, un 33% se asocian a TEP. La clínica (edema, eritema, dolor, síndrome de vena cava superior, cianosis de mano y fiebre) es inespecífica, pero usando escalas de probabilidad tiene buen rendimiento. *Mazzolai et al*, proponen iniciar con score de Wells modificado (considerando que se creó para extremidades inferiores). Si la probabilidad clínica es alta realizar Doppler (sensibilidad 84–97% y especificidad 93–96%), si es baja solicitar Dímero D. Si positivo evaluar Doppler, si negativo considerar diferenciales (celulitis, rotura de quiste de Baker, flebitis). El tratamiento es anticoagulación por 3-6 meses, para disminuir complicaciones secundarias potencialmente mortales (TEP), ya sea con anticoagulantes nóveles o antagonistas de vitamina K, según disponibilidad. **CONCLUSIÓN**: La TVP es una patología infrecuente, con complicaciones potencialmente mortales. Se debe tener alta sospecha clínica y utilizar escalas de predicción clínica para guiar manejo, con el fin de evitar complicaciones.

LUXOFRACTURA DE CHOPART, A PROPÓSITO DE UN CASO

Sebastián Navarrete Guzmán, Sofía Guzmán Fredes, Francisca Riquelme Ruiz
Médicos EDF CESFAM Pedro Pulgar Melgarejo

INTRODUCCIÓN: Una luxación en la articulación mediotarsiana o de Chopart es una patología poco frecuente, representando el 1% del total de luxaciones, y regularmente se asocia a un traumatismo de alta energía, traumatismos con el pie en flexión plantar y, una carga axial como puede ocurrir en caídas de altura o en actividades deportivas. Es importante un diagnóstico y tratamiento precoz que, en la mayoría de los casos, se realiza mediante una reducción cerrada o abierta del pie y puede conllevar secuelas importantes en la funcionalidad del paciente si no se realiza a tiempo. Se presenta un CASO CLÍNICO, que tiene la particularidad de haberse producido por un traumatismo que no es de gran energía, y que debió recibir un tratamiento conservador. **DESARROLLO:** Se trata de paciente femenina de 47 años sin antecedentes de interés, que acude a consulta médica en febrero de 2021 por aumento de volumen y dolor en pie izquierdo. Refiere traumatismo caracterizado por caída de peldaño de escalera, con pie izquierdo en flexión plantar. A la exploración se aprecia dolor y deformidad en el medio y antepie sin afectación de la piel, asociado a impotencia funcional y con examen vasculonervioso conservado. Se realiza Tomografía computada de pie izquierdo donde se aprecia una fractura cortico-periostales y del reborde proximal del navicular, asociada a fractura del plano superolateral del proceso anterior del calcáneo. Signos de subluxación calcáneo-cuboidea con elevación del calcáneo con respecto al cuboides y con espacio articular asimétrico, coincidiendo con el mecanismo de lesión. El paciente acude a consulta externa de Traumatología quien indica tratamiento conservador con bota en descarga y muletas para posterior rehabilitación kinésica desde la 6ta semana. En el control posterior a este periodo la paciente presenta buena estabilidad articular, con dolor leve en flexoextensión del pie. **CONCLUSIONES y DISCUSIÓN:** El tratamiento de la luxofractura de Chopart, debe realizarse lo antes posible, ya que restaurar la estabilidad y congruencia articular, en un breve plazo de tiempo puede ayudar a mejorar los RESULTADOS. Un rápido y adecuado tratamiento es trascendental para evitar secuelas posteriores e incapacidad tanto en la vida diaria como deportiva.

PARAPARESIA DE EXTREMIDADES INFERIORES COMO PRESENTACIÓN DE ROTURA DE ANEURISMA ABDOMINAL INFRARRENAL: REPORTE DE UN CASO.

Constanza Navarro Vargas (1), Joel Guendelman Frenk, (2), Francisco González Gómez (2)
(1) Médico EDF Posta Salud Rural Lastarria, Hospital de Pitrufquén, (2) Médico EDF Hospital de Pitrufquén.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS: En el presente trabajo se pretende dar a conocer un CASO CLÍNICO que grafica la presentacion inusual de un Aneurisma de Aorta Abdominal, el cual se produce por la degeneración de la pared de la arteria afectando las 3 capas (íntima, media y adventicia) y se define como un aumento de más del 50% del diámetro aórtico mayor normal (> 3 centímetros). Ademas al ser una patología infrecuente, nuestro OBJETIVO también es entregar herramientas para aumentar el Índice de sospecha ante su importante tasa de complicaciones.
MATERIAL Y METODO: Se realiza análisis de CASO CLÍNICO. **CASO CLÍNICO**: Paciente con antecedente de Hipertensión Arterial y Cardiopatía Coronaria. Refiere cuadro de 5 días de evolución (con 3 consultas previas en urgencia) que inicia con paresia súbita mientras caminaba, con posterior caída. Presenta recuperación espontánea logrando bipedestación normal. Al cuarto día de evolución presenta nuevamente paresia súbita de extremidades inferiores. Consulta en Hospital de Pitrufquén, luego de múltiples consultas previas en otros centros. Al examen físico: hipotensión (76/53) Eucardico 64x'. Cardiopulmonar normal. Neurológico: paresia M2 en extremidad inferior izquierda, y paresia M3 extremidad inferior derecha. Sensibilidad disminuida en ambas extremidades inferiores. Ausencia de pulso femoral, poplíteo, pedio en extremidad inferior izquierda. En abdomen se palpa masa pulsátil en flanco y fosa iliaca derecha. Se realiza AngioTAC de Abdomen y Pelvis: Aneurisma de aorta abdominal infrarrenal roto con hematoma contenido. Evaluado por equipo de Cirugía que realiza reparación de aneurisma con prótesis de Dacron. **RESULTADOS Y CONCLUSIONES:** Este caso consultó en 3 oportunidades en diferentes dispositivos de urgencia, incluyendo uno de alta complejidad sin que los Médicos lleguen al diagnostico. El 75% de los Aneurismas de Aorta Abdominal son asintomáticos. El 25% restante ocasionan molestias abdominales inespecíficas. La ruptura es la primera manifestación del 25% de estos últimos. El déficit neurológico presentado por el paciente del caso es una manifestación infrecuente de ahí el dificil diagnostico en este caso, explicado probablemente por isquemia medular. La tomografía axial computarizada es el examen de elección. **DISCUSIÓN Y COMENTARIOS:** Al tratarse de una patología generalmente asintomática y además con clinica tardía una vez ya complicada, es muy importante un alto indice de sospecha. Se han repostado casos de isquemia medular transitoria como la de nuestro paciente, pero son muy escasos, por lo que se hace el llamado a estar atentos, realizar un examen fisico minucioso y apoyarse de elementos imagenologicos como la Tomografia Axial Computada.

GUILLAIN BARRÉ ATÍPICO, REPORTE DE UN CASO

Loreto Navarro Aldea (1), Alfredo Geraldo Von Bennewitz (2), Ana Salas Sandoval (3)
(1) Médico EDF CESFAM La Floresta, Hualpén, (2) Médico EDF CESFAM Hualpencillo, Hualpén,
(3) Médico EDF CESFAM Dr. Victor Manuel Fernandez, Concepción

INTRODUCCIÓN: El síndrome de Guillain Barré es una polineuropatía degenerativa, ascendente y principal causa de parálisis flácida arrefléctica actualmente. Su etiología es desconocida, pero se correlaciona con cuadros infecciosos de vías respiratorias o gastrointestinales hasta 4 semanas antes del inicio de los síntomas neurológicos y puede afectar a cualquier rango etario, pero es más prevalente entre los 30 y los 50 años. En cuanto a sus formas de manifestación, hoy en día existen variantes regionales y axonales presentándose como formas clásicas (típicas) y atípicas. **PRESENTACIÓN DEL CASO:** Paciente femenina, de 46 años, con antecedentes mórbidos de Intolerancia a la Glucosa Oral en tratamiento con metformina de 850 mg al día y antecedente de cuadro de gastroenteritis aguda hace una semana que requirió tratamiento antibiótico con cirpofloxacino, consulta en SAPU el día 4 de abril de 2021 por cuadro de 9 horas de evolución caracterizado por parestesias y paresia bilateral de ambas manos asociado a alteración leve de la marcha, sin otros síntomas agregados. Al examen físico y neurológico destaca M1 localizado en ambas manos y ROT ausentes generalizados, por lo cual se decide traslado a Urgencias de Hospital Las Higueras para estudio por neurología por sospecha de Síndrome de Guillain Barré (SGB) atípico, lo cual tras exámenes y evaluación especialista se confirma SGB atípico variante cervicobraquial y se hospitaliza para iniciar tratamiento con inmunoglobulinas EV. **DISCUSIÓN:** Pese a que la forma más frecuente de SGB es ascendente, no se debe olvidar las manifestaciones atípicas como el caso expuesto en donde destaca inicio en extremidades superiores (manos bilateral) de los signos y síntomas (paresia y parestesia), la ausencia de dolor (presente en el 80% de los casos de SGB), la ausencia de fiebre (presente en el 20% de los casos de SGB), ausencia de progresión de los síntomas (dado el carácter agudo de horas de evolución), la simetría de estos (manos bilateral) el antecedente de un cuadro previo de gastroenteritis aguda (tratada con antibióticos). **CONCLUSIÓN:** La sospecha y la derivación oportuna de un SGB, son clave para el inicio precoz del tratamiento y la recuperación de los pacientes, en donde el principal OBJETIVO es la prevención de la progresión de la enfermedad evitando el compromiso diafragmático y la muerte.

CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN SOMETIDA A BÚSQUEDA ACTIVA EN LA COMUNA DE MARIQUINA

Catalina Neira Terraza (1), Tanja Witt Fuchs (1), Macarena Cea Herrera (2)
(1) Médico EDF, Cesfam Mariquina, (2) Odontólogo EDF Cesfam Mariquina

INTRODUCCIÓN y OBJETIVOS: En el contexto actual de la Pandemia por el nuevo virus SARS Cov-2, y en el marco de las acciones sanitarias, donde la OMS recomienda las acciones de Testeo, trazabilidad y aislamiento como eje para la contención de la Pandemia, siendo el testeo el conjunto de acciones destinadas a detectar por técnicas de laboratorio, a personas contagiadas con COVID-19, y siendo la Búsqueda Activa de Casos una modalidad que facilita el acceso al MÉTODO diagnóstico a personas que no buscan atención de salud, el presente trabajo tiene por OBJETIVO describir y caracterizar la población sometida a testeo de hisopado nasofaríngeo para detección de SARS Cov-2 en la modalidad de Búsqueda Activa de Casos, en la comuna de Mariquina en el primer trimestre del año 2021. **MATERIAL Y METODO:** La información se obtienen a partir de la base de datos del equipo de Búsqueda activa del CESFAM de San José de la Mariquina: previo a la toma del examen, se solicita al paciente sus datos de identificación, localización, y otros datos sociodemográficos, cada usuario a realizar el test firma un consentimiento informado respecto a la toma voluntaria del examen. A partir de dicho registro, se realiza un análisis estadístico simple, orientado a agrupar datos de interés en el período a analizar. **RESULTADOS y CONCLUSIONES:** En el período comprendido entre el 1 de enero y 31 de marzo de 2021, se realizaron por Búsqueda Activa, un total de 1872 exámenes, obteniéndose los siguientes RESULTADOS: No detectado: 1824, lo cual representa un 97,4% del total. 46 muestras con resultado positivo o Detectado (2,45% del total), cabe destacar que 3 de esas muestras corresponden a personas que tuvieron COVID-19 y repitieron el examen dentro del período de 90 días posterior al alta, habiendo cumplido su aislamiento efectivo, por cuanto no se les consideró como caso activo. 1 muestra fue rechazada por falta de datos, en un usuario extranjero de origen palestino. En cuanto a la distribución por género, 1080 fueron mujeres y 792 fueron hombres, lo que corresponde a un 57,7% y 42,3% respectivamente. **COMENTARIOS:** Este trabajo sienta las bases para análisis estadísticos respecto a la estrategia de búsqueda activa en la comuna de Mariquina, se hace necesario realizar un análisis más detallado considerando otros datos sociodemográficos tales como la edad, género, ocupación, número de personas en la vivienda, entre otros. Por otra parte, se pesquisa la necesidad de un plan de acción definido que permita el testeo de usuarios extranjeros que no tengan datos en registro civil.

SÍNDROME DE BOCA URENTE: REPORTE DE CASO

Catalina Neira Terraza (1), Tanja Witt Fuchs (1), Macarena Cea Herrera (2)
(1) Médico EDF, Cesfam Mariquina, (2) Odontólogo EDF Cesfam Mariquina

El síndrome de boca urente, también llamado estomatodinia, se define como la Sensación de ardor o disestesia intrabucal que recurre de manera diaria durante más de dos horas/día en un período superior a tres meses sin lesiones causales clínicamente evidentes. Suele ser un dolor bilateral, la localización más frecuente es en la punta de la lengua. Los autores presentan el caso de un adulto mayor femenino de 76 años de edad, con antecedentes mórbidos de hipertensión arterial esencial, dislipidemia, coxartrosis, insuficiencia cardiaca y enfermedad renal crónica. Se presenta la historia de paciente policonsultante por un período de 2 años, cuyo síntoma principal fue la sensación urente en la boca, predominio en vestíbulos y labio. Los autores exponen la aproximación diagnóstica, diagnósticos diferenciales, y derivación a especialidades médicas (reumatología y oftalmología) y odontológicas (patología oral). En atención odontológica, paciente relata: ser desdentada total desde temprana edad, múltiples tratamiento rehabilitadores protésicos. Actualmente prótesis presenta ajuste y extensión adecuados, además de higiene y uso apropiados. Al examen clínico intraoral, mucosa se observa sana, salivación disminuida pero acorde al grupo etáreo. En base a revisiones bibliográficas se indican sucesivamente tratamientos empíricos, de los cuales el tratamiento con Ácido Alfa Lipoico no pudo ser efectuado por no encontrarse en las farmacias de la región. Posteriormente se indicaron los siguientes tratamientos descritos en la literatura:

- Gabapentina.
- Enjuagues de Linaza
- Saliva artificial
- Nistatina y miconazol como tratamiento de descarte de micosis oral.
- Carbamazepina
- Complejo B y ácido fólico

De los tratamientos mencionados, paciente relata alivio inicial, el cual no perdura en el tiempo, incluso con incremento de dosis, a excepción de los enjuagues de linaza con efectividad leve pero sostenida. A la fecha paciente se mantiene en control mixto médico-odontológico.

OSTEOCONDRITIS DISECANTE DE RODILLA: REPORTE Y ANÁLISIS DE UN CASO CLÍNICO.

Catalina Neira Terraza (1), Tanja Witt Fuchs (1), Macarena Cea Herrera (2)
(1) Médico EDF, Cesfam Mariquina, (2) Odontólogo EDF Cesfam Mariquina

INTRODUCCIÓN: La Osteocondritis disecante (OD) es una lesión que afecta principalmente cartílago articular y hueso subcondral. Es una entidad poco frecuente, de etiología no precisada.
Su espectro clínico es muy amplio, desde asintomático hasta dolor y derrame recurrentes. Epidemiológicamente se distinguen dos formas según la edad de PRESENTACIÓN: forma juvenil, que es la más común (entre 10-20 años), y del adulto; siendo la presencia de placa epifisiaria el determinante entre ambos y también un marcador pronóstico. Las localizaciones más comunes corresponden a la articulación de la rodilla, seguida por la articulación de codo y tobillo. Existen múltiples teorías para explicar su origen, plantéandose como etiología un mecanismo traumático, vascular, metabólico, hereditario, entre otros. El estudio diagnóstico es imagenológico, principalmente radiología y resonancia nuclear magnética, esta última permite excluir otros diagnósticos diferenciales, caracterizar la lesión y orientar en la decisión de tratamiento. El tratamiento puede ser conservador en lesiones estables, formas juveniles y adulto asintomático, o bien quirúrgico en aquellas formas sintomáticas o con signos de inestabilidad. Algunas opciones de manejo quirúrgico incluyen extracción, microfractura, fijación, artroplastia e injerto**. CASO CLÍNICO**: Los autores presentan el caso de una OD de rodilla en paciente adulto, que debuta como dolor anterior de rodilla, limitación funcional rápidamente progresiva, evolucionando hasta claudicación de la marcha y dolor de reposo. Se presenta la historia de enfermedad, estudio diagnóstico y decisión de tratamiento quirúrgico vía artroscópica desarrollando una técnica mixta, con evolución favorable en el post-operatorio y seguimiento al año. **CONCLUSIÓN:** Los autores concluyen que al tratarse de una entidad con múltiples mecanismos fisiopatológicos posibles y etiología no precisada, en el caso presentado el diagnóstico precoz, tratamiento multidisciplinario y la combinación de técnica quirúrgica, han resultado en la evolución favorable observada.

T DE WINTER COMO UN SIGNO DE INFARTO AGUDO AL MIOCARDIO SIN ELEVACIÓN DEL ST, A PROPÓSITO DE UN CASO.

Constanza Norambuena Muñoz, Paulina Sáez Venegas, Andrea Contreras Alfaro, Marcelo Contreras Chávez
Médicos EDF Hospital de Constitución

INTRODUCCIÓN: Existen cambios característicos en el electrocardiograma que determinan la conducta de realizar terapia de reperfusión de manera inmediata, las clásicas alteraciones de nivel del segmento ST sin embargo menos frecuentes son las T De Winter, que fueron descritas en un 2% de los pacientes con oclusión de arteria descendente anterior (ADA) e infarto agudo al miocardio. Este signo corresponde a una depresión ascendente del segmento ST en las derivadas de v1-v6, seguido de ondas de T simétricas hiperagudas, que en electrocardiogramas seriados no evolucionan a elevación del segmento ST. Las T De Winter orientan a una oclusión proximal de la ADA; a continuación, se describe un CASO CLÍNICO con presencia de este signo en ECG. **MATERIAL y MÉTODO**: Se rescata información clínica del sistema SISMAULE del hospital de Constitución y Hospital regional de Talca. **CASO CLÍNICO**: Paciente de 44 años con antecedente de HTA, DM2 NIR, DLP, tabaquismo crónico activo, consumo de cocaína y alcohol. Consulta por cuadro de 1 hora de evolución caracterizado por dolor punzante en brazo izquierdo intenso, que se irradia hasta región anterior izquierda del tórax, asociado a sensación de falta de aire, diaforesis. refiere síntomas inician posterior a ingesta de alcohol y cocaína. ECG ingreso: ritmo sinusal, conducción av normal, complejo angosto, infradesnivel del st de V2- V5, con ondas T alta de V2-V5. ECG control: Ritmo sinusal, conducción Av normal. Lesión subepicárdica inferior. T De Winter. Troponina T t0 63, Troponina I t1 5,44. Se inicia manejo de SCA sin SDST y se presenta a hemodinamia. Coronariografía: TCI sin lesiones, ADA exhibe oclusión del 100% proximal, flujo TIMI 0, ACX sin lesiones, ACD sin lesiones. Ventriculografía: Hipocinesia moderada anterior y apical, volumen diastólico final normal. **CONCLUSIÓN:** Si bien las T De Winter no son un hallazgo frecuente, es importante conocer y reconocer este patrón, ya que permite definir conducta de forma precoz, determinando la realización de coronariografía dentro de las primeras 24 horas, con el OBJETIVO de evitar necrosis miocárdica y lograr reperfusión del área afecta. Los pacientes con este patrón deben ser manejados como un infarto con supradesnivel del ST, ya que este patrón por su característica lesión es equivalente a un patrón de ascenso en el ST, como se vio en este caso, donde el paciente presentaba una oclusión del 100% de ADA proximal.

MONONEUROPATÍA DEL III PAR CRANEAL COMO DIAGNÓSTICO DEL DEBUT DE DIABETES MELLITUS TIPO 2.

Ignacio Nova Cabello (1), Mario Concha Friz (2), Cristobal Ode Soto (3)
(1) Médico EDF CESFAM Manuel Rodriguez, Copiapo, (2) Médico EDF CESFAM la Floresta, Hualpen.
(3) Médico EDF, Hospital de Litueche, Litueche

INTRODUCCIÓN: La parálisis o paresia de pares craneales (en particular de los oculomotores III, IV y VI) forma parte de las manifestaciones neuropáticas de la diabetes, y resulta un hallazgo relativamente frecuente. Su aparición depende del tiempo de evolución de la enfermedad microangiopática y son más frecuentes las mononeuropatías que las polineuropatías. La afectación del III par es la más habitual, seguida de la del IV y, por último, de la del VI par craneal. **PRESENTACIÓN DEL CASO:** Paciente masculino de 58 años, sin antecedente mórbidos conocidos, fumador (IPA 20), consulta en servicio de atención primaria de urgencia por cuadro de 1 hora y media de evolución de caída párpado derecho asociado a cefalea hemicraneana derecha leve, tipo opresivo. Al ingreso con HGT 300 mg/dl y un examen físico en que destaca una paresia en la aducción, ptosis palpebral y midriasis hiporreactiva leve de ojo derecho. Se deriva caso para complementar estudio a servicio de urgencias hospitalario, donde TAC de cerebro c/cte descarta patología compresiva. Por otra parte, laboratorio con glicemia de 352 mg/dl y examen de orina completo con glucosuria 500 mg/dl, sin criterios para acidosis metabólica. Se diagnostica mononeupatía diabética del III par en contexto de debut de diabetes mellitus tipo 2 y es contrarreferido a su Cesfam con uso de hipoglicemiantes orales e insulinoterapia. Paciente logra mejoría completa de alteraciones señaladas después de 1 mes con buena adherencia al tratamiento médico-nutricional. **DISCUSIÓN**: Esta parálisis puede ser consecuencia del daño microvascular de los nervios periféricos y de los pares craneales característico de la diabetes. La evolución de este cuadro suele ser hacia la remisión espontánea en los primeros pocos meses tras su instauración, por lo que es más importante un correcto diagnóstico etiológico que su tratamiento. Si la parálisis es del III par craneal, la presencia de midriasis resultará más orientadora hacia la etiología compresiva que hacia la isquémica, si bien no es en absoluto exclusiva de ella. Las parálisis de otros pares oculomotores darán lugar a diplopía sin ptosis ni midriasis. Es importante considerar que hay rasgos que orientan a descartar la etiología microangiopática como son la edad menor de 50 años, la cronicidad del proceso (más de tres meses sin mejoría) y la ausencia de factores de riesgo vascular. **CONCLUSIÓN**: Frente alteraciones neurológicas como las señaladas es importante complementar una buena anamnesis y buen examen físico, de manera de contextualizar al paciente y su motivo de consulta. Siempre lo primordial es descartar patología del tipo compresiva (aneurisma o tumores cerebrales) para posteriormente diagnosticar patología microangiopática.

HIPERNEFROMA COMO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE HEMATURIA

Carolina Núñez Rodríguez (1), Ignacio Benavente Fernández (2), Paula Sepúlveda Andreani (2)
(1) Médica EDF, CESFAM Palmilla, (2) Médicos EDF, CESFAM La Estrella

INTRODUCCIÓN y OBJETIVOS: El hipernefroma (adenocarcinoma renal) es el tumor renal más prevalente, correspondiendo al 85% de los tumores renales. Es más frecuente en varones, entre 50-70 años. Un tercio de los pacientes presentan metástasis al momento del diagnóstico. Dentro de los factores de riesgo más importantes se encuentran el tabaquismo, antecedente familiar y diálisis. Los síntomas pueden ser inespecíficos como lumbago, dolor abdominal y baja de peso involuntaria, o más específicos como la hematuria micro y macroscópica. Para realizar la detección de la patología se requiere de una imagen, la cual puede ser una ecografía o TAC. El pronóstico depende de si el tumor está limitado al riñón o si existen metástasis, la tasa de supervivencia a 5 años cuando el tumor está limitado al riñón es de 60-75%, si compromete ganglios linfáticos la tasa baja a 5-15%. El tratamiento se realiza con nefrectomía parcial o radical, y algunos casos se pueden ayudar con hormonoterapia. El OBJETIVO del siguiente trabajo es presentar un CASO CLÍNICO de hipernefroma, por ser una patología relativamente frecuente y para destacar la importancia de su diagnóstico oportuno. **MATERIAL y MÉTODO**: Revisión de CASO CLÍNICO y bibliografía actualizada. **PRESENTACIÓN de CASO CLÍNICO:** Paciente masculino de 77 años con antecedentes de hipertensión arterial crónica, dislipidemia y bloqueo bifascicular. El año 2019 consulta por dolor abdominal y hematuria macroscópica, se realiza ecografía renal que muestra quistes serosos simples corticales y litiasis renal, posteriormente paciente evoluciona favorablemente, por lo que no se continúa con línea diagnóstica. En los exámenes de control del año 2020 se pesquisa hematuria microscópica, creatinina 1.1 mg/dl, hemoglobina 14 g/dl, antígeno prostático total 0,9 ng/ml. Ecografía renal julio/2020 muestra imagen mixta y heterogénea de aspecto masiforme en polo superior de riñón derecho, quistes renales a derecha, signos de probable doble sistema pielocalicial en riñón izquierdo, glándula prostática dentro de límites normales. Se solicita TAC para complementar estudio el cual el paciente no se realiza por diversas razones. Paciente evoluciona con hematuria macroscópica intermitente y en enero/2021 presenta retención aguda de orina, por lo que se decide pedir nuevamente imagen diagnóstica, postergada debida a la contingencia por Covid 19. En nueva ecografía renal informa gran proceso expansivo de aspecto neoplásico del riñón derecho, como suele observarse en casos de hipernefroma renal, sin otros hallazgos de relevancia, se sugiere complementar con UroTAC, sin embargo, paciente desiste de continuar estudio. **CONCLUSIÓN y COMENTARIOS:** Es importante considerar que la evolución de un hipernefroma puede ser rápida, como en este caso, por lo que, a pesar de tener una ecografía reciente, volver a realizar estudios puede cambiar el pronóstico. Es fundamental el diagnóstico, estudio y tratamiento precoz, para mejorar la sobrevida de los pacientes.

SÍNDROME DE LA BOLSA DE ORINA PÚRPURA (PUBS), A PROPÓSITO DE UN CASO.

Carolina Núñez Rodríguez (1), Karen Valenzuela Salazar (2), Pamela Beltrán Rodríguez (3)
(1) Médica EDF CESFAM Palmilla, (2) Médica EDF CESFAM Victoria,
(3) Alumna 5to año de Medicina, Universidad de Los Andes.

INTRODUCCIÓN y OBJETIVOS: Este síndrome es una entidad poco frecuente y benigna, se describe como un cambio de coloración en la orina entre azul y púrpura. Se asocia a la presencia de múltiples patologías (insuficiencia renal crónica, constipación, dependencia severa), uso de sonda vesical e infección urinaria por ciertos patógenos. Es más frecuente en mujeres de edad avanzada, con sondaje vesical de larga evolución. Se estima una prevalencia entre 8,3%-16,7% en pacientes usuarios de sonda vesical a permanencia. Se cree que el triptófano de la dieta es metabolizado por la flora bacteriana intestinal en indol, el que luego de la conjugación hepática se transforma en indoxil sulfato, esté al ser excretado en la orina es transformado por bacterias capaces de producir enzimas sulfatasa y fosfatasa, las que se transforman en índigo e indirrubina, que proporcionan una coloración azul y roja respectivamente. El OBJETIVO del siguiente trabajo es presentar un CASO CLÍNICO de PUBS típico, dado su poca frecuencia, para evitar conductas desproporcionadas ante su presencia. **MATERIAL y MÉTODO:** Revisión de CASO CLÍNICO y bibliografía actualizada **PRESENTACIÓN de CASO CLÍNICO:** Paciente femenino de 80 años con dependencia severa, antecedentes de HTA, DM2 IR, EPOC, ACV secuelado, ERC etapa IV, ICC, ITU recurrente, usuaria de sonda vesical a permanencia. Se acude a visita domiciliaria por sonda vesical violácea, paciente asintomática. Se toman exámenes de control y se realiza cambio de sonda. En exámenes presenta creatinina 1.66 mg/dl, HbA1C 8.3%, glicemia 158 mg/dL, sodio 138 mEq/L, potasio 4.49 mEq/L, cloro 98.1 mEq/L, hematocrito 36.6%, hemoglobina 12.0 g/dL, glóbulos blancos 7.700, plaquetas 154.000, UC (+) para *Escherichia coli, Klebsiella pneumoniae y Enterobacter agglomerans.* Se inicia tratamiento con gentamicina (la cual cubría todos los patógenos identificados) por 5 días. Luego del cambio de sonda y del inicio de antibioterapia no se observa nuevamente una coloración violácea, por lo que se mantiene con controles habituales.

CONCLUSIÓN y COMENTARIOS: El síndrome de la bolsa de orina púrpura, es llamativo y poco frecuente, de carácter benigno. Se asocia a distintas situaciones, principalmente el uso de sonda vesical e infección urinaria. Las bacterias que con mayor frecuencia se han asociado son: *Providencia spp., Escherichia coli, Proteus sp., Pseudomonas spp., Klebsiella pneumoniae, Morganella sp. y Enterococos.* Resuelve al realizar cambio de sonda y tratamiento antibiótico adecuado.

TUMOR DE URACO, A PROPÓSITO DE UN CASO

Carolina Núñez Rodríguez (1), Ignacio Benavente Fernández (2), Pamela Beltrán Rodríguez (3)
(1) Médica EDF CESFAM Palmilla, (2) Médico EDF CESFAM La Estrella,
(3) Alumna 5to año de Medicina, Universidad de Los Andes.

INTRODUCCIÓN y OBJETIVOS: El uraco es un remanente embrionario que persiste hasta en un 32% de los adultos, corresponde al ligamento que conecta la vejiga con el ombligo. El carcinoma de uraco es raro y muy agresivo, generalmente involucra la cúpula de la vejiga. Se presenta en promedio entre los 50-60 años. Se conocen varios subtipos histológicos y dentro de sus sitios de metástasis comunes se encuentran el sistema linfático, pulmones, cavidad peritoneal, hígado y huesos. Dentro de los síntomas se puede presentar hematuria, fistulización cutánea de material mucoide, masa abdominal y uropatía obstructiva, mucosuria (más característico, pero poco frecuente). El tratamiento generalmente consiste en cistectomía (parcial o total) más resección del ligamento umbilical y onfalectomía, asociado a quimioterapia. La supervivencia ha ido aumentando, actualmente se estima en 50% a 5 años. El OBJETIVO del siguiente trabajo es presentar un CASO CLÍNICO de tumor de uraco, dado el poco conocimiento general al respecto. **MATERIAL y MÉTODO**: Revisión de CASO CLÍNICO y bibliografía actualizada. **PRESENTACIÓN DE CASO CLÍNICO:** Paciente de 30 años sin antecedentes consulta por cuadro de hematuria macroscópica intermitente, progresiva asociada a dolor abdominal en hipogastrio. Se realiza pielo-TAC que muestra nódulos peritoneales múltiples, lesión en domo en vejiga de 3.6 cm. Se realiza TAC de abdomen y pelvis con contraste donde se describe masa con densidad de partes blandas supravesical de 47x44x36 mm, imágenes en peritoneo compatibles con carcinomatosis peritoneal y ascitis en moderada cuantía. Se toma biopsia bajo ecografía que informa adenocarcinoma mucinoso, CK7 (-), CK20 (+), CDX2 (+) compatible con tumor primario de uraco. Se decide realizar quimioterapia y según evolución resección de carcinomatosis. Luego de 12 ciclos con FOLFOX se observa leve progresión tanto de tumor como de carcinomatosis e infiltración de asas intestinales. Se decide continuar con manejo conservador. **CONCLUSIÓN y COMENTARIOS:** El adenocarcinoma de uraco es una patología agresiva, que debe sospecharse en caso de hematuria o mucosuria en presencia de tumor en la cúpula de la vejiga. El tratamiento se realiza con cirugía y quimioterapia, aunque aún se necesitan mayores estudios para identificar el mejor tratamiento para estos pacientes.

CARACTERIZACIÓN DE PRESTACIONES EN SALUD MENTAL DURANTE TIEMPOS DE PANDEMIA COVID-19 EN CESFAM ALCALDE LEOCAN PORTUS DE TALCAHUANO ENTRE MARZO 2020 y FEBRERO 2021.

Francisco Núñez Delgado (1), Diego González Rojas (2)
(1) Médico EDF, CESFAM Leocan Portus Govinden, (2) Médico APS, CESFAM Leocan Portus Govinden.

INTRODUCCIÓN: Con la llegada del primer caso de COVID-19 a nuestro país en marzo de 2020 se plantearon diversos desafíos sanitarios, entre estos la llegada de un nuevo tipo de pandemia, pero de salud mental.
OBJETIVO: Caracterizar a la población del CESFAM Alcalde Leocan Portus que consultó por síntomas de salud mental entre marzo 2020 y febrero 2021. **METODOLOGÍA**: Estudio de tipo descriptivo retrospectivo. Se revisaron los registros electrónicos de las consultas de salud mental presenciales entre marzo 2020 y febrero 2021, se analizaron variables de sexo, edad, motivo de consulta principal y antigüedad del usuario (ingreso, reingreso o control). **RESULTADOS**: En el intervalo de tiempo consultaron un total de 1264 pacientes de los cuales un 73% correspondieron a mujeres (n=923), el grupo etario fue el mayor entre 55-59 años con un 10.2% (n=130) seguido del grupo 20-24 años con un 9% (n=115). Los diagnósticos principales de ingreso fueron trastornos ansiosos en un 74,9% (n=263) y trastorno de personalidad en un 5.9% (n=21). Del total, 27.7% (n=351) fueron ingresos nuevos. **CONCLUSION**: En el periodo establecido predominan las consultas por trastornos ansiosos en el género femenino. **COMENTARIOS**: Llama la atención este predominio, sería útil comparar con la realidad de las consultas en el periodo pre-pandemia para objetivar el real impacto en salud mental. Los efectos psicosociales de la pandemia deben ser materia de seguimiento, estudio y evaluación en la población para establecer medidas sanitarias para un manejo apropiado.

COMORBILIDAD PISQUIATRICA EN PACIENTES EPILEPTICOS ADULTOS INGRESADOS AL PROGRAMA DE CRONICOS DEL CESFAM ALEMANIA HASTA JUNIO 2019.

Kathy Núñez Núñez (1), Vanessa Díaz Zepeda (2)
(1) Médica EDF, CECOSF Sur Calama, (2) Médica EDF, CESFAM Central Calama

INTRODUCCIÓN Y OBEJTIVO: La epilepsia es uno de los trastornos neurológicos más frecuentes. Quienes presentan este diagnóstico, tienen mayor posibilidad de presentar trastornos psiquiátricos respecto a la población general. Se estima que aproximadamente un 30% de los pacientes con epilepsia presentaran algún diagnóstico de trastorno psiquiátrico en su vida, siendo la depresión el más frecuente. El OBJETIVO es caracterizar pacientes epilépticos ingresados al programa de crónicos del CESFAM Alemania y que presentan comorbilidad psiquiátrica, hasta julio 2019. **MATERIAL Y METODO:** Estudio descriptivo mediante revisión de fichas clínicas digitales y documentos vinculantes de pacientes adultos con Epilepsia. **RESULTADOS Y CONCLUSIONES**: En nuestro CESFAM existen 63 pacientes en tratamiento por Epilepsia, de estos el 50,79% era mujer y el 49,20% hombres; el 66,66% tiene entre 31 y 65 años y del total de pacientes el 33,33% cuenta con un diagnóstico de salud mental, siendo el 66,66% de estos casos mujeres. Dentro de los diagnósticos más frecuentes, el 33,33% presenta Depresión, 19.04% Trastorno de Personalidad, 14,28% Trastorno de ansiedad, 4,76 % Trastorno del Sueño, 9,52% Psicosis y 4,76% Violencia intrafamiliar. Solo el 66,66% se encuentra en tratamiento por sus patologías de salud mental. El 57,14% de los pacientes con epilepsia y diagnóstico de salud mental completó enseñanza básica y la mitad de estos enseñanza media. Del total de pacientes epilépticos el 22,22% presenta epilepsia secundaria y de estos solo un 21,42% algún diagnóstico de salud mental de los que destaca trastorno de ansiedad y del sueño. Se puede concluir que la prevalencia de pacientes con comorbilidad psiquiátrica y su principal diagnóstico, Depresión, concuerda con lo encontrado en la literatura. **DISCUSIÓN:** Aunque más de la mitad se encuentra en tratamiento este porcentaje aún es bajo por lo que es importante generar medidas para facilitar no solo el oportuno diagnóstico y derivación, sino también la adherencia al tratamiento de salud mental.

NO TODO ES DIABETES

Pía Núñez Apablaza (1), Diego Toledo Riquelme (1), Javiera Díaz Pérez (2)
(1) Médico EDF Hospital Mario Sánchez Vergara La Calera, (2) Médico General CESFAM Emilio Schaffauser.

INTRODUCCIÓN y OBJETIVO: El deficit de Cianocobalamina puede generar manifestaciones neurológicas como Neuropatía periférica y alteraciones cognitivas entre otras. La importancia de su sospecha, diagnóstico y tratamiento, es por la alta reversibilidad de los síntomas y evitar la progresión de estos mismos. El presente caso tiene como OBJETIVO describir CASO CLÍNICO sobre neuropatía periférica por déficit de vitamina B12 en paciente Diabético. **MATERIAL Y METODO:** Se realizó una revisión de ficha clínica durante el mes de septiembre del 2020 de paciente perteneciente al Programa PADI. **RESULTADOS y CONCLUSIONES:** Paciente masculino, 89 años de edad, dismovilizado, con antecedentes de DM 2 no insulino dependiente en tratamiento en su consultorio. Comienza con cuadro progresivo de 6 meses de evolución caracterizado inicialmente por parestesias de extremidades inferiores alternado con episodios de alodinia e hiperalgesia, sumado a hipoestesia táctil. Se diagnostica neuropatía diabética sin mayores estudios y se inicia manejo con insulina asociado a moduladores del dolor. Progresa con falla de memoria, apatía y desorientación espacial. Se realizan exámenes de laboratorio, destacando Anemia macrocítica y vitamina b12 de 10 pg/ml (normal > 179 pg/ml). Se inicia tratamiento con suplementos de Vit b12 + ácido fólico (fase diaria y luego semanal), logrando mejoría paulatina de cuadro clínico y exámenes de laboratorio. **DISCUSIÓN O COMENTARIO:** Enfermedades concomitantes pueden contribuir al enmascaramiento de síntomas. En este caso los síntomas neuropáticos fueron asociados a DM2 sin otros estudios, lo que causa una progresión en la clínica del Deficit de vitamina B12 que resultó ser la verdadera etiología. Si bien es planteable una neruopatía diabética, el posterior compromiso de conciencia no es causa de esta, motivando el estudio de otras enfermedades. Este caso destaca la importancia de realizar y buscar diagnósticos diferenciales para síntomas similares, ya que permite realizar el tratamiento adecuado y oportuno, evitando la progresión.

ERITRODERMIA PSORIÁTICA: A PROPÓSITO DE UN CASO

Javiera Ocampo Sepúlveda (1), Karen Hernández González (1), Daniela Castro Guzmán (2) Alex Ramos Cifuentes (1)
(1) Médicos EDF CESFAM Dalcahue, (2) Médico EDF Hospital de Achao.

INTRODUCCIÓN. La psoriasis es una enfermedad crónica, sistémica de carácter inflamatorio capaz de afectar piel, mucosas, uñas, y en ocasiones articulaciones. Tiene una prevalecía de 2 a 3% en la población general. Es una patología de etiología desconocida. No es hereditaria, pero existe una predisposición genética para padecerla. Al ser una enfermedad con síntomas cutáneos predominantemente, provoca además problemas psicológicos en contexto de rechazo por parte de otras personas. Esta enfermedad típicamente aparece durante la adolescencia hasta los 35 a 40 años aproximadamente. La eritrodermia psoriática es un tipo de psoriasis; es un cuadro generalizado de carácter grave, que se presenta en el 1% de los pacientes con psoriasis, con el doble de incidencia en hombres que en mujeres. Se presenta tras exposición solar prolongada, como complicación de un tratamiento tópico agresivo, retirada de algunos tratamientos sistémicos, enfermedades sistémicas, estrés, entre otras causas. Clínicamente se caracteriza por eritema difuso y descamación, acompañados de fiebre y compromiso del estado general. **CASO CLÍNICO.** Usuario de 54 años, con antecedente de psoriasis en tratamiento con corticoides tópicos, sin controles desde hace 1 año. Consulta en servicio de urgencias por cuadro de 7 días aproximadamente caracterizado por fiebre asociada a lesiones eritematodescamativas generalizadas y edema facial. Se indicó manejo con amoxicilina+ácido clavulánico, prednisona, betametasona en crema, paracetamol y clorfenamina. Tras 5 días se realiza visita domiciliaria, con disminución de lesiones, aunque persistencia de éstas. Actualmente en tratamiento con lubricación con vaselina sólida y clorfenamina, en controles con dermatología. **DISCUSIÓN.** Si bien la eritrodermia psoriática es una enfermedad infrecuente, es de vital importancia conocer su PRESENTACIÓN, pues se trata de una condición grave que requiere tratamiento oportuno, y por lo tanto una alta sospecha diagnóstica, para así evitar sus complicaciones, entre las que se encuentran hipotermia, insuficiencia cardíaca, hipoalbuminemia y sepsis. El tratamiento de éstos pacientes consiste en aplicar emoliente graso, mantener habitación a una temperatura cálida, hidratación abundante, corticoides tópicos de baja potencia, antihistamínicos y antibióticos sistémicos en caso de sobreinfección de lesiones. Se debe considerar para su tratamiento ciclosporina, metotrexato y agentes biológicos como Infliximab. El manejo requiere un enfoque multidisciplinario, pues es una patología que, a pesar de no ser contagiosa, genera rechazo por parte de la población, y muchas veces también del personal de salud, por lo que abarcar la esfera de salud mental con apoyo psicológico es fundamental.

HEMORRAGIA OSCURA: ACLARACIÓN DE CONCEPTOS Y ENFOQUE PRÁCTICO EN LA UTILIZACIÓN DE RECURSOS: A RAÍZ DE UN CASO.

Cristóbal Ode Soto (1), Daniela Araya Santis (1), Ignacio Nova Cabello (2)
(1) Médicos EDF Hospital de Litueche, (2) Médico EDF Cesfam Manuel Rodríguez, Copiapó.

INTRODUCCIÓN y OBJETIVOS: La anemia ferropriva presenta una elevada prevalencia en las consultas de atención primaria, sus múltiples diagnósticos suelen identificarse con una endoscopía digestiva alta (EDA) y/o una colonoscopía, pero: ¿Qué sucede cuando estos procedimientos resultan negativos y la sospecha de pérdidas hemáticas gastrointestinales continúa? Un adecuado conocimiento de las causas y exámenes disponibles permite una aproximación eficaz y eficiente al diagnóstico. El OBJETIVO de este estudio es a raíz de un CASO CLÍNICO entender el concepto de la hemorragia oscura como aquella que persiste sin diagnóstico luego de una EDA y colonoscopía y explicar las diferentes opciones para su enfrentamiento. **MATERIAL Y METODO**: Se presenta un trabajo descriptivo de un CASO CLÍNICO sobre una paciente con cuadro de hemorragia oscura. La información fue obtenida directamente de la ficha clínica y exámenes particulares facilitados voluntariamente por paciente. Se indagó en literatura científica correspondiente. **RESULTADOS y CONCLUSIONES**: Se presenta caso de paciente de 62 años, sana, que en 2011 inicia cuadro de anemia ferropriva severa, durante estudio se realizan múltiples transfusiones, cuatro EDA (11/04/2013, 15/04/2014, 10/11/2014, 28/04/2015), dos colonoscopías (07/06/2012, 27/04/2015), mielograma (11/07/2014), electroforesis de proteínas (28/03/2014), entre otros múltiples exámenes hematológicos antes de clasificarla como una hemorragia oscura y comenzar con el estudio, tras lo cual se realiza cápsula endoscópica encontrándose en porción media de intestino delgado dos lesiones vasculares del tipo angiodisplasia, con contenido de aspecto hemático reciente. **DISCUSIÓN O COMENTARIOS:** Una aproximación al estudio debe tener en cuenta la clínica y la prevalencia de las patologías, de esta forma un inicio práctico sería solicitar primero una endoscopía alta, luego una baja, si ambas son negativas, clasificar la anemia como secundaria a una hemorragia oscura y comenzar su estudio entendiendo las características de los siguientes exámenes:

- Arteriografía: Alta especificidad, permite realizar intervenciones terapéuticas endovasculares, pero requiere de sangrado activo.
- Angio-TAC multi-corte: Permite caracterizar irrigación de la pared intestinal, identifica malformaciones vasculares locales y el sitio de la hemorragia.
- Cápsula endoscópica: Es el gold-estándar. Alto costo (2.2 millones de pesos fue el coste de este caso). Aun así, la alta efectividad la hacen una opción a considerar de manera precoz en el estudio.
- Enteroscopía: Útil en los casos que se ha definido un área particular a estudiar ya que permite efectuar terapias locales como coagulación y polipectomía.
- Estudios contrastados endoluminales como el enema baritado, no tienen utilidad.

BROTE DE ÁNTRAX CUTANÉO, CASOS CONFIMADOS EN ZONA RURAL DE REGION DE ÑUBLE.

Andrés Ojeda Inzunza (1), Cristian Mercado Salinas (2), Frank De Souza Ortiz (3)
(1) Médico EDF Hospital de Bulnes, (2) Médico EDF Consultorio General Rural Pueblo Seco.
(3) Médico Cirujano APS CECOSF Valle Hondo

El ántrax o carbunco, corresponde a una enfermdad infecciosa que es transmitida desde animales vertebrados al ser humano "zoonosis" causada por Bacillus anthracis. Su contagio se produce al consumir esporas presentes en carnes mal cocidas de animales enfermos, por inhalación de esporas mediante manipulación de cuero, lana, pelo o por contacto directo de derivados de animales a travéz de alguna puerta de entrada en la piel. Al iniciarse la infeccion producto de esporas, via instestinal, cutanea o respiratoriase produce un periododo de incubacion de 2 hasta 60 dias, dependiendo del sistema comprometido, llegando a producir posteriormente una diseminacion sanguínea y multiplicación extracelular, que puede evolucionar a una bacteremia, meninguitis, sepsis y en algunos casos shock séptico y muerte.
REPORTE DEL CASO: Paciente femenina de 44 años sin antecedentes mórbidos que consulta en posta rural, por lesión de 4 días de evolución, en dedo índice de mano derecha, de tipo maculo papular violácea con edema perilesional, la cual evoluciona, en los días siguientes, a una úlcera con centro necrótico, dolorosa, afebril. Al otro día consulta otra persona por herida en dedo medio de similares características, con lesión necrótica, en fondo deprimido, rodeada de un halo violáceo. Dentro de historia se pesquiza que ambas personas habian manipulad y consumido carne de equino, de forma artesanal, hace aproximadamente 7 dias antes. Por lo cual se sospecha de carbunco y se contacto a Seremi, quiene tomaron muestras de las lesiones y el terreno las cuales resultaron positivas para Bacillus anthrasis, por lo cual se realizaron medidas de control epidemiológico y protocolo de profilaxis antimicrobiana a las personas que habian estado expuestas a la carne de origen equino. **DISCUSIÓN**: Ambos casos se manifestaron en la mano dominante, lo que puede estar relacionado con el mayor tiempo de contacto con la carne de equino, adémas presentaron dolor, característica que difiere de la literatura especializada, que podria estar en contexto de una sobreinfección y podria llevarnos a sospechar de loxocelismo cutáneo que es uno de los diagnósticos diferenciales, por lo cual se requiere de la deteccion de B. Anthracis, mediante diferentes técnicas, frente a la sospecha de ántrax cutáneo. **CONCLUSION:** Es una enfermedad zoonótica, con predilección en zonas rurales con poco control de normativas sanitarias veterinarias. El contagio ocurre por manipulación y consumo de animales enfermos, la infección en humanos compromete con mayor frecuencia piel, seguido de tracto gastrointestinal y respiratorio de difícil diagnóstico ya que no existen hallazgos histológicos, de laboratorio ni radiológicos patognomónicos, por lo que requiere una alta sospecha clínica frente a úlceras orales y/o genitales recidivantes, a fin de un diagnóstico precoz y tratamiento adecuado, posibilitando una mejor calidad de vida y menos secuelas oculares.

PRESENTACIÓN DE ENFERMEDAD ÓSEA ADINÁMICA, REPORTE DE UN CASO.

Valentina Ojeda Contreras (1), Eduardo Ayala Maureira (1), Martín Guzmán Asenjo (2)
(1) Médico EDF, CESFAM Clotario Blest, (2) Médico EDF, CESFAM Presidente Salvador Allende

INTRODUCCIÓN: La Osteodistrofia renal (ODR) es el conjunto de alteraciones del tejido óseo esquelético asociada a la Enfermedad Renal Crónica (ERC). Una de sus clasificaciones es la Enfermedad ósea adinámica (EOA), la cual clínicamente se puede manifestar por hipercalcemia, paratohormona (PTH) sérica baja, mayor riesgo de fracturas y calcificación vascular. Se presenta un caso de EOA. **PRESENTACIÓN DEL CASO:** Masculino de 62 años, con antecedente de ERC V en hemodiálisis, hipertensión arterial y diabetes mellitus tipo 2, consulta en CESFAM Clotario Blest por dolor en pie derecho sin causa aparente. Se solicitan imágenes las cuales informan osteopenia difusa, reabsorción de cabezas del 2, 3, 4 y 5to metatarsiano y de la base de la falange proximal del 2, 3 y 5to ortejo, y calcificaciones vasculares. En estudio complementario destaca: Calcio 10.3 mg/dL, Fósforo 5.0 mg/dL, Vitamina D 8.48 ng/ml, PTH 20,74. Dentro del tratamiento del paciente destacaba Carbonato de calcio 1000 mg al día. Evaluado por endocrinología Hospital El Carmen, donde confirman diagnóstico de EOA y sugieren suspender carbonato de calcio. Controlan con exámenes un mes después: Calcio 11.1 mg/dL, Fósforo 3.8 mg/dL, Vitamina D 12.9 ng/ml, PTH 12,64. Paciente es derivado a nefrología para ajuste de quelantes de calcio en vista de la supresión de PTH. **DISCUSIÓN:** Si bien la confirmación diagnostica es con biopsia, actualmente en la mayoría de los casos de ODR se usa el nivel de PTH para identificar el subtipo más probable. En este caso la supresión de PTH pareciera haber sido agravada por un aporte de calcio exógeno. Reconocer esta patología precozmente es fundamental para poder prevenir su progresión, lo cual implica una sospecha clínica activa, siempre teniendo en cuenta que a partir del estadio III de la ERC ya se pueden observar alteraciones en el eje calcio-fósforo-PTH-vitamina D.

TRASTORNO CONVERSIVO VS TRASTORNO NEUROLÓGICO, A PROPÓSITO DE UN CASO.

Valentina Ojeda Contreras (1), Eduardo Ayala Maureira (1), Michelle Melendes Cornejo (2)
(1) Médico EDF, CESFAM Clotario Blest, (2) Médico, CESFAM Clotario Blest

INTRODUCCIÓN: El corea consiste en movimientos involuntarios, breves, aleatorios, que pueden afectar a cualquier grupo muscular, fluyendo de forma impredecible de una parte del cuerpo a otra. Los movimientos coreicos están presentes en reposo, aumentan con maniobras de distracción, se pueden suprimir parcialmente y con frecuencia desaparecen durante el sueño. El diagnóstico diferencial de los síndromes coreicos es muy amplio, incluyendo tanto cuadros de causa genética como formas adquiridas: enfermedad cerebrovascular y lesiones ocupantes de espacio, coreas de base inmune, coreas de causa infecciosa, encefalopatías tóxicas y metabólicas y coreas inducidas por fármacos. **CASO CLÍNICO:** Paciente masculino de 70 años, con cuadro clínico de 3 años de evolución de debilidad en tobillo y rodilla, alternado con extremidad contralateral, nunca simultáneo. Último año progresa rápidamente, con limitación importante para el inicio de la marcha. Últimos 6 meses se acompaña de movimientos de ambas extremidades superiores, explicando que son movimientos voluntarios para estabilizarse. El 08/03/18 neurólogo de extrasistema sospecha de corea. Caso presentado en Consultoría de neurología en CESFAM Clotario Blest en marzo de 2018 donde se realiza diagnóstico de trastorno conversivo, indicando ISRS. Ante persistencia y progresión de síntomas en noviembre de 2018 es evaluado por neurólogo en Hospital El Carmen donde se confirma diagnóstico de corea, tras varios estudios se sospecha Enfermedad de Huntington. **CONCLUSIONES:** Al mencionar la palabra "conversivo" se tiende a desestimar la clínica y la evolución del paciente, culpando a los factores ambientales como gatillantes, nublando nuestro juicio y búsqueda de diagnósticos diferenciales e incluso desestimando síntomas de la evolución del cuadro.

ESTENOSIS CONGENITA DE APERTURA PIRIFORME (ECAP) : REPORTE DE UN CASO

Romina Olate Mercado (1), María López Escalona (2), Aivonlec Espinoza Contreras (3), Carlos Ibarra Cid (3)
(1) Médico EDF CESFAM Pedro de Valdivia, Temuco, (2) Médico EDF CESFAM Pueblo Nuevo Temuco,
(3) Médico EDF Consultorio Miraflores Temuco

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS: La estenosis congénita de la apertura piriforme (ECAP) es una causa poco frecuente de dificultad respiratoria neonatal. La apertura piriforme es el punto mas estrecho de la porción osea de la fosa nasal, por lo que una pequeña disminución de su área incrementa la resistencia del paso al aire, sumado a que los neonatos son respiradores nasales obligados, produce como signo patognomonico estridor nasal. El diagnostico se confirma con tomografía computarizada de cavidades paranasales. Presentamos un caso de un recién nacido con estenosis congenita de apertura piriforme.**MATERIAL Y METODO :** Trabajo descriptivo de un CASO CLÍNICO, en base a la información obtenida mediante ficha clínica y exámenes entregados por la paciente. Se complementa con la literatura científica correspondiente.**CASO CLÍNICO:** Recién nacido sano en buenas condiciones generales, madre cursa embarazo sin patologías, parto normal. En sala de puerperio destaca al examen físico estridor nasal. Se percata imposibilidad de pasar una sonda de aspiración por cavidad nasal. Se evalúa por equipo de otorrinolaringología quienes indican nasofribroscopia en la que destacó en tercio anterior cornetes edematosos impidiendo paso de fibra óptica. Se solicita Tomografía computarizada de cavidades paranasales el que mostró coanas permeables y estreches de apertura piriforme (valor normal >11mm). Además, se realiza ecocardiograma y resonancia cerebral, para descartar malformaciones concomitantes, resultando normales. Se optó por un manejo conservador, se decide alta y controles con especialidad, paciente evoluciona de forma favorable. **RESULTADOS Y CONCLUSIONES:** La estenosis congénita de la apertura piriforme es una alteración embrionaria del hueso maxilar que ocurre entre la 5ª y 8ª semana de gestación, de causa desconocida y poco frecuente. La causa más frecuente de dificultad respiratoria nasal y estridor son la atresia de coanas. La clínica de la estenosis congénita del seno piriforme son dificultad respiratoria que se agrava con la lactancia, puede estar asociada a cianosis, estridor nasal, apneas, respiración ruidosa y ronquido. Su pronóstico es bueno y el tratamiento conservador se considera de primera línea, reservándose la cirugía en casos de existir dificultad respiratoria, trastornos deglutorios severos, malformaciones asociadas y/o fracaso de tratamiento conservador. El ensanchamiento de la apertura piriforme mediante abordaje sublabial es el procedimiento quirúrgico más seguro y efectivo. **DISCUSIÓN Y COMENTARIOS:** Es importante la interiorización de la estreches de apertura piriforme como diagnóstico diferencial de dificultad respiratoria neonatal, puesto que es una patología con buen pronóstico y sencillo, con apoyo de imágenes. Es importante no olvidar el descarte de malformaciones asociadas.

CARACTERIZACION DE LAS DERIVACIONES A SUBESPECIALIDADES DE CIRUGIA NO GES, REALIZADAS DESDE ATENCION PRMARIA DE CONSULTORIO MIRAFLORES DE TEMUCO.

Romina Olate Mercado (1), María López Escalona (2), Claudia Ortiz Vallejos (3), Carlos Ibarra Cid (4)
(1) Médico EDF CESFAM Pedro de Valdivia, Temuco, (2) Médico EDF CESFAM Pueblo Nuevo Temuco,
(3) Médico EDF CESFAM Las Colinas Padre las Casas, (4) Médico EDF Consultorio Miraflores Temuco

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVO: Las enfermedades con resolución quirúrgica son uno de los principales motivos de derivación desde atención primaria, ya que estas contemplan recursos adicionales para su diagnóstico y/o tratamiento, que no se encuentran en el nivel primario de salud. Dentro de la lista patologías quirúrgicas existen patologías GES y no GES, estas últimas con menor prioridad de atención, son un gran grupo heterogéneo, que conforman listas de espera quirúrgica a las distintas subespecialidades. El OBJETIVO del siguiente trabajo es describir las principales patologías no GES de derivación a subespecialidades de cirugía, de la lista de espera del consultorio Miraflores, distinguiendo diagnóstico por subespecialidad, sexo, promedio de edad de los pacientes identificando las de mayor demanda en el tiempo definido. **MATERIAL Y METODO:** En este estudio descriptivo retrospectivo se analizó interconsultas en la lista de espera a subespecialidades de cirugía emitidas durante el marzo 2018 a diciembre 2020, proveniente del registro electrónico. **RESULTADO Y CONCLUSIONES:** De un universo de 276 interconsultas realizadas desde el policlínico de morbilidad a subespecialidades de cirugía, se obtuvo que un 23.55 % (n=65) fueron hombres y 76.44 % (n=211) mujeres con un promedio de edad de 57.07 años. Por subespecialidad se obtuvo del total un 52.89%(n=146) de derivaciones a la subespecialidad de vascular, 21.37% (n= 59) coloproctologia, 17.02% (n= 47) mama, 4.3% (n= 12) digestivo, 2.17% (n=6) cabeza y cuello, 1.44% (n= 4) plástica y reconstructiva, 0.7% (n= 2) de tórax. Las patologías más frecuentes según subespecialidad fueron; Vascular: 98.6% (n= 144) insuficiencia venosa periférica, 1.36 % (n= 2) patología arterial periférica. Coloproctologia: 67.7 % (n= 40) patología hemorroidal,15.2% (n= 9) quiste pilonidal, 8.47% (n= 5) fisura anal, 8.47% (n= 5) otras patologías ano rectales benignas. Mama: 65.9% (n= 31) nódulo mamario, 12.7% (n= 6) quiste mamario, 6.3% (n= 3) micro calcificaciones, 4.2% (n= 2) fibroadenoma, 10.6 (n= 5) otras patologías benignas de mama. Digestivo: 75% (n= 9) obesidad, 25% (n= 3) hernia hiatal. Cabeza y cuello: 50% (n= 3) patología de la parótida, 33% (n= 2) patología de la tiroides, 16% (n= 1) piel. Plástica y reconstructiva: 100% adiposidad localizada (abdomen de delantal). Tórax 100% tórax excavado. **DISCUSIÓN Y COMENTARIOS:** El promedio de edad de los pacientes derivados a cirugía fue 57.07 años, dentro de estos la mayoría mujeres con un 76.44%. Dentro de las subespecialidades con mayor número de derivaciones en la lista de espera fue cirugía vascular y coloproctologia en conjunto abarcan el 74.26% de las interconsultas y dentro de ellas la insuficiencia venosa y la patología hemorroidal respectivamente. Es importante reconocer las características de los pacientes y principales patologías, para abordar intervenciones que se puedan realizar en atención primaria. Además, evaluar la necesidad de mayor oferta de horas medicas de algunas subespecialidades y la formación de estos especialistas.

CASO CLÍNICO: PRESENTACION ATIPICA DE DISECCION AORTICA EXTENSA, SIMULANDO COLICO RENAL
Lissette Olguin Mondaca, Tamara Aguilar Maldonado, Marco Camacho Ibarra.
Médicos EDF Hospital San Antonio Putaendo

INTRODUCCIÓN: La disección aórtica aguda (DAA) es relativamente rara, pero potencialmente mortal. Su PRESENTACIÓN clínica es diversa, hasta 38% de los pacientes no se logra diagnóstico oportuno. **CASO:** Masculino 55 años, hipertenso sin tratamiento, fumador. Consulta por dolor lumbar derecho de inicio súbito, EVA 10/10, irradiado a flanco derecho y vómitos. Ingresa a urgencias con bradicardia sinusal, normotenso. Manejado como cólico renal dado clínica, con mala respuesta a analgesia endovenosa. Se hospitaliza para manejo del dolor con morfina en bomba infusión continua (BIC) y monitorización. Ante persistencia dolor EVA 9-10/10, se deriva a hospital de referencia. Ingresa a urgencias Hospital San Camilo con presión arterial (PA) 210/103 mmHg, frecuencia cardiaca 60 latidos por minuto. AngioTC muestra disección aórtica extensa, desde arteria carótida común izquierda hasta arterias iliacas internas, con compromiso arteria mesentérica superior, trombosis arteria renal derecha, infarto renal derecho y porción inferior riñón izquierdo. Ingresa a UCI para manejo de PA con BIC labetalol y nitroprusiato. Se traslada a Hospital Gustavo Fricke para resolución quirúrgica, realizándose endoprotesis aórtica y bypass carotídeo. Paciente evoluciona tórpidamente con isquemia mesentérica, shock séptico de foco abdominal, finalmente fallece por falla hemodinámica refractaria. **DISCUSIÓN:** La DAA es una emergencia cardiovascular, asociada con una alta mortalidad, la cual aumenta progresivamente si no se diagnostica precozmente. Se estima una tasa de mortalidad de 50% a las 48 horas, aumentando del 1% al 2% por hora después del inicio de los síntomas. El diagnóstico oportuno es particularmente desafiante porque la PRESENTACIÓN clínica es diversa, simulando varios cuadros clínicos. La PRESENTACIÓN típica de dolor torácico súbito desgarrante sucede en menos del 10% de los pacientes. **CONCLUSIÓN:** El índice de sospecha para el diagnóstico de DAA debe ser alto, sobre todo en pacientes con factores de riesgo, siendo el más relevante, la hipertensión.

NÓDULO DE LA HERMANA MARY JOSEPH COMO DEBUT DE CÁNCER DE COLON: A PROPÓSITO DE UN CASO
Pablo Olguín Sepúlveda, Camila Cárdenas Fernández, José Reyes Rojas
Médico EDF, Hospital Comunitario de Salud Familiar de Quirihue.

RESUMEN: El nódulo de la hermana Mary Joseph (NHMJ) es una entidad clínica poco frecuente que representa la metastásis cutánea de un proceso tumoral intra abdominal. Se presenta el caso de paciente de sexo masculino con lesión umbilical, nodular, sólida de 2 meses de evolución. Se realizó estudio completo con histología que confirmo metástasis cutánea de cáncer de colon avanzado. **INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS:** Paciente masculino de 54 años, con antecedentes de alcoholismo y tabaquismo consulta por lesión cutánea umbilical de 2 meses de evolución asociado a baja de peso de 16 kilogramos en 2 meses. Al examen físico lesión nodular en región umbilical de 2 centímetros de diámetro, de base eritematosa, sólida, sensible a palpación, irregular de bordes mal definidos. Se presenta a teledermatología programándose extirpación quirúrgica, la que se realiza con biopsia que evidencia presencia de células neoplásicas a nivel umbilical que sugiere tumor primario colónico. Se completa estudio con colonoscopía e imageneología compleja que confirma presencia de cáncer de colon metastásico con tumor de colon transverso obstructivo. El paciente falleció 6 meses posterior al diagnóstico. **MATERIAL Y METODO:** Búsqueda en bases de PubMed, EMBASE, Cochrane y Epistemonikos con los términos “sister”, “nodule”, “mary, “joseph”, asociado a términos booleanos. Se utilizó información de paciente con acceso a ficha clínica autorizada. **RESULTADOS Y CONCLUSIONES:** El NHMJ es una lesión cutánea poco frecuente, de origen metastásico que en hombres se relaciona con tumores de origen gástrico y colónico. Se presenta alrededor de los 60 años y sólo en un 15% de los casos la lesión cutánea corresponde al primer síntoma de la enfermedad. **DISCUSIÓNES O COMENTARIOS:** El NHMJ corresponde a una entidad clínica poco frecuente para el cual se debe tener una alta sospecha diagnóstica debiendo realizar el estudio de tumores intraabdominales dado la gran carga de morbimortalidad que conlleva.

HERPES ZOSTER HEMORRÁGICO, EN PACIENTE INMUNOCOMPETENTE. A PROPÓSITO DE UN CASO
Patricio Oliva Peralta (1), Daniela Montecinos Luz (1), Daniel Perdomo Gainza (2)
(1) Médico EDF Hospital San Vicente Tagua-Tagua, (2) Médico EDF CESFAM La Esperanza

INTRODUCCIÓN y OBJETIVOS: El Herpes Zoster hemorrágico (HZH) es una PRESENTACIÓN atípica de Herpes Zoster, poco descrita en la literatura actual. Es considerado una complicación grave y se relaciona frecuentemente con inmunodepresión, coagulopatía o trombocitopenia. Se asocia a mayor severidad si se asocia a diseminación o compromiso visceral.
CASO CLÍNICO: Paciente de 47 años, sexo masculino, sin antecedentes mórbidos, segunda consulta en urgencias por cuadro 2 días, caracterizado por dolor urente en región inguinal derecha y glútea ipsilateral, asociado a lesiones en piel. Niega fiebre o síntomas sistémicos. Niega historia de inmunosupresión, conductas sexuales de riesgo o uso de drogas endovenosas. Al examen físico: Vesículas hemorrágicas sobre base eritematosa en región inguinal derecha y lateral glútea ipsilateral (Dermatomos L1-L2 y L4-L5). Laboratorio sin linfopenia, trombocitopenia o alteración de coagulación. Se indica hospitalización para terapia endovenosa y estudio, pero paciente rechaza. Posteriormente, se indica Aciclovir oral 5 veces al día y se cita a control ambulatorio con estudio serológico. A las 48 hrs con regresión de las lesiones, exámenes normales y VHB (-) HIV (-) FR (-) ANA (-) Hba1c: 5.7, VDRL no reactivo. Se indica completar 7 días de tratamiento, con resolución completa de los síntomas. **RESULTADOS y CONCLUSIONES:** El caso expuesto presenta un cuadro infrecuente como la HZH, en paciente inmunocompetente, lo que la hace aun mas infrecuente. Se le realizo seguimiento a las 48hrs con importante regresión del cuadro y estudio de inmunodepresión negativo. **DISCUSIÓN:** El HZH es un cuadro importante de descartar en la PRESENTACIÓN del herpes zoster. Resulta necesario estudio de inmunosupresión y otras complicaciones al momento del diagnostico, debido a su potencial severidad. Si bien el manejo ambulatorio de estos pacientes no se recomienda, es perentorio un seguimiento estrecho en caso de rechazo de terapia y manejo intrahospitalario, para descartar mala evolución del cuadro

ELEFANTIASIS, A PROPÓSITO DE UN CASO.

Antonio Olivares Mendieta (1), Karla Cabrera Tabilo (1), Alejandra Moreno Sánchez (2), Camila García Pasarín (3), Karla Muñoz Saldías (4)
(1) Médico EDF, CESFAM Central Calama, (2) Médica EDF, CESFAM Alemania, (3) Médica EDF, CECOSF Oasis
(4) Médica EDF, CESFAM Montt, Calama

El linfedema es un cuadro clínico caracterizado por el déficit crónico en las vías linfáticas, lo que conlleva a una alteración en el drenaje y acumulación de líquido intersticial. Puede ser primario, por cause de aplasia o hipoplasia del sistema linfático o incompetencia del sistema valvular, o secundario, cuando hay una obstrucción o infiltración de los vasos linfáticos, por infecciones (linfangitis recurrente), tumores, obesidad, cirugía o sobrecarga del sistema venoso en miembros inferiores. El grado más severo del linfedema crónico no filariásico se denomina elefantiasis verrucosa nostra (EVN), con hipertrofia cutánea desfigurante. Es una entidad crónica poco común. Se presenta CASO CLÍNICO de esta entidad pesquisado en consultorio. **CASO CLÍNICO**: Paciente masculino de 66 años con antecedentes de Diabetes Mellitus Insulinorequiriente, Hipertensión Arterial, Obesidad. En tratamiento con: Metformina 850 mg. c/12H, Insulina NPH 42 UI + 26 UI pre-cena, Losartán 50 mg. c/12H, Amlodipino 10 mg. c/24H, Carvedilol 12,5 mg. c/24H, Furosemida 40 mg. c/24H, Ácido Acetilsalicílico 100 mg. c/24H. Antecedentes quirúrgicos: Amputación infracondílea de miembro inferior izquierdo y Hallux derecho (2006). Alergias: Niega. Tabaco: Crónico, inactivo hace 29 años. Empezó a fumar a los 14 años, fumando 20 cigarrillos diarios (23 paquetes/año). Alcohol: Niega. Drogas: Niega. Etnia: Niega. Presenta cuadro de 13 años de evolución lesión en extremidad inferior derecha tumefacta, asociado edema y a gran placa hiperpigmentada con lesiones verrucosas. Sólo con antecedentes de infecciones por pie diabético. Sin antecedentes de cáncer ni viajes ni otros. Paciente es derivado a dermatología donde se confirma diagnóstico. **DISCUSIÓN**: La Elefantiasis Verrucosa Nostra se caracteriza por presentar una piel con hiperqueratosis, papilomatosis e hiperplasia verrucosa, lo que le da un aspecto en empedrado, pudiendo evolucionar a ulceración e infección por bacterias y hongos que predispone a celulitis a repetición. El diagnóstico clínico y se debe diferenciar de otras enfermedades que producen aumento de volumen de las extremidades. **CONCLUSIÓN**: El linfedema verrugoso es una enfermedad poco frecuente. Para su diagnóstico es importante descartar procesos malignos. El tratamiento está enfocado a disminuir los síntomas y mejorar la función y la calidad de vida.

MANEJO CLÍNICO DE UNA MORDEDURA POR TACHYMENIS CHILENSIS, A PROPÓSITO DE UN CASO.

Francisco Olivares Garrote (1), Constanza Yáñez Hinojosa (1), María José Bilbao Robertson (2)
(1) Médico EDF, CESFAM Placilla, (2) Interna medicina, UNAB Viña del Mar.

INTRODUCCIÓN y OBJETIVOS: En Chile se han identificado dos géneros de serpientes relacionadas con mordeduras a humanos; Tachymenis Chilensis, culebra de cola corta ubicada entre la IV y IX región y Philodryas Chamissonis, culebra de cola larga que se distribuye desde la III a la X región. Tachymenis chilensis mide de 40 a 60 cm, posee una cola corta, y se caracteriza por una franja central blanquecina y dos laterales más oscuras. Suele habitar ambientes húmedos y relativamente fríos, desde el nivel del mar a zonas cordilleranas. Dado la poca incidencia de eventos a lo largo del país, se presenta el siguiente CASO CLÍNICO con el OBJETIVO de mejorar la comprensión al respecto. **MATERIAL Y METODO**: Presentamos el caso de un paciente mordido por Tachymenis chilensis en la región de Valparaíso. **RESULTADOS y CONCLUSIONES:** Adulto de sexo masculino, 32 años, sin mórbidos, se encontraba de paseo en el tranque de la luz, en la localidad de Placilla de Peñuelas, región de Valparaíso. El paciente poseía las manos apoyadas en el suelo cuando siente una molestia en el dorso de su mano izquierda percatándose de la presencia de una serpiente prendada en su mano. Acudió al SAPU del CESFAM de Placilla de Peñuelas donde se indicó hielo local, más la administración de un corticoide y antihistamínico por vía parenteral y vacunación antitetánica. En la evaluación inicial se encontró edema en el dorso de la mano izquierda con evolución rápidamente progresiva hasta el tercio distal del antebrazo asociado a dolor, eritema y limitación funcional. En tal contexto se realizó la derivación al servicio de urgencia del hospital Carlos Van Buren de Valparaíso donde fue hospitalizado con diagnóstico de mordedura de serpiente y se indicó tratamiento con analgésicos, corticoides, antihistamínicos y antibióticos por vía parenteral. En los exámenes al ingreso destaca un recuento de glóbulos blancos de 14.000/ml, con serie roja, plaquetas, pruebas de coagulación, función renal y examen de orina dentro de los límites normales. El paciente evoluciono en forma favorable tras 48 horas de observación por lo que se decidió egreso completando 7 días de tratamiento ambulatorio con corticoides y antibióticos. **DISCUSIÓN:** En Chile son infrecuentes los accidentes provocados por mordeduras de serpientes por lo que sigue siendo escasa la literatura descrita al respecto. Se presentan como eventos más frecuentes en hombres jóvenes que se encuentran realizando actividades en localidades campestres. La zona corporal más frecuentemente afectada son las manos. El curso clínico suele ser favorable con tendencia a la recuperación completa en 5 a 7 días y no se describe mortalidad asociada. El tratamiento consiste en el manejo del dolor y la administración de corticoides por vía endovenosa, además de la vacuna anti tetánica en caso de corresponder según el programa nacional de inmunización. Los antibióticas están indicados solo en caso de sospecha de infección sobre agregada. No existe un antídoto específico para este tipo de mordeduras. La mejor manera de prevenir estos eventos es no manipular en forma dirigida estos animales, ya que la mayoría de las mordeduras ocurren en defensa propia.

COMPROMISO DE CONCIENCIA EN MONONUCLEOSIS INFECCIOSA: A PROPÓSITO DE UN CASO.
Jaime Patricio Olivares Ligena, Oscar Fernando Oliva Bertetti
Médicos EDF Hospital de Mariquina

INTRODUCCIÓN y OBJETIVOS: La mononucleosis infecciosa es un síndrome generalmente causado por el virus ebstein barr (VEB), puede causar fiebre, fatiga, adenopatías, exantema, odinofagia y cefalea. El caso de RVA también se presentó con compromiso de conciencia y convulsiones. **MATERIAL Y METODO:** Se presenta caso de sexo masculino, iniciales RVA, de 39 años, sector rural, trabajador de lechería, sin antecedentes mórbidos. Con cuadro de 1 mes de evolución de fatiga, compromiso del estado general, cefalea y adenopatía submandibular derecha, además perdida de 6 kg y fiebre intermitente. Consulta en varias ocasiones, donde se interpreta como sospecha de COVID19 y se toman PCR, todas negativas. Fue llevado a urgencias con GCS 7, en estado febril, por lo que se maneja como sepsis versus encefalitis aguda y se realiza IOT. En el traslado SAMU realiza crisis tónico clónica generalizada. Se inicia estudio con evaluación neurológica, punción lumbar sin hallazgos, panel meningoencefalitis aguda negativo, TC cerebro y cuellos s/c sin lesiones, leucocitos 14420, RAL 800 PCR 16, VHS 92 LDH baja, Hemocultivos I y II negativos, urocultivo negativo, cultivo de LCR negativo, VIH, VHB, VHC, serología Toxoplasma, COVID, Mycoplasma, Coxiella, Leptospira y Brucella negativas. IgM VEB positivo. EEG normal. Ecografia abdominal con hepatoesplenomegalia, Ecocardiograma normal, RM cerebro con contraste con anomalía del DESARROLLO venoso (angioma venoso) frontal izquierdo. Se define en un comienzo probable fiebre Q por lo que se inició tratamiento con doxiciclina, ceftriaxona y gentamicina, luego se suspende por descarte. Se define como Mononucleosis infecciosa por infección aguda VEB con síndrome consuntivo secundario, además las convulsiones fueron interpretadas como secundarias a la fiebre por disminución del umbral convulsivo por la malformación venosa frontal izquierdo. Paciente evoluciona asintomático con recuperación de la conciencia y con inicio de antiepilépticos, sin secuelas neurológicas. **DISCUSIÓN:** El enfrentamiento del compromiso de conciencia y fiebre es un desafío para los servicios de urgencias, se debe descartar lo más grave que es la meningitis bacteriana, no obstante, existen otros cuadros que en su conjunto pueden provocar signos y síntomas poco frecuentes como es el caso del paciente RVA, donde las convulsiones fueron producto de una malformación venosa cerebral en conjunto con el cuadro febril prolongado por la mononucleosis, una baja de su umbral. Este caso no significó secuelas para el paciente, sin embargo, tendrá que mantener controles en neurología por su hallazgo.

APLICACIONES Y COMPLICACIONES DE LA BICHECTOMIA. REVISIÓN DE LA LITERATURA.
Mariajosé Olivares Ferretti (1), Francisco Ceballos Beroíza (2)
(1) Odontólogo EDF Hospital Nancagua, (2) Odontólogo EDF Hospital Licantén

INTRODUCCIÓN y OBJETIVO: Las bolsas adiposas de Bichat, son componentes de tejido graso ubicadas bajo los pómulos, entre los músculos masetero y buccinador. Forman una estructura estable durante toda la vida, debido a que se encuentran recubiertas por una fina capsula fibrosa la cual la aísla del contacto directo con los tejidos circundantes. Su función es mecánica, facilitando los movimientos musculares en los actos de masticar, succionar y hablar, además de una función estética; responsable del contorno facial. El procedimiento quirúrgico que remueve parcialmente la bola adiposa de Bichat se conoce como Bichectomia, en donde su eliminación se limita a 2/3 del volumen total. De esta forma se observa una reducción volumétrica principalmente del tercio inferior del rostro y definición de contornos; haciéndolo estéticamente más agradable con líneas faciales suaves y simétricas. **El OBJETIVO** de esta revisión a la literatura fue recabar información actualizada sobre todos los usos y también las posibles complicaciones que tiene este procedimiento que se encuentra tan de moda y realizado por múltiples profesionales odontólogos. **MATERIAL Y METODO:** Búsqueda en metabuscadores institucionales (PUBMED/SCIELO), publicaciones entre años 2015–2020, en inglés/español/portugués de reportes de casos. Palabra clave utilizada: Bichectomia. Bichectomy surgery, complications. Criterios de inclusión: Usos, Complicaciones, Ventajas, Desventajas. Criterios de exclusión: Publicaciones inferiores al año 2015. **RESULTADOS y CONCLUSIONES:** Inclusión de 6 estudios de reportes de casos clínicos para el DESARROLLO de la investigación.
Aplicaciones: Modificar el contorno facial haciéndolo más suave y agradable, armonización del contorno facial en casos de hipertrofia masetero, reparar defectos causados por resecciones tumorales, quistes maxilares y comunicación oroantral, corrección de defectos postraumáticos, reconstrucción del paladar blando y los defectos del paladar duro, utilizar como relleno estético para proporcionar volumen labial, premaxilar y paranasal, en la región malar utilizar como relleno en casos de perforación de la membrana del seno maxilar.
Complicaciones: Posibles complicaciones durante y post intervención quirúrgica como lesión de las ramas orales del nervio facial, hematomas, edemas, infección con supuración externa de la mejilla y obstrucción del conducto parotídeo.
DISCUSIÓN y COMENTARIOS: Existe estandarización de la técnica quirúrgica de bichectomia, así como conocimiento acabado de las complicaciones más inmediatas post intervención. Se observa que faltan estudios a largo plazo, sobre qué es lo que pasa con las aplicaciones estéticas en el futuro, intentando realizar una revisión sistemática y/o meta análisis de esta técnica quirúrgica.

DISPLASIA FIBROSA EN LA INFANCIA, DESCRIPCIÓN DE UN CASO CLÍNICO

Valentina Alejandra Olivares Villanueva, Jorge Felipe Miranda Guevara, Felipe Hernán González Rodríguez
Médicos EDF Cesfam Carén, Comuna Montepatria

INTRODUCCIÓN: Los tumores de los huesos que conforman al cráneo representan el 1-2% de los tumores óseos. Las manifestaciones dependen del sitio implicado, velocidad de crecimiento y naturaleza del tumor, siendo la más frecuente la presencia de una masa palpable. Un alto índice de sospecha y un adecuado estudio por imágenes son herramientas fundamentales para la aproximación diagnóstica. Se presenta el caso de un paciente pediátrico en estudio por esta patología.
CASO CLÍNICO: Paciente masculino de 10 años, sin antecedentes mórbidos, es llevado por su madre a su centro de salud por cuadro clínico de meses de evolución caracterizado por un aumento de volumen en región cigomática izquierda. Al examen físico se evidencia asimetría facial a expensas de aumento de volumen a nivel de arco cigomático izquierdo que a la palpación se percibe de consistencia pétrea, no doloroso, adherido a planos profundos, impresiona leve a moderada inflamación de partes blandas adyacentes asociado a desviación de comisura labial ipsilateral, ptosis palpebral izquierda, pupilas isocóricas, reactivas. Se deriva a nivel secundario para continuar estudio imagenológico, en donde se realiza Tomografía computada (TC) de macizo facial sin contraste, el cual describe extensa lesión ósea con aspecto de displasia fibrosa que compromete el seno maxilar izquierdo obliterándolo casi completamente, se extiende al piso orbitario izquierdo, aspecto inferior de la pared lateral izquierda de la órbita, reborde alveolar superior izquierdo, esfenoides a nivel del cuerpo y ala mayor izquierda hasta la apófisis pterigoides izquierda. Se realiza biopsia de la lesión. Aún se está a la espera de los RESULTADOS. **DISCUSIÓN**: La displasia fibrosa corresponde a una patología ósea benigna poco común (incidencia 1:4.000-10.000), en donde el tejido óseo es reemplazado por tejido conectivo fibroso de excesiva proliferación, provocando deformidad del hueso afectado. La etiología es poco clara, postulándose una mutación en el gen GSAS1, que provocaría finalmente una diferenciación anormal de los osteoblastos y consecuente producción de hueso displásico. La forma de PRESENTACIÓN puede ser monostótica o poliostótica, siendo más frecuente la primera en un 70-80%. La PRESENTACIÓN craneofacial es muy poco frecuente y compromete generalmente más de un hueso contiguo. La clínica más habitual es el aumento de volumen indoloro del hueso afectado con su consecuente deformidad facial, pudiendo presentarse síntomas derivados de constricción de agujeros craneales u obliteración de cavidades óseas. El examen de elección es la TC o Resonancia Nuclear magnética, donde existen patrones característicos de la enfermedad, pero el estudio histopatológico da el diagnóstico definitivo. El tratamiento es complejo e individualizado, va desde la observación, terapia médica (bifosfonatos) hasta correcciones quirúrgicas conservadoras vs radicales.

ENFERMEDAD DE CAROLI: IMPORTANCIA DEL DIAGNÓSTICO IMAGENOLÓGICO

Aileen Oñate Contreras (1), Camila Navarrete Balboa (1), Gabriel Valdivia Tapia (2)
(1) Médico EDF, Centro de Salud Familiar La Leonera, (2) Becado medicina interna, Universidad de Concepción.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS: La enfermedad de Caroli es una enfermedad congénita poco común que se caracteriza fisiopatológicamente como dilataciones múltiples, saculares o quísticas de las vías biliares intrahepáticas. Suele presentarse como una enfermedad autosómica recesiva, pero hay casos con tendencia familiar que sugieren también una herencia autosómica dominante. Existen 2 variantes, siendo la más común, el Síndrome de Caroli que se caracteriza por ectasia biliar ductal, con grado variable de cirrosis en el recién nacido (Fibrosis biliar congénita). La menos común corresponde a alteración biliar ductal, sin alteraciones hepáticas identificadas. Su incidencia se calcula en 1:1.000.000, siendo más frecuente en países orientales y afectando en igual medida a hombres y mujeres. **MATERIAL Y METODO:** Mujer de cincuenta años con aparentes antecedentes mórbidos de enfermedad de Caroli, sin litiasis asociadas, diagnosticada a los 16 años, sin controles posteriores a diagnósticos. Consulta por episodios recurrentes de dolor abdominal localizados en hipocondrio derecho, omalgia ipsilateral y sensación febril, asociados a comidas grasas. Colangioresonancia evidencia dilataciones saculares y fusiformes de conductos biliares intrahepáticos consistentes con Enfermedad de Caroli, hepatolitiasis con conductos para el segmento anterior y posterior, colelitiasis, pequeñas adenopatías en hilio hepático de aspecto reactivo. **RESULTADO Y CONCLUSIONES**: La enfermedad de Caroli es una patología poco común, cuyo diagnóstico no es sencillo debido al poco acceso y disponibilidad de colangioresonancias en el medio y además el abordaje debe ser planteado de manera médico quirúrgica por la asociación en ocasiones de litiasis intrahepáticas.**COMENTARIOS**: Pese a ser una hepatopatía poco común, es necesario enfrentarse a pacientes con clínica de colelitiasis con una anamnesis completa, incluyendo historia familiar y en lo posible con un diagnostico imagenológico adecuado.

SÍNDROME DE APNEA E HIPOPNEA OBSTRUCTIVA DEL SUEÑO EN ASOCIACIÓN CON PATOLOGÍAS CARDIOVASCULARES

Aileen Oñate Contreras (1), Florencia Abatto Felmer (1), Camila Navarrete Balboa (2), Javier Vargas Neira (3)
(1) Médico EDF Centro de Salud Familiar La Leonera, (2) Médico EDF Centro de Salud Familiar Cabrero,
(3) Médico APS Centro de Salud Failiar La Leonera.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS: La morbilidad y mortalidad asociada a patologías cardiovasculares ha adquirido una prevalencia significativa mundialmente. El síndrome de apnea e hipopnea obstructiva del sueño (SAHOS) se asocia con un aumento de estas complicaciones ya que no es diagnosticado o tratado de forma temprana. Por esto, se decidió realizar un estudio descriptivo para determinar la prevalencia de riesgo de SAHOS en pacientes de controles cardiovasculares en atención primaria de salud, los cuales presentaban patologías de base. **MATERIAL Y METODO:** Estudio descriptivo en el cual se aplicó el cuestionario STOP-BANG (Sensibilidad de 93-100%. Especificidad de 37-47%) en controles cardiovasculares a pacientes cognitivamente aptos. Este cuestionario se puede aplicar de forma rápida y con pocos instrumentos para clasificar al paciente en alto o bajo riesgo de SAHOS. Tomando como referencia que pacientes con resultado ≥3 puntos se clasificaron como riesgo alto de SAHOS y RESULTADOS menores a <3 puntos se clasificaron como riesgo bajo; posteriormente se analizaron las asociaciones estadísticamente significativas de SAHOS. **RESULTADOS Y CONCLUSIONES:** Se logró reunir una muestra de 74 pacientes, con una edad de 60,90 años de mediana, de los cuales el 59,45% corresponde a pacientes femeninas. La circunferencia cervical (CC) promedio fue de 40.15 cm; siendo mayor en hombres (41,79 cm) que en mujeres (37,92 cm). Según el cuestionario de STOP-BANG, un 87,83% de la muestra presentó un puntaje ≥3 puntos, atribuyendo un riesgo alto de SAHOS. **DISCUSIÓNES Y COMENTARIOS:** Los RESULTADOS del estudio demuestran que el SAHOS es una patología subdiagnosticada, que no se pesquisa a tiempo y que es muy prevalente en su clasificación de riesgo alto en paciente de controles de salud cardiovascular. La pesquisa puede mejorar aplicando un cuestionario sencillo y rápido como lo es el cuestionario STOP-BANG.

RESECCIÓN ENDOSCÓPICA DE PÓLIPO GÁSTRICO EN PACIENTE OCTOGENARIA: REPORTE DE CASO

María Opazo Mellado (1), Ambar Parra Flores (2), Cristian Verdugo Orellana (3)
(1) Médica EDF Hospital de San Javier, (2) Médica EDF Cesfam Cirujano Videla Iquique,
(3) Médico EDF Hospital de Licantén

INTRODUCCIÓN: Un pólipo gástrico se define como una lesión proliferativa de la mucosa gástrica. La incidencia es baja, sin embargo, gracias al advenimiento de la endoscopía digestiva alta (EDA), varía desde 0,6% a 6,35%. Tienen comportamiento asintomático en general al momento del diagnostico. Se identifican según su histología como benignos o malignos, con manejo endoscópico o quirúrgico según su naturaleza**. MATERIAL Y METODO:** Estudio observacional, retrospectivo, con análisis crítico de literatura médica disponible. **RESULTADOS:** Paciente femenino de 88 años, con Hipertensión arterial, Diabetes mellitus, Insuficiencia cardíaca y Enfermedad pulmonar obstructiva, usuaria de oxígeno domiciliario. Durante estudio por anemia sintomática, se realiza EDA, evidenciando lesión pediculada en cuerpo gástrico de 4cm. El estudio patológico informa Adenoma Tubulovelloso y focos displásicos de alto grado. La Tomografía de abdomen y pelvis no mostró linfadenopatías ni diseminación secundaria. Dado elevado riesgo quirúrgico, se decide resección endoscópica de lesión gástrica. Realizándose inyectoterapia y resección con morcelación sin incidentes. Evoluciona favorablemente, con alta al día siguiente. Se mantiene en seguimiento ambulatorio, sin recidivas. **DISCUSIÓN:** La literatura describe histología benigna entre 48 a 86% de las EDA, entre ellos se encuentran: pólipos hiperplásicos, inflamatorios y de glándula fúndica; o neoplásicos en 12,5%, siendo sus subtipos: adenomas, carcinoides, tumores del estroma gastrointestinal (GIST) y adenocarcinomas.
El potencial maligno de un pólipo adenomatoso depende del grado de displasia presente, desarrollando cáncer gástrico un 30% de los pacientes con displasia de alto grado en un periodo de 10 años. Por ello, todos los pólipos adenomatosos deben ser resecados, con control endoscópico frecuente posteriormente. **CONCLUSIÓN**: Los pólipos gástricos con características de malignidad deben ser resecados. La resección endoscópica es una alternativa factible en ciertas lesiones polipoideas y debe ser considerada en pacientes con un alto riesgo quirúrgico.

PARTO PREMATURO EN PACIENTE COVID19: REPORTE DE CASO

María Opazo Mellado (1), Felipe Moreno Toro (2), Cristian Verdugo Orellana (3)
(1) Médica EDF Hospital de San Javier, (2) Médico EDF Hospital de Parral, (3) Médico EDF Hospital de Licantén

INTRODUCCIÓN: El nuevo virus SARS COV2 causante de neumonía atípica, fue detectado en China en diciembre del 2019 y rápidamente se extendió alrededor del mundo, afectando también a grupos de mujeres gestantes. Existen datos limitados sobre las características de la enfermedad por COVID19 en el embarazo, no logrando demostrar transmisión vertical del virus y el impacto embrionario-fetal. Actualmente se conocen diversas manifestaciones clínicas, desde cuadros maternos leves a Insuficiencia Respiratoria severa con hipoxemia, obteniéndose RESULTADOS perinatales negativos como el parto prematuro. El OBJETIVO de este trabajo es dar a conocer la PRESENTACIÓN clínica de COVID19 en embarazo en el tercer trimestre. **MATERIAL Y METODO:** Estudio observacional, retrospectivo, con análisis crítico de literatura médica disponible. **RESULTADOS:** Primigesta de 27 años, sana, cursando embarazo de 29 semanas, consulta en urgencias por cuadro de 3 días caracterizado por sudoración, calofríos y coriza. A su ingreso destaca taquicardia materna, sin fiebre, ni dinámica uterina o cambios cervicales. Estudio inicial sin elevación de parámetros inflamatorios. Se hospitaliza para observación, con cervicometría de 39mm, Doppler arterias uterinas y líquido amniótico normales, estimación de peso fetal 1374gr Pc 75-90. PCR COVID19 positiva. A las 30 semanas de gestación, presenta ecografía con RCIU (restricción de crecimiento intrauterino) severo, con OHA (oligohidramnios) absoluto y Doppler alterado, decidiéndose interrupción vía alta. Puerperio con evolución fisiológica, sin síntomas respiratorios. **DISCUSIÓN:** Dentro de los RESULTADOS más reportados en la literatura, en gestantes COVID19, se encuentra un aumento del riesgo en preeclampsia en un 16%, cesárea en 84%, parto prematuro e ingreso a Unidades de Cuidados Intensivos entre un 6 a 14%. El aumento de la permeabilidad vascular y las alteraciones de la coagulación durante el embarazo, podría explicar los RESULTADOS negativos perinatales, considerando a la mujer embarazada como población de alto riesgo para desarrollar enfermedad grave. **CONCLUSIÓN**: Dado al insuficiente conocimiento sobre COVID19 y embarazo, las distintas sociedades médicas recomiendan seguimiento estricto de las pacientes gestantes COVID19 sanas, e ingreso hospitalario a quienes presenten factores de riesgo y/o criterios de admisión.

SÍNDROME DE HIPERÉMESIS POR TRASTORNO POR USO DE CANNABINOIDES: A PROPÓSITO DE UN CASO.

Gustavo Oporto Torres, Felipe Vargas Amar, José Ortega Fuenzalida,
Médicos EDF, CESFAM Llay Llay

El síndrome de hiperémesis por cannabinoides (SHC) fue descrito por primera vez en el año 2004 y corresponde a una entidad diagnóstica que suele no ser considerada en la práctica clínica habitual, pero que ha ido en aumento debido al aumento de consumo de marihuana en la población. Según los criterios ROMA para trastornos gastrointestinales funcionales definen al SHC como la presencia de náuseas y vómitos severos, cíclicos y de predominio matutino, dolor abdominal epigástrico o periumbilical, con alivio sintomático tras baños con agua caliente frecuentes y remisión sintomática tras la suspensión del consumo de marihuana. Dichos síntomas aparecen en el contexto de consumo excesivo de marihuana de forma diaria y se ha descrito que el alivio sintomático con baños de agua caliente sería un síntoma distintivo de este síndrome.
Se presenta el caso de paciente masculino de 24 años con antecedentes de Tabaquismo desde los 16 años y Trastorno por uso de Cannabis desde los 20 años. Acude a consulta en APS por cuadro de 6 meses de evolución de náuseas de aparición espontánea de predominio matutino, asociado a dolor abdominal difuso y constipación, no presenta vómitos, baja de peso ni hematemesis. En los últimos 3 meses, a dicho cuadro se le suma episodios de crisis de angustia, dolor torácico, vómitos profusos y náuseas intensas, las cuales ceden de forma posterior a baños de agua caliente o al consumir Cannabis. Refiere que en las últimas 3 semanas consumo de Cannabis ha aumentado a 4 cigarrillos diarios debido a que causa disminución de sintomatología. Posteriormente evoluciona con cambios en el hábito intestinal, alternando con episodios de diarrea y constipación, además de vómitos alimentarios. Se inicia estudio con exámenes que descartan organicidad y se solicita atención en Salud Mental por Trastorno por Uso de Sustancias (Cannabinoides). Ante esto, se inicia manejo con Escitalopram 10 mg, Clotiazepam 5 mg en caso de crisis de angustia y controles ambulatorios en APS. Debido al aumento de consumo de Cannabis dentro de la población chilena, es necesario conocer el SHC, debido a que es un cuadro infrecuente y no se considera dentro de los diagnósticos ante un paciente con dolor abdominal y vómitos recurrentes con respuesta parcial a antiespasmódicos, y estudio de imágenes y laboratorio negativo para otras causas. Por lo anterior, esto lleva a que el paciente tenga múltiples consultas en urgencia y atención primaria, lo que finalmente se traduce en un aumento de los costos de la enfermedad, tanto para el paciente como para el sistema.

USO DE PREGABALINA EN MANEJO DE INSOMNIO Y TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA, A PROPÓSITO DE UN CASO.

Gustavo Oporto Torres, Víctor Alamos Correa, Constanza Toledo Celis, Felipe Vargas Amar
Médicos EDF CESFAM Llay Llay

El Insomnio y Trastorno por Ansiedad Generalizada son patologías frecuentes dentro del ámbito de la Psiquiatría y en consultas de APS, con una prevalencia de 5% en Chile, pero solo un 25% acude a atención y habitualmente suelen ir de forma concomitante cuando se presentan.
Se presenta caso de paciente de 30 años, sexo masculino, sin antecedentes mórbidos, donde consulta en APS por cuadro de 2 años de evolución de preocupación excesiva, alteraciones en el apetito, paranoia, irritabilidad, agorafobia y tensión muscular, sin ideación suicida actual. Dentro de su historia destaca Violencia Intrafamiliar desde la infancia. Se solicitan exámenes metabólicos y electrocardiograma para descartar organicidad, los cuales resultan sin alteraciones. Se inicia tratamiento con Sertralina 50 mg/día y Clonazepam 0,5 mg SOS. Posteriormente se controla en 2 meses donde destaca mejoría clínica de apetito y agorafobia, pero con aparición de Insomnio de Conciliación y Mantención, mayor irritabilidad y pesadillas recurrentes no asociada a biografía, por lo cual se realiza cambio de antidepresivo (Sertralina) a Escitalopram 20 mg y Clonazepam 2 mg/noche. En controles posteriores, presenta mejoría de ánimo, ansiedad y pesadillas, pero destaca persistencia de Insomnio de Conciliación. A tratamiento farmacológico se suma Pregabalina 150 mg/noche, con mejoría clínica, logrando tratamiento de mantención solo con Escitalopram y Pregabalina. El trastorno de ansiedad generalizada se caracteriza por una preocupación excesiva y persistente que es difícil de controlar, y por síntomas psicológicos y físicos de ansiedad que, en conjunto, provocan una angustia personal significativa y un deterioro del funcionamiento diario, y en muchos casos se asocia a comorbilidades psiquiátricas que son necesarias pesquisar. Los pacientes con Trastorno por Ansiedad Generalizado poseen un riesgo suicida mayor que la población normal, donde la probabilidad de suicidio es de hasta 5 veces mayor y, por otro lado, se ha demostrado que en el 80% de pacientes con esta patología poseen Depresión no diagnosticada, razón por la cual es importante hacer el diagnóstico oportuno para tratar dichos casos. El manejo inicialmente es con Inhibidores de la Recaptación de Serotonina y Benzodiacepinas, pero dependiendo de la sintomatología que puede ser variable, la Pregabalina ha mostrado eficacia, donde las dosis pueden oscilar entre 50 y 300 mg, aunque muchos pacientes pueden necesitar una dosis diaria total superior a 150 mg. Dentro de sus efectos secundarios incluyen la sedación, la cual se busca en la terapia del insomnio. La tolerancia, la abstinencia y la dependencia son posibles, pero la Pregabalina generalmente se tolera mejor que los benzodiacepinas.

¿QUÉ HIPOGLICEMIANTE ORAL TIENE LA MEJOR EVIDENCIA COSTO/BENEFICIO EN EL TRATAMIENTO DE PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 QUE AMERITE SU INCORPORACIÓN AL ARSENAL TERAPÉUTICO DEL HOSPITAL DE CURACAVÍ PARA SER UTILIZADO EN ADULTOS MAYORES DEL PROGRAMA DE SALUD CARDIOVASCULAR COMO ALTERNATIVA A LA METFORMINA Y LA GLIBENCLAMIDA?

Kevin Ralph Orchard Nahuelhuén (1), José Sebastián Arroyo Henríquez (2), Rodrigo Ignacio Palma Peredo (1)
(1) Médico EDF; Hospital de Curacaví, (2) Médico EDF CESFAM Lo Franco

INTRODUCCIÓN y OBJETIVO: Según la Guía Clínica MINSAL 2010 la primera alternativa de tratamiento farmacológico en paciente diagnosticado con Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2) es la Metformina, como segunda línea se encuentran las Sulfonilureas, siendo la Glibenclamida la que se encuentra disponible en el Hospital de Curacaví. Con este fármaco en puntual los efectos secundarios en el adulto mayor son más prevalentes, siendo el más grave y de mayor cuidado la hipoglicemia postprandial tardía, la cual, de no manejarse adecuadamente, puede presentar una morbimortalidad elevada. Por tal motivo, se decidió buscar una alternativa de tratamiento hipoglicemiante oral que fuera costo/efectivo para utilizar en el grupo de adultos mayores con diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 2. **MATERIAL Y METODO:** Se realizó una revisión bibliográfica con enfoque en el manejo de pacientes adultos mayores, y al mismo tiempo, se compararon los distintos fármacos tanto por disponibilidad en CENABAST como por precio de venta al público. De todos los fármacos disponibles, distintos a Metformina y Sulfonilureas, se descartaron aquellos que no estuvieran disponibles en Chile, los inyectables, los que en su forma de PRESENTACIÓN sólo estuvieran disponibles asociados y los que no estuvieran disponibles en CENABAST (y que por lo tanto no podían ser comprados por el Hospital de Curacaví). Así mismo, se descartaron los medicamentos contraindicados en mayores de 65 años y que dentro de sus reacciones medicamentosas más frecuentes se encontrara la hipoglicemia. **RESULTADOS y CONCLUSIÓN:** Se encontraron dos medicamentos de administración oral disponibles por Ley CENABAST, estos fueron Vildagliptina ($20.748) y Saxagliptina ($31.280). Finalmente, se seleccionó la Vildagliptina 50 mg como la mejor opción farmacológica para ser incluida en el arsenal del Hospital de Curacaví, debido a su amplio espectro de seguridad en población adulta mayor y a que podría ser comprada por el Hospital de Curacaví. Además, ésta se encuentra dentro de la Ley CENABAST, y por lo tanto, en caso necesario, los pacientes podrían adquirir el medicamento en farmacias de cadena a un valor muy similar al que lo vende CENABAST y con un precio máximo de venta establecido.
COMENTARIOS: Este estudio permitiría complementar la canasta disponible en el Hospital de Curacaví y beneficiar inicialmente a la población adulta mayor, pero deja abierta la puerta para que posteriormente más pacientes puedan ser beneficiados.

COAGULACIÓN INTRAVASCULAR DISEMINADA SECUNDARIA A HEMANGIOMA HEPATICO, SÍNDROME KASABACH-MERRITT. A PROPÓSITO DE UN CASO.

Julio Orrego Arroyo (1), Felipe Rodríguez Rosales (2), Rodrigo Sandoval Contreras (1), Víctor Guiñez Varela (1)
(1) Médico EDF Hospital de Bulnes, (2) Médico EDF CESFAM Ñipas

INTRODUCCIÓN: La coagulación intravascular diseminada (CID) es un proceso sistémico con potencial de causar trombosis y hemorragia. Se puede relacionar a un tumor vascular, de nombre síndrome Kasabach-Merritt. **OBJETIVOS:** Ante lo poco frecuente de este síndrome secundario a hemangioma hepático es presentado para aumentar evidencia. **MATERIAL Y METODO:** Revisión de CASO CLÍNICO. **PRESENTACIÓN DEL CASO:** Paciente de 28 años, consulta por cuadro de dolor abdominal, evaluado con TAC que reporta masa hepática heterogena con un contenido hipodenso central y halo hipercaptante, 76 x 85 x 117 mm de diámetro, sugerente de hemangioma. Por estabilidad clínica es dado de alta. Un mes posterior, ingresa a urgencias por hematemesis y hemoptisis, con compromiso de conciencia, mala perfusión, hipotenso con presión arterial media de 50. Dentro de exámenes destaca hemoglobina 6,4, plaquetas 10.000, TP 49%, INR 1,61, enzimas hepáticas elevadas y parámetros inflamatorios bajos. Cae en paro cardio-respiratorio con posterior retorno a la circulación espontanea luego de maniobras de reanimación, es derivado a atención terciaria. Es tratado con cristaloides y apoyo con adrenalina, evaluado con protocolo eco fast, resultando positivo para liquido libre abdominal. Finalmente, se compromete hemodinámicamente y fallece. **DISCUSIÓN:** El hemangioma hepático consiste en una malformación vascular con una prevalencia de un 0,5 hasta 20%. La mayoría tiene un tamaño menor de 5 cm; aquellos cuyo tamaño es superior a 5 cm se denominan gigantes. El manejo va a depender del tamaño del hemangioma y de la sintomatología. En pacientes con hemangiomas gigantes se debe considerar la cirugía, lo que pudo haberse planteado dentro de su primera consulta. Al consultar por un cuadro de CID, como el síndrome de Kasabach-Merritt, es esencial resolver rápidamente la causa originaria y la discoagulopatía, es decir, el tratamiento quirúrgico del hemangioma y aportar transfusiones de plaquetas junto a plasma fresco congelado.

DESORDEN LINFOPROLIFERATIVO DE CÉLULAS T ASOCIADO A VIRUS EPSTEIN-BARR EN LA INFANCIA: REPORTE DE UN CASO.

Elena Antoine Ortiz, Claudia Caballero Fontecilla, Tahía Alarcón Sarria,
Médicos EDF CGU Héctor Reyno, Alto Hospicio.

INTRODUCCIÓN: El Virus Epstein-Barr (VEB) posee una alta prevalencia en la población mundial estimándose que alrededor del 90% se verá expuesto durante la vida. Se presenta principalmente como un cuadro de Mononucleosis en pacientes dentro de las primeras 2 décadas de la vida. Sin embargo, y en casos puntuales, puede desarrollarse cuadros linfoproliferativos de diversa gravedad, siendo incluso alguno de ellos mortales. **CASO CLÍNICO:** Paciente de 10 años de edad, inmigrante Boliviano, antecedentes de infecciones con 4 hospitalizaciones durante infancia. Consulta por cuadro de 3 meses de evolución de fiebre intermitente asociado a múltiples lesiones cutáneas ulceradas necróticas. Se hospitaliza como sospecha de Carbunco en un hospital de la región de Tarapacá, Chile. Tras múltiples exámenes durante los 36 días de hospitalización, y tras evaluaciones múltiples por especialistas, se descarta cuadro bacteriano asociado y se llega al diagnóstico de desorden linfoproliferativo de células T asociado a Virus Epstein-Barr tras el informe de la biopsia de las lesiones cutáneas. **DISCUSIÓN:** El desorden linfoproliferativo de subpoblaciones de células T asociado a VEB es el resultado de una respuesta inmune anormal al virus en pacientes inmunocompetentes. El caso expuesto cuenta con un amplio repertorio de patologías infecciosas previas a la pesquisa, donde el cuadro febril, hepatomegalia, hipersensibilidad a picaduras y erupciones cutáneas tipo hidroa vacciniforme orientan a la sospecha diagnóstica. Enfermedades como estas son de baja prevalencia en nuestra población, a diferencia de países como México, Perú, Bolivia y Asia. Sin embargo, dado el proceso migratorio actual y la baja sensibilidad de los exámenes de laboratorio, nos vemos obligados a mejorar nuestra sospecha clínica, con la finalidad de realizar un diagnóstico precoz y otorgar un tratamiento médico oportuno.

HIGROMA QUÍSTICO CONGÉNITO DIAGNOSTICADO EN ECOGRAFÍA DEL PRIMER TRIMESTRE

Lucas Ortiz Baltierra, Felipe Sanzana Aldunate, Raúl Cortés Klagges,
Médicos EDF Hospital de Coelemu.

INTRODUCCIÓN: El higroma quístico congénito (HQC) es un tumor del sistema linfático, de origen embrionario y se forma debido a la obstrucción del drenaje de los sacos linfáticos. Su incidencia es de 1 caso por cada 50.000 recién nacidos vivos.
OBJETIVO: Dar a conocer el caso debido a la baja frecuencia de PRESENTACIÓN para mejorar la sospecha clínica.
CASO CLÍNICO: Paciente femenina de 35 años, primigesta, sin antecedentes mórbidos, acude a su primera ecografía obstétrica a la semana 11 de embarazo. En dicho examen se logra observar feto único, vivo, frecuencia cardiaca de 160 latidos por minuto; al examen físico se aprecian 4 extremidades, hueso nasal ausente, destacando imagen quística retro-nucal de 9 milímetros de diámetro. Paciente cursa con hiperémesis gravídica moderada durante el primer trimestre, a la semana 17 de embarazo comienza con dolor abdominal hipogástrico importante asociado a hemorragia transvaginal, sufriendo aborto espontáneo el cual requirió legrado uterino. Tras análisis post aborto se pudo corroborar diagnóstico de HCQ cervical y síndrome de Down. **DISCUSIÓN:** El DESARROLLO anormal del sistema linfático se caracteriza por la obstrucción de algunos canales del drenaje que impide la libre circulación del a linfa, creándose el higroma quístico. Las complicaciones más frecuentes son la hemorragia y la infección sobre agregada. Los tratamientos de elección incluyen la cirugía, radioterapia, terapia con láser y escleroterapia. **CONCLUSIONES**: El HCQ es una enfermedad sumamente infrecuente, siendo su diagnóstico precoz fundamental para evitar las complicaciones asociadas, por lo que es importante la divulgación de esta enfermedad poco común.

NEUROCITOMA CENTRAL COMO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE CEFALEA.

Lucas Ortiz Baltierra, Felipe Sanzana Aldunate, Raúl Cortés Klagges,
Médicos EDF Hospital de Coelemu.

INTRODUCCIÓN: El neurocitoma central (NC) constituye menos del 1% de las neoplasias del sistema nervioso central, afecta generalmente pacientes jóvenes, con pronóstico favorable tras resección quirúrgica teniendo en muy pocos casos un curso agresivo. **OBJETIVO:** Dar a conocer el caso para tomar una posición más agresiva en el estudio de las cefaleas. **CASO CLÍNICO:** Paciente de 24 años de sexo femenino sin antecedentes mórbidos consulta por cuadro de cefalea holocraneana hace 1 mes que no cede con analgésicos. En exámenes de laboratorio destaca prolactina 250 ng/ml, TSH 3 y beta-hCG negativa. Resonancia Magnética de cerebro con contraste evidencia gran lesión expansiva marcadamente heterogénea con áreas sólido-quísticas densas, con ubicación intra-ventricular izquierda asociado a refuerzo intenso de las áreas sólidas posterior al contraste, con focos de hemorragia hacia inferior con extensión a tercer ventrículo, determinando hidrocefalia severa; lesión mide 8 X 5,5 cm, con desplazamiento de línea media. Consulta con neurocirujano quien indica cirugía a la brevedad, realizándose ésta a los 2 días. Paciente evoluciona en estado vegetativo persistente, con crisis adrenérgicas paroxísticas de difícil manejo. Biopsia revela NC. Tomografía axial computarizada de control muestra hemorragia intra-ventricular importante siendo intervenida quirúrgicamente, sin embargo, estado de conciencia no mejora. Finalmente, paciente fallece a los 30 días de ingreso hospitalario. **DISCUSIÓN**: El NC es una patología poco sospechada debido a lo infrecuente de la enfermedad. El tratamiento de primera elección es quirúrgico, lográndose una sobrevida de 80% a los 5 años si la resección es completa. Aunque la resección total es la meta, en el caso presente no fue posible por la extensión neoplásica, falleciendo la paciente. **CONCLUSIONES**: Es importante estudiar a los pacientes con cefalea para descarte de patología que en ocasiones pueden ser mortales.

SÍNDROME DE TRISOMÍA 18: REPORTE DE CASO CLÍNICO

Mario Ortiz Harvez (1) María Peña Gutiérrez (2), Valentina Ortiz Harvez (3)
(1) Médico EDF CESFAM Pudeto Bajo de Ancud, (2) Médico EDF CESFAM Quemchi
(3) Médico EDF CESFAM Dr. Cristóbal Sáenz Cerda, Lautaro

INTRODUCCIÓN: El síndrome de trisomía 18 es causada por un cromosoma 18 adicional. La prevalencia en recién nacidos oscila entre uno en 6.000 a uno en 8.000. Los afectados tienen una elevada mortalidad, solo el 4% supera el primer año de vida. En raras ocasiones superan los 5 años de vida. Clínicamente suele asociarse a discapacidad intelectual, diversas malformaciones congénitas, bajo peso y talla baja. **El OBJETIVO** del presente artículo es reportar un caso de Síndrome de trisomía 18 de mayor sobrevida a la habitual, de tal forma de contribuir con información en cuanto a características fenotípicas y enfermedades asociadas que pudiesen presentar estos casos. **CASO CLÍNICO**: Se presenta caso de paciente de sexo femenino de 15 años, con cariotipo que evidenció 47 cromosomas, por la presencia de un tercer cromosoma 18, libre (47,XX,+18). Antecedente de retraso en DESARROLLO psicomotor, parálisis cerebral espástica, Hipoacusia sensorioneural severa, Cataratas bilaterales, Glaucoma, Fisura labio palatina, Epilepsia, Asma, Neumonías a repetición, y dependencia severa. Fenotípicamente presenta microcefalia, dismorfia facial, paladar hendido, macroglosia, sialorrea, bruxismo, tórax ancho, deformidad en parrilla costal, escoliosis. Además, presenta hiperreflexia, hipertonía e hipotrofia muscular. **CONCLUSIÓN y DISCUSIÓN**: La mortalidad de personas con trisomía 18 in útero y neonatal es alta. Dado los pocos casos que superan los 5 años de sobrevida, existe poca información sobre la PRESENTACIÓN clínica de ellos. No obstante, la sobrevida mejora notoriamente con los cuidados adecuados del grupo familiar cercano, y con un equipo de Salud que lleve a cabo controles frecuentemente y se resuelvan la mayor cantidad de complicaciones secundarias del Síndrome de forma oportuna y eficaz.

HIDATIDOSIS HEPATICA EXTENSA COMO HALLAZGO ECOGRÁFICO. REPORTE DE UN CASO.

Camila Osorio Irribarra, Xiomara Herrera Espinoza, Daniela Galaz Springer
Médicas Cirujanas, EDF CESFAM de Purranque

INTRODUCCIÓN: La Hidatidosis es una zoonosis parasitaria producida por Echinococcus granulosus, siendo el humano un huésped intermediario. Afecta distintos órganos, entre los cuales destaca hígado y pulmón en un 60% y 20% respectivamente. En la hidatidosis hepática (HH) la clínica es variable, dependiendo de la ubicación y tamaño, pudiendo presentar dolor en hipocondrio derecho, fiebre, ictericia y/o masa palpable e incluso pudiendo tener una PRESENTACIÓN asintomática.
CASO CLÍNICO: Mujer de 35 años, sin antecedentes médicos conocidos, consulta en Centro de Salud Familiar por cuadro de 5 meses de evolución caracterizado por epigastralgia urente, pirosis y reflujo. Al examen físico destaca dolor a la palpación en epigastrio, sin masas ni signos de irritación peritoneal. Se solicita Antígeno fecal de Helicobacter pylori con resultado positivo y se indica tratamiento de erradicación. Consulta 1 mes después en contexto de persistencia de síntomas, por lo cual se solicita estudio complementario en el que destaca: 1) Laboratorio: Leucocitosis 12060/ul, eosinofilia 7%, perfil hepático normal. 2) Endoscopía digestiva alta sin hallazgos patológicos, test ureasa (-). 3) Ecografía abdominal que informa "Quiste de 8.97 x 11.84 cm de diámetro, tabicado, multivesicular, heterogéneo, con calcificaciones en su interior, ubicado en lóbulo hepático derecho con reforzamiento posterior compatible con Quiste hidatídico". Se solicita Tomografía abdominal que confirma los hallazgos y se deriva a especialista para resolución quirúrgica. **DISCUSIÓN**: HH se considera endémica en Chile, alcanzando una incidencia de 2,47/100.000 habitantes, mayor en áreas rurales y vulnerables. En general los pacientes con HH persisten asintomáticos hasta etapas avanzadas de la enfermedad, mientras que expresan síntomas ante quistes mayores a 5 cm, complicados o sobreinfectados, siendo el tratamiento de elección médico (Albendazol) y seguimiento en el primer caso, y quirúrgico en el segundo. **CONCLUSIÓN**: Es fundamental tener un alto índice de sospecha de la patología abordada, como también lograr diferenciar síntomas de HH (propios o a causa de complicaciones) de otras comorbilidades, para realizar un tratamiento, seguimiento y/o derivación precoz y evitar la morbi-mortalidad en la población afectada.

FISTULA QUISTOCUTANEA COMO PRESENTACION DE QUISTE HIDATIDICO HEPATICO: REPORTE DE CASO

Matias Hernan Osorio Reyes (1), Enzo Ítalo Cordonier Tello (1), Felipe Andrés Larregla Henríquez (1),
(2) Tomas Sebastián Osorio Reyes,
(1) Médico EDF, Hospital de Santa Barbara, (2) Alumno tercer año medicina, Universidad Andrés Bello

INTRODUCCIÓN: La hidatidosis es causada por la larva del genero Echinococcus. Se considera endémica en ciertos lugares del mundo, siendo de notificación obligatoria en chile desde el año 2000. La región del Biobío concentra el mayor número de casos en chile, siendo el 23,1% de las notificaciones del año 2005. Los órganos más frecuentemente afectados son el hígado (50–70%) y el pulmón (20–30%), siendo la de partes blandas la complicación más infrecuente, solo reportándose 8 casos de fistula quistocutanea(FQC) al año 2010. **DESARROLLO:** Paciente masculino, 84 años, extrema ruralidad con antecedentes de hipertensión arterial, acude a servicio urgencia hospital de santa bárbara por cuadro de 3 semanas de evolución de lesión en zona epigástrica, de aproximadamente 8 centímetros (cm) x 6 cm, con forma de reloj de arena, con zona central pustulizada, color cobrizo, con membrana en su superficie, no refiriendo fiebre, malestar general ni dolor. Al ingreso, llamo la atención la poca clínica en relación a la lesión, por lo que por el antecedente de extrema ruralidad se hospitaliza para realizar curación avanzada de dicha lesión. Se realiza en box de urgencia desbridamiento por médico, encontrándose lesión cavitada bajo material esfacelado, de aproximadamente 3 cm de profundidad, visualizándose aponeurosis de rectos al remover tejido, por lo que por sospecha de fistula abdominal se decide detener aseo y solicitar evaluación por especialidad. En Hospital de los Ángeles, se solicita Tomografía abdominal que muestra quiste hidatidosis múltiple hepática, con uno de ellos fistulizado hacia pared abdominal, por lo que ingresa a pabellón para reparación. **DISCUSIÓN:** LA FQC es una complicación extremadamente rara dentro de la hidatidosis. Frente a lesiones cutáneas con aspecto de reloj de arena, con escasa clínica y en zonas endémicas de la enfermedad, es correcto solicitar mayor estudio para descartar etiología fistular. Frente a la sospecha de FQC la quistectomia total cerrada es el procedimiento quirúrgico de elección si es técnicamente factible.

FIEBRE DE ORIGEN DESCONOCIDO COMO DEBUT DE SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA: REPORTE DE UN CASO

Matias Hernan Osorio Reyes (1), Enzo Ítalo Cordonier Tello (1), Felipe Andrés Larregla Henríquez (1),
(2) Tomas Sebastián Osorio Reyes,
(1) Médico EDF, Hospital de Santa Barbara, (2) Alumno tercer año medicina, Universidad Andrés Bello

INTRODUCCIÓN: El síndrome de inmunodeficiencia adquirida(SIDA) es causado por el virus de la inmunodeficiencia humana(VIH). Inicialmente la infección por VIH es asintomática, atacando y destruyendo el sistema inmunológico por años antes de presentar manifestaciones. El SIDA constituye la etapa más avanzada de la infección por VIH, donde producto del daño al sistema inmunitario, las infecciones oportunistas comienzan a afectar a las personas, dando una amplia variedad de manifestaciones, ninguna patognomónica propiamente tal. La fiebre de origen desconocido, representa un 5 a 21% de los ingresos hospitalarios de pacientes con SIDA. En el siguiente caso queremos ejemplificar como la fiebre puede ser el primer síntoma del SIDA. **DESARROLLO:** Paciente masculino, 27 años, procedente de Bolivia y residente en nuestro país hace 2 años. Acude inicialmente por cuadro de diarrea acuosa, de 1 semana de evolución, asociado a alza térmica hasta 39 grados Celsius(C°) con baja de peso no cuantificada, pero que relata habría sido aproximadamente 10 kilos en 1 mes. Evaluado inicialmente y categorizado como gastroenteritis aguda, por persistencia de la fiebre decide consultar nuevamente en servicio de urgencia, esta vez sin diarrea acuosa, por lo que se decide ingreso para estudio de fiebre sin foco. Se realiza al ingreso solicitud de radiografía de tórax que mostro infiltrado intersticial bilateral, iniciándose cobertura antibiótica, y solicitándose además exámenes de sangre con prueba de VIH. Exámenes de sangre destaca leucopenia de 1000 glóbulos blancos por campo, con recuento absoluto de neutrófilos menor a 200 por campo. Por sospecha de neumonía en paciente inmunosuprimido, y a la espera de resultado de VIH, se decide derivar a centro de mayor complejidad para manejo, estudiándose con Tomografía axial computarizada(TAC) de tórax que mostro neumonía sugerente de Pneumocystis jirovecii y TAC cerebral que informa lesiones nodulares subcorticales sugerentes de criptococosis. Finalmente se recibe el resultado positivo para VIH, iniciándose manejo de patologías. **DISCUSIÓN:** La Fiebre de origen desconocido representa la principal manifestación del debut en pacientes con SIDA. Frente a cuadros de fiebre mayores a 7 días, donde no se tenga clara la etiología, o no se justifique la prolongación pese a manejo Médico se hace necesario el estudio dirigido para inmunosupresión. En nuestro caso la derivación oportuna permitió el manejo a tiempo de patologías que puede llevar a la muerte del paciente si no son manejadas.

ALUCINACIONES: EFECTO POCO CONOCIDO DE ZOPICLONA A PROPÓSITO DE UN CASO

Eugenia Ossandón López (1), Stephani Cortés Silva (2), Ignacia Martínez Madrid (2), Felipe Abusleme Peñaloza (1)
(1) Médica EDF, Hospital San Pedro de Los Vilos, (2) Médica Cirujana, Hospital San Pedro de Los Vilos;

INTRODUCCIÓN. La Zopiclona es un fármaco hipnótico no benzodiacepínico de uso bastante común en el manejo del insomnio, preferido por sobre las benzodiacepinas por su baja asociación a sedación y dependencia. Dentro de sus efectos secundarios no deseados, más de un tercio son psiquiátricos o sensitivos, siendo los más comunes la confusión, euforia y sensación de sabor amargo. Son pocos los casos encontrados en la literatura de delirium asociado a Zopiclona. Sin embargo, lo que se conoce es que una dosis única de zopiclona podría causar alucinaciones auditivas e incluso delirium. **MATERIAL Y MÉTODO:** Se rescata información clínica del sistema del hospital San Pedro de Los Vilos. **DESCRIPCIÓN:** Paciente de 10 años sin antecedentes mórbidos traída por su madre, consulta por cuadro de alucinaciones visuales sufridas a los 40 minutos posterior a la ingesta accidental de 7,5 mg de Zopiclona. A la anamnesis, paciente se encuentra asustada, agitada, lábil emocionalmente y refiere ver monstruos que le quieren hacer daño con cuchillo; no reconoce a su figura materna y con atención alterada. Al examen físico presenta signos vitales en rango normal, cardiopulmonar sin alteraciones y sin focalidad neurológica. Se hospitaliza para observación. **DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN:** Existen pocos reportes de casos de delirium asociados a uso de hipnóticos no benzodiacepínicos, se han descrito al menos 7 casos de alucinaciones asociados a uso de Zopiclona. En el caso descrito, se vio un cese de las alucinaciones luego de 12 horas desde la ingesta del fármaco, concordante con la vida media del fármaco. Existe un caso reportado en 2018 de un adulto mayor que presentó delirium luego de 2 horas de haber ingerido una dosis de Zopiclona, con una duración de 48 horas. Esto resulta interesante por la frecuencia de uso de este fármaco en población añosa, pudiéndose deber esta diferencia del cuadro clínico por la distinta farmacodinamia y farmacocinética asociadas a la edad y distribución de grasa corporal. Por lo anterior expuesto, conocer estos efectos adversos poco frecuentes resulta beneficioso siendo importante tener especial cuidado al momento de indicarlos en población geriátrica.

INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO SIN ENFERMEDAD CORONARIA ATEROESCLERÓTICA OBSTRUCTIVA, ENTIDAD CLÍNICA CADA VEZ MÁS FRECUENTE. PRESENTACIÓN DE CASO CLÍNICO.

Mackarena Otárola Mendoza, José Pino Aracena, Ignacio Gutiérrez Chandía
Médicos EDF Hospital de Yumbel

INTRODUCCIÓN: El Infarto agudo de miocardio (IAM) con ausencia de estenosis coronarias significativas, denominado como MINOCA es frecuente en la actualidad. Series internacionales reportan una prevalencia entre 5 y 15%. Se describen múltiples causas de esta entidad. Mediante la siguiente exposición de CASO CLÍNICO y revisión de literatura se espera transmitir la importancia de llegar a un diagnóstico específico. **CASO CLÍNICO**: Mujer de 62 años con antecedentes de tabaquismo y obesidad consulta por cuadro de 45 minutos de evolución de dolor precordial, irradiado a brazo izquierdo y mandíbula. Electrocardiograma (ECG) de ingreso con ondas T negativas simétricas de V1 a V4 y segundo ECG muestra cambios dinámicos con T negativas de D1, aVL, V4 a V6. Troponinas ultrasensibles (TUS) 362-818-509 pg/mL. Coronariografía sin hallazgos significativos. ECG control posterior en ritmo sinusal, sin alteraciones del ST-T. Paciente es dada de alta y cuatro días después en contexto de consumo de ergotamínicos presenta cuadro de similares características. Se amplía estudio con ecocardiograma que informa un ventrículo izquierdo de dimensiones, motilidad segmentaria y fracción de eyección dentro de límites normales. Dado a historia clínica y estudio imagenológico se interpreta como vasoespasmo coronario y se inicia manejo con bloqueador de canal de calcio, estatinas, antiagregante plaquetario y nitratos. **DISCUSIÓN:** Series internacionales muestran que pacientes que cursan con MINOCA suelen ser mujeres más jóvenes, con menor asociación a factores de riesgo cardiovascular clásicos y la elevación de biomarcadores es menor en comparación a los IAM con aterosclerosis significativa, lo que coincide con este caso. Se propone un algoritmo diagnóstico que involucra clínica y técnicas tales como imágenes intravasculares (IVI) y la resonancia magnética cardiaca (RMC), mediante lo que se debería determinar la causa especifica de MINOCA; disrupción de placa coronaria, vasoespasmo epicárdico, disfunción coronaria microvascular, entre otras. Al contrario de lo presentado en este caso, estudios locales muestran mayor prevalencia de patrón microvascular, sin embargo, esto podría deberse a la falta de estudio específico. No existe evidencia que respalde un tratamiento determinado para MINOCA, se plantea terapia cardioprotectora general y orientada según la causa. Bajo el diagnóstico de vasoespasmo coronario, se propone uso de bloqueadores de canales de calcio, estatinas y nitratos, que fue los que se indicó en esta paciente. **CONCLUSIONES:** MINOCA es un diagnóstico operativo que engloba múltiples causas. Se debe tener alto índice de sospecha dado que la población de PRESENTACIÓN difiere a la de IAM con enfermedad coronaria ateroesclerótica obstructiva y es de vital importancia realizar el estudio correspondiente y tratamiento específico ya que se ha evidenciado alta mortalidad y prevalencia de otros eventos cardiovasculares a corto plazo.

FRECUENCIA Y TIPOS DE FRACTURAS EVALUADAS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DE ALTA RESOLUCIÓN (SAR) MIRAFLORES DURANTE EL 2020.

Sebastián Oyanedel Pérez, Camila Delgado Ávila, Edgard Ibañez González, Diego Montesinos Toro
Médicos EDF SAR Miraflores

INTRODUCCIÓN y OBJETIVOS: El SAR Miraflores es parte de la red asistencial del Servicio de Salud Araucanía Sur (SSA-SUR). Realiza un promedio de 67.000 atenciones por año. Absorbiendo en promedio el 19% de todas las consultas de urgencias del SASUR. Las fracturas son un gran problema de salud pública por su impacto en la funcionalidad, discapacidad laboral, y altos costos económicos asociados. El OBJETIVO de este trabajo es caracterizar la epidemiología local de las fracturas. **MATERIAL y MÉTODO:** Se realizó un estudio descriptivo observacional retrospectivo analizando los datos de atención de urgencia (DAU) de pacientes con fracturas evaluados en el SAR Miraflores durante el 2020. Se transfirieron los datos de edad, sexo, diagnóstico y destino a una planilla de cálculo, analizando los promedios y desviaciones estándar (DE) para las variables continuar y las variables categóricas fueron expresadas en su total y como porcentaje. **RESULTADOS y CONCLUSIONES:** Las fracturas corresponden al 2% (n=803) de atenciones durante el 2020. La distribución de frecuencia por localización es: fractura de radio o cúbito 19%, dedos de la mano 15,1%, costillas 11,3%, tobillo 10,6%, dedos del pie 8,9%, huesos de la nariz 8,1%, pie 5,4%, húmero 4,7%, clavícula 4,6%, mano 3,9%, tibia o peroné 1,9%, fémur 1,7%, pelvis 1,5%, vértebras 1,2%, rótula 1,1%, cráneo 0,5%, escápula 0,2%). La edad promedio y DE fue de 43,6 años ± 23,4. La distribución por sexo mostró una relación entre hombres y mujeres de 2:1 hasta los 54 años y de 0,4:1 sobre los 55 años. La mayor frecuencia de fracturas ocurrió entre los 25 y 54 años (n=320). Un 72 % fueron derivados a centros de mayor complejidad y el 28 % se mantuvo en APS. **DISCUSIÓN:** Nuestros RESULTADOS son similares a la reportada en estudios previos. Las fracturas son más frecuentes en hombres jóvenes y luego de los 50 años son más frecuentes en mujeres. Las fracturas más frecuentes corresponden a las de radio o cúbito y además son frecuentes las fracturas de dedos de la mano, nariz y costillas. Destaca que casi un 30% de las fracturas son resueltas en APS y se manejan de forma ambulatoria. Por lo que el médico general debe dominar los criterios de clasificación e indicaciones de manejo ortopédico y quirúrgico. Es necesario conocer la prevalencia de las patologías traumatológicas para fortalecer las habilidades del médico general. Así como también es importante mantener canales de comunicación activos con los especialistas de los centros de referencia, para resolver dudas, coordinar la derivación oportuna y optimizar el tratamiento de los pacientes con fracturas.

ICTERICIA OBSTRUCTIVA COMO DESAFÍO DIAGNÓSTICO EN URGENCIAS. REPORTE DE CASO DE COLANGIOCARCINOMA EN SAR MIRAFLORES, TEMUCO.

Sebastián Oyanedel Pérez, Edgard Ibáñez González, Camila Delgado Ávila, Diego Montesinos Toro,
Médicos EDF SAR Miraflores.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS: El colangiocarcinoma (CC) es un tumor maligno de las células epiteliales de los conductos biliares. que presenta una baja incidencia, pero una alta letalidad. En este trabajo se expone un síndrome ictérico de rápida evolución, derivado de un CC como etiología causal, con el OBJETIVO de sensibilizar al lector a tener una alta sospecha diagnóstica de aquellas que representan un peor pronóstico. **MATERIAL Y MÉTODO:** Se revisó bibliografía indexada en Pubmed bajo los términos MeSH “Cholangiocarcinoma” AND “Jaundice, Obstructive”. Bajo los filtros “Review” y “last 5 years”. La información del CASO CLÍNICO fue obtenida de los datos de atención en la urgencia y hospital de referencia posterior a su derivación. **RESULTADO Y CONCLUSIONES:** Paciente masculino de 49 años, con antecedente de alcoholismo crónico, consulta en urgencias por cuadro de dos semanas de evolución de inapetencia, baja de peso e ictericia. Al examen físico destaca abdomen doloroso, hígado palpable de consistencia normal, sin estigmas de DHC. Se realizaron exámenes de laboratorio, destaca Bilirrubina Total: 23.05 mg/dL Bilirrubina Directa: 22.52 mg/dL Bilirrubina Indirecta: 0,53 mg/dL, FA: 472 U/L GOT: 298 U/L GPT: 101 U/L GGT: 612 U/L. Ca125, Ca19-9, CEA y Alfa-fetoproteína dentro de límites normales. Derivado a nivel secundario, se realiza tomografía computada (TC) de abdomen con contraste que evidencia signos de vesícula en porcelana y dilatación de vía biliar, con observación de CC intrahepático posteriormente confirmado por biopsia. **DISCUSIÓN:** El CC se considera altamente letal ya que el 75% de los casos se diagnostica en estado avanzado. Si bien globalmente la incidencia es baja, esta se ve aumentada en la VIII, IX y X región, siendo la Araucanía la que presenta mayor letalidad asociada. La resección completa del tumor con márgenes histológicos negativos es la única terapia curativa, pero los índices de resecabilidad son bajos. En la actualidad el pronóstico es poco prometedor, sin embargo, existen avances en el diagnóstico imagenológico y en la aplicación de técnicas quirúrgicas que permiten mejores índices de morbimortalidad en pacientes que hace algunos años no tenían ninguna posibilidad de acceder a cirugía potencialmente curativa. Al momento de enfrentarnos a un síndrome ictérico no se debe retrasar el estudio de este, ya que la letalidad por CC al momento del diagnóstico es alta y se hace imperante buscar a los pacientes que se pueden beneficiar de tratamiento resolutivo al tener un diagnóstico oportuno.

CETOACIDOSIS DIABETICA (CAD) COMO DIAGNOSTICO DIFERENCIAL DE SINDROME EMETICO AGUDO EN LACTANTES: A PROPOSITO DE UN CASO

Camila Pacheco Vergara (1), Karina Ilufí Salgado (1), Daniela Salazar Barros (2)
(1) Médico EDF, Hospital Comunitario Eduardo Contreras Trabuco, Región de Ñuble.
(2) Médico EDF, Hospital Comunitario de Carahue, Carahue, Región de la Araucanía

INTRODUCCIÓN: La CAD es la principal causa de morbimortalidad en niños con Diabetes Mellitus tipo 1, siendo cerca del 70% al debut de dicha patología[1] lo que genera retraso en la sospecha diagnostica. La edad promedio de aparición es de 7 años, siendo en lactantes menos frecuente, de mayor severidad y difícil diagnóstico. **MATERIAL y MÉTODO:** Revisión retrospectiva de ficha clínica de paciente atendida en Hospital de Coelemu y Hospital Herminda Martin. **RESULTADOS y CONCLUSIONES:** Lactante de 1 año 28 días, sin antecedentes perinatales o mórbidos de importancia, sin historia familiar de diabetes mellitus. Consulta en servicio de urgencias de Hospital de Coelemu en una primera ocasión por fiebre y vómitos de 4 horas de evolución, signos vitales estables, clínicamente en buenas condiciones, sin alteraciones al examen físico, por lo que se envía a domicilio con indicaciones de hidratación, analgesia y régimen fraccionado. Reconsulta luego de 12 horas por decaimiento y vómitos incoercibles, encontrándose somnolienta, taquipneica, taquicárdica, afebril, glicemia capilar Hi, al examen con deshidratación severa, sopor superficial, sin otros hallazgos. Se realiza volemización con suero fisiológico y se realiza traslado a Hospital nivel terciario. En exámenes de dicho centro destaca glicemia 320, acidosis metabólica severa (PH 6.87 / HCO3 3.5 / pCO2 19.7), e hipokalemia (2.7). Se constituye diagnóstico de CAD y se realiza ingreso a Unidad Cuidados Intensivos pediátricos donde se realiza manejo avanzado, con buena evolución clínica a las 2 semanas de hospitalización, logrando alta a domicilio. **DISCUSIÓN:** La CAD puede ser un desafío diagnóstico en lactantes debido a su baja prevalencia a esta edad, generando consulta tardía y aumento de la mortalidad. Su clínica de PRESENTACIÓN más frecuente corresponde a polidipsia, poliuria, vómitos y baja de peso, que debido a su inespecificidad ofrece mayor dificultad en la sospecha. En el caso de la paciente, su edad combinado con los escasos síntomas que presentó inicialmente generaron retraso en el diagnóstico, y favoreció deterioro clínico a corto plazo.

HALLAZGOS EN COLONOSCOPÍAS EN PACIENTES SINTOMÁTICOS Y/O CON TEST DE WEBER POSITIVO EN HOSPITAL DE COELEMU

Camila Pacheco Vergara (1), Daniela Salazar Barros (2), Karina Ilufí Salgado (1)
(1) Médica EDF, Hospital Comunitario Eduardo Contreras Trabucco, Coelemu, Región de Ñuble.
(2) Médica EDF, Hospital Comunitario de Carahue, Carahue, Región de la Araucanía.

INTRODUCCIÓN y OBJETIVOS: Cáncer Colorrectal (CCR), constituye un grupo de neoplasias malignas localizadas desde la válvula ileocecal al recto, con alta prevalencia mundial (tasa de incidencia 24,2/100000 habitantes). Es la segunda causa de muerte por neoplasia a nivel mundial y nacional. Dada su patogénesis ordenada se pueden aplicar herramientas de tamizaje como test de Weber y colonoscopía, favoreciendo la detección precoz. **MATERIAL Y METODO:** Estudio observacional retrospectivo y descriptivo con el OBJETIVO de caracterizar las lesiones encontradas en colonoscopías en Hospital de Coelemu en período enero 2018 a diciembre 2019. Se revisaron datos de fichas clínicas y para el análisis de datos se utilizó Excel. **RESULTADOS y CONCLUSIONES:** De las 74 colonoscopías, predominó el rango 61-65 años y sexo femenino (69%). Un 89% presentaba síntomas: 18% sangrado digestivo, 38% dolor abdominal, 33% alteración tránsito intestinal. 56% presentaba test de Weber positivo, de los cuales 18.8% tenía cáncer y 9.4% adenoma. Hubo 1 caso de cáncer diagnosticado por tamizaje. En 50% se hallaron lesiones benignas (pólipos, divertículos, hemorroides), en 12.2% adenomas y 9.4% CCR (4 cáncer colon; 3 rectal). El promedio de edad de pacientes con adenoma fue 59 años y CCR 70 años. En quienes se diagnosticó CCR 62.5% fueron mujeres, la mayoría presentaba síntomas, ninguno tenía antecedente familiar de CCR. **DISCUSIÓN:** Se observó mayor frecuencia de lesiones malignas y premalignas a mayor edad, lo cual es consistente con la literatura, razón por la cual se recomienda screening desde los 50 años. Se hallaron pólipos en un 18,91%, valores similares a otras series. Hubo mayor proporción de cáncer rectal en relación con cifras nacionales. Los adenomas prevalecieron en el sexo femenino, tendencia que se observa a nivel regional pero no nacional. El test de Weber y la colonoscopía constituyen herramientas de gran relevancia en detección precoz de CCR, contribuyendo a disminuir la morbimortalidad.

IMPACTO DEL "PLAN DE CONTINGENCIA COVID-19" DEL HOSPITAL DE CURACAVÍ EN EL INICIO DE TERAPIA DE INSULINA SUBCUTÁNEA NPH EN EL PACIENTE CON DIABETES MELLITUS TIPO 2.

Rodrigo Palma Peredo (1), Kevin Orchard Nahuelhuen (1), Matías Rau Moreno (2)
(1) Médico EDF Hospital de Curacaví, (2) Médico EDF CESFAM Eugenio Petruccelli

INTRODUCCIÓN: La Guía de Práctica Clínica (GPC) sobre tratamiento de Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2) del Ministerio de Salud de Chile del año 2016-2017 se encuentra ampliamente difundida en el equipo de salud de atención primaria. A partir del 11 de marzo de 2020 la OMS declara la pandemia por SARS-CoV-2, la enfermedad por coronavirus (COVID-19) afecta con mayor gravedad a pacientes con enfermedades crónicas como DM2, y como medida de prevención, la dirección del Hospital de Curacaví establece el 17 de marzo de 2020 el "Plan de Contingencia COVID-19" que suspende todos los controles crónicos no priorizados, además establece que personal de enfermería y nutricionistas revisen los exámenes de los usuarios para citar únicamente a quienes cumplan criterios de descompensación de sus enfermedades crónicas. **OBJETIVO**: El OBJETIVO de este estudio de cohorte retrospectivo fue cuantificar el impacto del plan de contingencia implementado en la oportunidad de inicio de tratamiento con insulina en los pacientes bajo control en el Hospital de Curacaví. **MATERIAL Y METODO:** Se realizó la revisión de fichas clínicas de los usuarios con DM2 en control en los años 2016 al 2020, se determinó la fecha en que se inició terapia con insulina. **RESULTADOS y CONCLUSIÓN:** Se identificó que el año 2016: 16 usuarios iniciaron insulina, el año 2017: 50 usuarios, el año 2018: 42 usuarios, el año 2019: 30 usuarios y el año 2020: 28 usuarios. En los últimos 5 años iniciaron anualmente en promedio 33,2 personas DE +/-13,1. Por lo que el descenso en el número de usuarios que iniciaron insulina el año 2020 en relación con el promedio de años anteriores no representa un descenso significativo. **COMENTARIOS:** Estos RESULTADOS podrían sugerir que el mecanismo de priorización en la asignación de controles médicos, establecidos por el plan de contingencia, fueron útiles para identificar a los usuarios que requerían inicio de tratamiento con insulina. Desde la publicación de la GPC se ha intensificado la capacitación de todo el equipo de salud, sobre todo con respecto a la importancia de no retrasar el inicio del tratamiento de insulina para los usuarios, lo cual también podría haber jugado un rol importante.

RETRASO EN EL INICIO DE TERAPIA DE INSULINA SUBCUTÁNEA NPH EN EL PACIENTE CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 EN El HOSPITAL DE CURACAVI ENTRE LOS AÑOS 2016 A 2020.

Rodrigo Palma Peredo (1), Kevin Orchard Nahuelhuen (1), Benjamín Astrosa Martin (2)
(1) Médico EDF, Hospital de Curacaví, (2) Interno Medicina, U. de Chile.

INTRODUCCIÓN: La Guía de Práctica Clínica sobre tratamiento de Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2) del Ministerio de Salud de Chile del año 2016-2017, recomienda iniciar insulina en las siguientes situaciones: debut inestable, definido como paciente sintomático y con glicemia en ayuna sobre 300mg/dl y/o HbA1c mayor a 9%; o durante la evolución de la enfermedad en dos casos: 1.- Paciente sintomático con glicemia en ayuna sobre 300mg/dl y/o HbA1c sobre 9%; 2.- Con dos exámenes de HbA1c en los últimos 6 meses que no cumplen la meta individualizada a pesar del uso de 2 ó 3 hipoglicemiantes en dosis máxima tolerada. A pesar de que seguir estas recomendaciones tiene amplios beneficios, existen múltiples factores que retrasan el inicio de insulina como tratamiento en diabetes mellitus tipo 2. **OBJETIVO**: El OBJETIVO de este estudio de cohorte retrospectivo fue cuantificar el retraso en el inicio de insulina en los pacientes bajo control en el Hospital Comunitario de Curacaví. **MATERIAL Y METODO:** Se realizó la revisión fichas clínicas de los usuarios con Diabetes Mellitus tipo 2 en control en el Hospital de Curacaví, se determinó la fecha en que se cumplían los criterios para indicar insulina según las recomendaciones previamente señaladas y la fecha en que efectivamente se realizó el inicio del tratamiento. **RESULTADOS y CONCLUSIÓN:** De 333 pacientes usando insulina en el año 2020, se logró determinar ambas fechas en 186 de ellos (55,8%), de los cuales fueron excluidos 26 pacientes por haber iniciado insulina antes del período 2016-2020. El 25% inició insulina antes de los 70 días, el 50% antes de 1,3 años y el 25 % tardó más de 3,1 años en iniciar insulina desde que se identificaron registros en ficha clínica en que se cumplían los criterios recomendados. **COMENTARIOS:** Este estudio insta a identificar los factores que determinan la inercia terapéutica en esta población para reducir los retrasos en el inicio de insulina en pacientes con DM2. Entre las limitaciones se encuentra la calidad del registro en ficha clínica que podría estar omitiendo sistemáticamente algunos grupos de pacientes.

HIPERTENSIÓN ARTERIAL PULMONAR SECUNDARIA A TROMBOEMBOLISMO CRÓNICO EN PACIENTE CON DÉFICIT DE ANTITROMBINA III

Ilma Molina Burgos (1), Luis Pardo Rivero (2), Deania Gonzalez Drogett (2)
(1) Médica EDF Hospital de Corral, (2) Médico EDF Hospital de Constitución

INTRODUCCIÓN: La hipertensión pulmonar tromboembólica crónica (HPTEC) es una forma distintiva de hipertensión pulmonar (HP), que se considera como la complicación de episodios recurrentes de tromboembolia pulmonar (TEP). Si bien, la incidencia reportada de HPTEC después de un evento de TEP agudo es baja, hay un pequeño porcentaje de pacientes que por diferentes motivos entre los cuales se incluye: no reconocimiento del evento agudo, recibir terapia inadecuada, existencia de anomalías intrínsecas del sistema fibrinolítico y/o la presencia de fenómenos embólicos silentes reiterados, finalmente desarrollan HPTEC. Clínicamente se caracteriza por el deterioro progresivo, la notable limitación funcional y una mortalidad elevada al poco tiempo del diagnóstico. Un factor de riesgo conocido para fenómenos tromboembólicos es el déficit de antitrombina III (ATIII), a continuación, se presenta el CASO CLÍNICO con este factor de riesgo. **CASO CLÍNICO**: Paciente masculino de 19 años con antecedente de déficit ATIII de diagnóstico hace 6 meses en contexto de TEP masivo, desde entonces con 4 hospitalizaciones por TEP con requerimiento de Unidad de Cuidado Intensivo sin Ventilación Mecánica Invasiva, actualmente Capacidad funcional modified Medical Research Council IV. En ecocardiograma se evidencia leve dilatación de aurícula y ventrículo derecho, TAPSE 14 mm; presión sistólica de arteria pulmonar (PSAP) 79mmHg, cateterismo pulmonar evidencia: Presión arterial de enclavamiento pulmonar (PCP) 6 mmHg GC 3,4 L/min. Dada condición clínica y de laboratorio cardiológico, se plantea endarterectomía como alternativa terapéutica. **CONCLUSIÓN Y DISCUSIÓN**: El déficit de ATIII es una trombofilia que típicamente predispone a eventos tromboembólicos a nivel de pelvis, tórax y pulmonar, se manifiesta clínicamente con mayor frecuencia desde la segunda década de vida. Es así un factor de riesgo para HPTEC, patología que presenta pobre pronóstico de calidad y esperanza de vida.

NEUROSÍFILIS MENINGOVASCULAR DESAFÍO DIAGNÓSTICO EN ATAQUE CEREBROVASCULAR EN PACIENTE JOVEN INMUNOCOMPETENTE

Ilma Molina Burgos, Luis Pardo Rivero, Deania Gonzalez Drogett
(1) Médica EDF Hospital de Corral, (2) Médico EDF Hospital de Constitución

INTRODUCCIÓN: La sífilis es una enfermedad de transmisión eminentemente sexual causada por Treponema pallidum, cuya incidencia en Chile ha permanecido estable en los últimos años a pesar de contar con MÉTODOs efectivos de prevención y tratamiento. Dentro de sus múltiples manifestaciones clínicas, la neurosifilis puede presentarse en cualquier etapa de la infección y su PRESENTACIÓN más clásica son las variantes vasculares y meníngeas. **CASO CLÍNICO**. Paciente femenina de 29 años, inmunocompetente, tabaquismo activo y sin otro factor de riesgo cardiovascular, consulta al servicio de urgencias por cuadro de tres semanas de evolución de hemiparesia derecha con recuperación ad integrum entre episodios. Al ingreso, hipertensa, euglicémica, con pequeña paresia en miembros superior e inferior derechos, sin otros hallazgos. Se realiza resonancia magnética (RM) mostrando múltiples infartos subagudos hemisféricos bilaterales de predominio en territorio temporal izquierdo junto a secuelas de infartos antiguos frontales izquierdos. La punción lumbar mostró leucocitos 220 (linfocitos 96%), glucosa 39, proteínas 58, hematíes (-), filmarray meníngeo (-), índice IgG LCR 15.9mg/dL, cultivos (-), BOC (+). Dentro del estudio etiológico destaca. RPR 1/64 y FTA-ABs positivo en suero, con VDRL en LCE (+), iniciándose penicilina sódica endovenosa asociada a pulsos de corticoides por sospecha de neurosífilis meningovascular. Estudio de fuente embólica sin hallazgos. Se completan 2 semanas de tratamiento con penicilina sódica endovenosa asociada a dos dosis de penicilina benzatina intramuscular y corticoides orales en disminución, con buena evolución clínica. Neuroimagen de control sin nuevas lesiones. Se da de alta con prevención secundaria para eventos isquémicos y seguimiento serológico. **CONCLUSIÓN Y DISCUSIÓN:** La sífilis es una infección de transmisión sexual con múltiples manifestaciones clínicas. Tanto compromiso mucocutáneo como sistémico, cursando con períodos sintomáticos y períodos de latencia que pueden evolucionar a una sífilis terciaria e incluso en la muerte del paciente. En este caso se muestra esta infección como causante de ataques cerebrovasculares (ACV), la cual debe ser sospechada especialmente en pacientes jóvenes y sin factores de riesgo asociados. Su manejo de primera línea aún lo constituye la penicilina sódica.

QUISTE DE RETENCIÓN MUCOSA EN RELACIÓN A DIENTE TRATADO ENDODONTICAMENTE: REPORTE DE CASO.

Tomás Paris Gaete (1), Nathalie Vicencio Cáceres (2), Angélica Burgos Díaz (3)
(1) Cirujano Dentista EDF DSM Marchigüe, (2) Cirujana Dentista EDF CESFAM T. Schmidt,
(3) Cirujana Dentista EDF Hospital de Lolol

INTRODUCCIÓN y OBJETIVOS: Los quistes de retención mucosa son un tipo de lesión inflamatoria de contenido mucoso rodeado por una membrana de células epiteliales. Se produce por la obstrucción de una glándula mucosa del seno maxilar. Esta lesión generalmente se presenta asintomática y se puede encontrar en el seno maxilar, tanto en el piso como en las paredes o el techo. Suele ser un hallazgo radiográfico, observándose como un aumento de volumen con forma de domo, con contenido homogéneo, levemente radiopaco, de límites bien definidos, y generalmente de unos 6 mm de diámetro. Su prevalencia fluctúa entre el 2.6 (Ruprecht y cols., 1986) y 29,4% (Bal y cols., 2014), con predominancia en la segunda y tercera década de vida. **CASO CLÍNICO:** Paciente sexo masculino de 22 años de edad, sin antecedentes mórbidos. Debido a estudio por instalación de aparatos de ortodoncia el paciente se realiza una radiografía panorámica, sin informe radiográfico. En esta se observa un aumento de volumen de contenido radiopaco que invade una porción del seno maxilar izquierdo, con aspecto de domo adosado al piso del seno, de limites definidos y de unos 10 mm de diámetro, y en relación a las raíces del diente 2.6 (primer molar superior izquierdo permanente), el cual se encuentra tratado endodonticamente. Se complementa con radiografías periapicales con desplazamiento, sin informe radiográfico. Se logra observar que los canales del diente poseen un relleno poco homogéneo y pobre en extensión. Se decide controlar en el tiempo. Un año después el paciente acude a control con nueva radiografía panorámica, sin informe radiográfico. Se observa como esta lesión en el seno maxilar ha aumentado de tamaño. Ante la duda de su origen, odontogénico o sinusal, se decide realizar la biopsia excisional. El informe histopatológico indica Quiste de retención mucoso. **DISCUSIÓN:** Es importante el análisis acabado de todas las imágenes que se realicen nuestros pacientes. Existe controversia en cuanto a si podría existir una incidencia de origen dentario en la aparición de este tipo de quistes. Generalmente el quiste de retención mucoso no requiere tratamiento, incluso en algunos casos desaparecen sin intervención. Sin embargo, en ciertas oportunidades su crecimiento excesivo puede llegar a producir dolor de cabeza, periorbitario o facial, además de ser capaz de obliterar completamente el seno maxilar, propiciando sinusitis a repetición u obstrucción nasal. **CONCLUSIÓN:** Como profesionales de la salud debemos saber reconocer las patologías asociadas los senos maxilares y descubrir su origen, con el fin de otorgar el mejor tratamiento al paciente.

Referencias: Bal, M., Berkiten, G., & Uyanık, E. (2014). Mucous retention cysts of the paranasal sinuses. Hippokratia, 18(4), 379. || Ruprecht, A., Batniji, S., & el-Neweihi, E. (1986). Mucous retention cyst of the maxillary sinus. Oral surgery, oral medicine, and oral pathology, 62(6), 728–731.

CARACTERIZACIÓN DE LOS PACIENTES REHABILITADOS MEDIANTE PRÓTESIS REMOVIBLE EN APS, DAS CHIGUAYANTE, AÑO 2019.

Javier Parra Reyes (1), Daniela Henríquez Candia (2), Nicolás Frossini Careaga (3),
(1) Rehabilitador Oral, Servicio de Salud Concepción, (2) Rehabilitador Oral, CESFAM Víctor Manuel Fernández
(3) Cirujano Dentista EDF, CESFAM La Leonera

INTRODUCCIÓN y OBJETIVOS: La prótesis dental es un elemento artificial destinado a restaurar la anatomía de una o varias piezas dentarias, así como de las estructuras periodontales perdidas, restaura además la relación intermaxilar, devolviendo la dimensión vertical. En Chile, según la Encuesta Nacional de Salud 2016-2017 la prevalencia de edentulismo en la población de 15 años y más es del 62,2% de edentulismo parcial y del 5% para el edentulisto total. El OBJETIVO es caracterizar a los pacientes rehabilitados mediante prótesis removible de la comuna de Chiguayante durante el año 2019. **MATERIAL Y METODO:** Se realizó un estudio retrospectivo y descriptivo del universo de pacientes atendidos y dados de alta por la especialidad de Rehabilitación Oral en el CESFAM La Leonera, que atiende a pacientes de toda la comuna de Chiguayante. Las variables estudiadas fueron: sexo, edad (en rangos de 20 a 39, 40 a 59, 60 a 79, 80 y más años), cantidad, tipo y material de la prótesis realizada. La obtención de los datos se realizó a partir de una planilla de recolección de información confeccionada para esta investigación. **RESULTADOS y CONCLUSIONES:** De los 305 pacientes atendidos y dados de alta, el 73.5% corresponde a mujeres y el 26.5% a hombres. Por grupo etario, el 71.5% fueron pacientes entre los 60 y 79 años, seguidos del grupo de 40 a 59 años con un 20.7%. El edentulismo total maxilar alcanzó el 34.6 % y el mandibular el 17,7%, en cambio el edentulismo parcial maxilar fue del 57.7% y el mandibular de 71.4%. Del total de pacientes, el 83.6% necesitó de 2 prótesis para su rehabilitación y solo el 16.4% de una. Se realizaron en total 559 prótesis, de ellas el 51.7% correspondió a prótesis parciales de base metálica, el 18.4% a prótesis parciales acrílicas y el 29.9% a prótesis totales.
Se puede concluir que el edentulismo y la necesidad de rehabilitación oral, mediante prótesis removible, aumenta con la edad, siendo prevalente en todos los periodos de la vida adulta, principalmente en el género femenino, sin embargo, no se puede concluir que la necesidad de rehabilitación oral es mayor en mujeres, sí que las mujeres acceden más a este tipo de tratamientos. **DISCUSIÓN:** La rehabilitación oral mediante prótesis removible es una potente herramienta en salud pública para devolver la función y estética a los pacientes edéntulos, mejorando así su calidad de vida. Sin embargo, el alto porcentaje de prótesis totales (29.9%) visualiza el poco acceso que tiene la población adulta a la atención odontológica, ya que las políticas públicas se centran principalmente en la infancia y adolescencia; se suma a esto la insuficiente cantidad de horas de odontólogos.

EXACERBACIÓN DE SÍNDROME CEREBELOSO SECUNDARIO A INFECCIÓN POR SARS COV-2: REPORTE DE UN CASO

Macarena Partos Aros (1), Nicolás Muñoz Bravo (1), Martín Mayol Guzmán (2)
(1) Médica EDF Hospital de Porvenir, (2) Médico EDF Hospital de Lebu

INTRODUCCIÓN: La cerebelitis aguda (CA) es un síndrome inflamatorio que genera una disfunción cerebelosa aguda, manifestándose con ataxia, nistagmo o dismetría. Habitualmente se asocia a fiebre, cefalea, náuseas y alteración del nivel de consciencia. Ocurre secundario a trastorno infeccioso, postinfeccioso o posvacunación, siendo la etiología principalmente viral. El examen diagnóstico de elección es la RM cerebral. Por consenso, se denomina ataxia cerebelosa aguda a aquellos casos en los que no hay alteraciones en la neuroimagen, y CA a aquellos casos en que sí se encuentran. **CASO CLÍNICO**: Paciente femenino de 15 años, sin antecedentes mórbidos, inicia con alteración de la marcha y desequilibrio progresivio, posterior a cuadro de diarrea sin disentería hace 1 semana. Sin otros síntomas acompañantes. Al examen físico destaca dismetría bilateral severa, disartria escandica y ataxia de la marcha. TC cerebro sin hallazgos patológicos. RM cerebro y medula cervical sin hallazgos patológicos. Punción lumbar: leucocitos 2, proteínas 0.2 g/L, Glucosa 38.3 mg/dl. FylmArray negativo. ANA y ANCA negativo, anticuerpo anti endomisio normal. TSH y T4 libre normal. Vitamina B12 normal. Se diagnostica Ataxia aguda secundaria a cerebelitis aguda, autoinmune postinfecciosa, completa tratamiento con inmunoglobulina EV sin complicaciones, con resolución parcial de síndrome cerebeloso. 7 meses después, inicia con exacerbación de cuadro cerebeloso, asociado a cefalea, síntomas respiratorios altos y vómitos. A la evaluación destaca disdiadococinesia, intolerancia a bipedestación, marcha inestable e hipotonía muscular. Se rescata PCR SARS-CoV-2 positiva. RM cerebral sin alteraciones. TC de tórax sin hallazgos de neumonía por Covid-19. Paciente evoluciona con disminución de sintomatología, sin remisión total. **DISCUSIÓN**: El nuevo coronavirus denominado SARS-CoV-2 en enero de 2020, se manifiesta principalmente con sintomatología respiratoria, gastrointestinal, y alteraciones del gusto y olfato. Respecto a episodios de cerebelitis aguda asociado a infección por Covid-19, se encontró solamente un caso reportado en Londres. Es por esto que en el contexto actual, es importante descartar infección por SARS-CoV-2 en pacientes con patologías de base que presentan descompensación o exacerbación de su sintomatología.

HIDATIDOSIS PULMONAR COMO HALLAZGO POST INFECCIÓN POR SARS COV-2: REPORTE DE UN CASO

Macarena Partos Aros, Nicolás Muñoz Bravo
Médicos EDF, Hospital de Porvenir

INTRODUCCIÓN: La hidatidosis es una enfermedad zoonótica parasitaria. En Chile es causada por Echinococcus granulosus. El hospedero definitivo de importancia epidemiológica es el perro, siendo los ovinos y caprinos los hospederos intermediarios. La transmisión al ser humano se produce al ingerir los huevos del parásito, eliminados desde el hospedero definitivo. En Chile es una enfermedad de notificación obligatoria (ENO), con una incidencia de 2-2,2 casos por cada 100.000 habitantes. La localización pulmonar es la segunda más frecuente luego del hígado. **CASO CLÍNICO**: Paciente de 43 años, sin antecedentes mórbidos conocidos, oriundo de la región de Magallanes. Cursó con COVID-19 sintomático con tos y fiebre. 10 días luego de terminado este cuadro consultó en el Servicio de Urgencias del Hospital de Porvenir por persistir con tos seca y disnea leve. Se realizó radiografía de tórax (Imagen 1) donde observó imagen redondeada radio-opaca en lóbulo inferior derecho. Se derivó de forma ambulatoria para estudio con TAC de tórax (Imagen 2), destacando masa en lóbulo inferior derecho, de bordes bien definidos, bilobulada, hipodensa, con densidad líquida, de 48x35x42 mm, de aspecto quístico. 2 meses después de la sospecha se realiza quistectomía hidatídica derecha sin inconvenientes. **DISCUSIÓN**: El diagnóstico precoz de esta enfermedad zoonótica parasitaria es difícil, ya que presenta un largo periodo asintomático. Debido a que el pulmón es un tejido elástico, permite el crecimiento del quiste sin manifestaciones hasta que provoca compresión de tejidos circundantes con la aparición de sintomatología, como tos. Por esto, debe ser una enfermedad de alta sospecha diagnóstica en lugares endémicos como el sur de Chile y los esfuerzos deben centrarse en evitar la continuidad del ciclo de reproducción, fortaleciendo los programas nacionales y locales de desparasitación y vigilancia epidemiológica.

1 Radiografía de Tórax P-A

2 TAC de Tórax

CARACTERIZACIÓN DE LOS PACIENTES USUARIOS DEL PROGRAMA DE REHABILITACIÓN COVID-19 EN UN CESFAM DEL SERVICIO SUR DE LA REGIÓN METROPOLITANA

Constanza Payeras González (1), Ricardo Sanz Cerda (1), Javiera Sosa Benz (1), Felipe González Soto (2)
(1) Médico EDF, CESFAM Dr. Carlos Lorca Tobar, (2) Interno 7° Medicina USACH

INTRODUCCIÓN y OBJETIVOS: La pandemia de COVID-19 ha generado un enorme desafío en el sistema de salud. Entre las consecuencias, están las personas que se han recuperado de la fase aguda de la enfermedad, en quienes múltiples reportes han mostrado el riesgo de discapacidad y deterioro a corto y largo plazo. El proyecto de prevención terciaria en pacientes que han presentado COVID-19, inició en la comuna en julio/2020, con el OBJETIVO de implementar estrategias, intentando prevenir o enlentecer la progresión de secuelas asociadas a la enfermedad, para mejorar la calidad de vida de los usuarios. El OBJETIVO de este trabajo es conocer las principales características de los pacientes que requirieron acceso a rehabilitación, para fortalecer las estrategias de manejo y prevención en estos usuarios. **MATERIAL y MÉTODO:** Estudio descriptivo retrospectivo. Se solicitó listado con registro de pacientes a encargado de programa de rehabilitación en CESFAM, desde Julio/2020 a Febrero/2021. Posteriormente se hizo revisión de la evolución de cada paciente en ficha electrónica.
RESULTADOS: De de 95 pacientes inscritos, 12 fallecieron durante el seguimiento, lo cuales no se consideraron por no acceso a ficha electrónica, dejando un total de 83 pacientes. La distribución por género fue 51.6% masculino y 48.4% femenino, con un promedio de edad de 59,9 años. Del total de los pacientes 92.7% fueron casos confirmados y 7.3% casos probables. En cuanto al manejo 79.5% requirió hospitalización y 20.5% manejo ambulatorio. De los hospitalizados 31.8% tuvo VMI y 42.4% oxigenoterapia (mascarilla y/o naricera), el resto no registra información. Los 5 principales diagnósticos de patologías crónicas registrados en las fichas de los pacientes fueron HTA (51.9%), DM2 (38.5%), Dislipidemia (18%), Hipotiroidismo (14.4%) y Artrosis (7.2%). **DISCUSIÓN/COMENTARIOS**: Tal como se ha descrito hasta ahora, los FRCV son uno de los principales involucrados en la probabilidad de cursar COVID-19 grave, y por tanto, de presentar secuelas. Es entonces en estos pacientes en quienes debiéramos enfocar los esfuerzos para mantener un buen control metabólico que permita mitigar daños en caso de contagio. Irónicamente, APS se ha volcado a la estrategia de atención COVID-19 y morbilidades de urgencia, por lo que los pacientes y sus atenciones crónicas han sido desplazadas. Sumado además el miedo al contagio de estos grupos de riesgo, abandonando sus atenciones presenciales. Con estos RESULTADOS insistiremos en la priorización del control de nuestros pacientes crónicos, buscando estrategias de control que puedan llevarse a cabo en el contexto actual. Se destaca además como probable sesgo de información por falta de registro adecuado de diagnósticos en ficha electrónica (principalmente obesidad, sobrepeso).

POLIFARMACIA DEL ADULTO MAYOR EN UN CESFAM URBANO DE LA REGIÓN METROPOLITANA

Constanza Payeras González (1), Javiera Sosa Benz, (1) Tomás Mattamala Aravena (2), Tomás Cornejo Zúñiga (3)
(1) Médico EDF, CESFAM Dr. Carlos Lorca Tobar, (2) Interno 6° medicina USACH, (3) Interno 6° medicina USACH

INTRODUCCIÓN y OBJETIVOS: La polifarmacia es definida como el consumo concomitante de 5 o más fármacos. Representa un problema frecuente en la población adulta mayor en Chile y el mundo, conllevando a múltiples consecuencias negativas para la salud del adulto mayor, como un aumento en la morbimortalidad, RAM, fragilidad, caídas, institucionalización, aumento del costo de vida y la carga económica del sistema sanitario. De lo anterior se desprende la importancia de una prescripción apropiada en esta población de riesgo, evitando la farmacoterapia subóptima, la cascada de la prescripción y la sobre prescripción. El OBJETIVO de este trabajo es caracterizar la población de pacientes adultos mayores con polifarmacia del CESFAM Carlos Lorca de la comuna El Bosque, e identificar cuáles son los fármacos más prescritos, con la finalidad de realizar una revisión de casos y proponer una revisión de las prescripciones innecesarias o erróneas. **MATERIAL y MÉTODO:** Estudio descriptivo retrospectivo. Se obtuvo listado de los pacientes con retiro de fármacos crónicos desde Septiembre/2020 a Febrero/2021, se filtró el universo de los mayores de 75 años con retiro de 5 o más fármacos, quedando un total de 1658. Se seleccionó una muestra aleatoria de 200 pacientes para revisión. **RESULTADOS:** De un total de 200 pacientes, la distribución por género fue 37% masculino y 63% femenino, con un promedio de edad de 81 años. 21.5% de los pacientes utilizaba 5 fármacos, 76% de 5 a 10 y un 2.5% tenía más de 10 prescripciones. Los 5 fármacos más prescritos fueron: atorvastatina (63%), acidoacetil salicílico (61%), losartán (59%), paracetamol (58%) y metformina (50%). Además, se evidenció la indicación de algunos fármacos peligrosos en adulto mayor como benzodiacepinas y la glibenclamida. **DISCUSIÓN/COMENTARIOS**: Los cambios fisiológicos y farmacocinéticos asociados al envejecimiento favorecen la aparición de RAM, interacciones entre fármacos y fármaco-enfermedad. Además, la alta prevalencia de enfermedades crónicas en los adultos mayores, y la naturaleza propia de los fármacos utilizados para tratarlas, transforman a este grupo etario en un grupo de riesgo para el DESARROLLO de la polifarmacia y sus consecuencias. En este sentido, el médico adquiere el desafío de optimizar la prescripción de fármacos, con la finalidad de prevenir las complicaciones asociadas a la polifarmacia, evitando la sobre prescripción y la cascada de la prescripción. A partir de esta revisión, se presentarán los datos a médico asesor de farmacia para realizar una revisión de los casos, citando a los pacientes a sus respectivos controles crónicos con exámenes actualizados y así reducir las prescripciones innecesarias o erróneas.

IMPACTO DE LA PANDEMIA POR EL VIRUS SARS-COV-2 EN LAS ATENCIONES DEL PROGRAMA DE CIRUGÍA MENOR EN UN HOSPITAL DE MEDIANA COMPLEJIDAD

Matilde Pedrero Mizunuma, Leonardo Montoya Ávila
(1) Médico EDF Hospital de Purranque, (2) Médico EDF CESFAM Practicante Pablo Araya, Río Negro

INTRODUCCIÓN: La pandemia por el virus SARS-COV-2 ha obligado a la reestructuración del sistema de salud para hacer frente a las necesidades emergentes. En este proceso, han sido postergadas ciertas atenciones de salud, como las cirugías mayores electivas y cirugía menor. Se entiende por cirugía menor un conjunto de procedimientos quirúrgicos sencillos, ambulatorios y con anestesia local. En general las condiciones que requieren cirugía menor son patologías de bajo riesgo para el paciente, pero que significan una merma en su autoestima y pudiesen llegar a comprometer su funcionalidad de no ser resueltas a tiempo. **OBJETIVO:** Determinar si existieron diferencias en el número de procedimientos realizados y tiempo en lista de espera de los pacientes atendidos en el Programa de Cirugía Menor del Hospital de Purranque (HPU) atribuibles a la pandemia por COVID-19. **MATERIAL y MÉTODO:** Estudio transversal descriptivo realizado considerando 2 periodos: pre pandemia desde el 1/05/2019 hasta 29/02/2020 (10 meses), y el segundo desde el 1/03/2020 al 31/12/2020 (10 meses) con datos de las atenciones realizadas en el Programa de Cirugía Menor del HPU. La información se obtuvo de los registros estadísticos del programa Rayén. Se contabilizaron las atenciones registradas como “Cirugía menor” realizadas por médicos generales y dermatólogos. **RESULTADOS:** El total de atenciones de cirugía menor realizadas entre el 1/05/2019 y el 31/12/2020 fueron 176 procedimientos. Al dividirlo por períodos nos encontramos con que en los 10 meses previos al inicio de la pandemia se realizaron 141 cirugías menores, mientras que desde marzo 2020 en adelante sólo se realizaron 35 procedimientos. Esto significa una disminución del 75,2% de las atenciones durante el periodo de pandemia. El tiempo promedio en lista de espera del período pre pandemia fue de 67 días, mientras que durante la pandemia fue de 146 días promedio (aumento del 210%), manteniéndose casos durante más de 12 meses en espera de atención. **DISCUSIÓN:** Al realizar la comparación es evidente la disminución en el número de procedimientos realizados, así como el aumento de tiempo de los casos en lista de espera. Dentro de los factores que pueden explicarlo está la cancelación de los pabellones durante los períodos de cuarentena total (fase 1), así como la cancelación de las consultas ambulatorias de dermatología, y el rechazo de los pacientes a acudir al centro de salud por miedo a los contagios. La disminución en la producción no es atribuible a menor número de derivaciones desde atención primaria, ya que siempre hubo lista de espera pendiente. Cabe mencionar que durante los periodos analizados la dotación de médicos generales del HPU se mantuvo estable. **CONCLUSIÓN**: Si bien es evidente el impacto directo que ha tenido la pandemia por COVID-19 sobre la población y el sistema de salud (número de contagiados, mortalidad, uso de camas críticas, secuelas respiratorias, etc), el impacto indirecto en otros ámbitos de la salud es algo que solo podremos conocer con el tiempo. Se debe procurar lograr un equilibrio en el uso de recursos que nos permita hacer frente a la pandemia, pero no descuidar las otras necesidades la población.

ROSÁCEA FÚLMINANS COMO DESAFÍO DIAGNÓSTICO, A PARTIR DE UN CASO CLÍNICO.
Nadia Peñailillo Sepúlveda, Camila Sanhueza Ureta, Daniela Montupil Solari
Médicas EDF CESFAM Padre Pierre Duboise

INTRODUCCIÓN: La rosácea es una dermatosis inflamatoria crónica caracterizada por aparición de eritema, telangiectasias, pápulas y pústulas en área centrofacial. Frecuentemente cursa con remisiones y exacerbaciones. La rosácea fulminans es una entidad poco frecuente de aparición brusca, afectando principalmente a mujeres jóvenes. Se caracteriza por DESARROLLO de pápulas, pústulas y nódulos junto con sinus drenantes preferentemente en región facial. Ocasionalmente puede acompañarse de compromiso extrafacial y ocular. Al ser una patología de baja frecuencia se presenta como un desafío diagnóstico. **CASO CLÍNICO**: Paciente masculino de 30 años con antecedente de hipertensión portal no cirrótica por trombosis portal crónica, cavernomatosis portal, varices esofágicas, esplenomegalia, hipertensión portal, déficit de proteína C y S, Sd de Gilbert. Evoluciona con cuadro de 5 días de aumento de volumen submandibular bilateral, doloroso asociado a fiebre 39°C y compromiso del estado general, se estudia con PCR COVID 19 negativa, evoluciona con eritema y aumento de volumen bimalar, se sospecha LES y se realizó estudio con anticuerpos anti DNA y complemento que resultó normal, fue dado de alta. A los días siguientes la lesión presenta además pústulas, exudado y mantiene la fiebre, se realiza diagnóstico de impétigo en atención de urgencia, indicando cefazolina 1gr ev y se da de alta con cefadroxilo y mupirocina tópica. Se mantiene sin respuesta a tratamiento y es controlado en ambulatorio por Dermatología, se evidencia además compromiso de cuero cabelludo. Por extensiòn de la lesión, se decide nueva hospitalización para estudio con biopsia que arroja: Rosácea fulminans. Se inició tratamiento con corticoides orales, con buena respuesta, lesión evoluciona en remisión y se da de alta. **DISCUSIÓN:** La Rosácea Fúlminans es una PRESENTACIÓN poco frecuente de la rosácea y resulta ser un desafío diagnóstico por la gran cantidad de diagnósticos diferenciales que se presentan con características clínicas similares, como lo pudimos observar en nuestro CASO CLÍNICO.

PENFIGOIDE AMPOLLOSO, UN DESAFÍO DIAGNOSTICO EN APS.
Nadia Peñailillo Sepúlveda, Camila Sanhueza Ureta, Daniela Montupil Solari
Médicas EDF CESFAM Padre Pierre Duboise

INTRODUCCIÓN: Las enfermedades ampollosas de la piel y mucosas, corresponden a enfermedades autoinmunes que tienen como elemento central la presencia de ampollas generalizadas que afectan a la piel y mucosas. El Penfigoide más frecuente es el Penfigoide Buloso o Ampolloso, típico de adultos mayores de 60 años. Al ser una patología poco frecuente en APS su sospecha puede resultar un desafío. **CASO CLÍNICO:** Paciente femenina de 85 años, antecedentes de hipertensión arterial y dislipidemia, evoluciona en meses con lesiones que inician en las extremidades superiores descritas como costras melicéricas que posteriormente avanzan a vesículas que se rompen para dejar una lesión eritematosa con halo inflamatorio y pruriginoso. Las lesiones se generalizan comprometiendo plantas y palmas, extremidades inferiores y sin compromiso de mucosas. Se negaron síntomas sistémicos. Fue evaluada en múltiples atenciones donde se diagnosticaron y descartaron diferentes diagnósticos diferenciales (herpes zoster, impétigo, dermatitis, etc.), recibiendo múltiples tratamientos orales y tópicos. Derivada finalmente a urgencia por compromiso y extensión de lesión, evaluada por dermatología se diagnostico Penfigoide ampolloso infectado. Evoluciona con buena respuesta a corticoides, asociado a antibioterapia endovenosa, fue dada de alta y se mantiene en controles por especialidad con corticoides tópicos. **DISCUSIÓN:** Las enfermedades dermatológicas poco frecuentes se presentan como un desafío diagnóstico para aquellos médicos que no están acostumbrados, además al ser las lesiones evolutivas en el tiempo, sucede con frecuencia que al ser evaluada en diferentes etapas, los planteamientos de diagnósticos diferenciales cambien conforme avanza la lesión, en este caso, la paciente tuvo muchos diagnósticos diferenciales con semanas de diferencia y resulta interesante el estudio de cada una poniendo énfasis en los signos y síntomas que deberían haber guiado hacia el diagnóstico correcto.

MENINGITIS TUBERCULOSA EN PACIENTE NO VIH. REPORTE DE CASO
Juan Diego Peña Cevallos, Martín Mayol Guzmán, Francisca Montserrat Müller Sandoval, Maria Ignacia Bobadilla Canales
Médicos EDF Hospital de Lebu

INTRODUCCIÓN: La meningitis tuberculosa (MTB) es la forma más grave de tuberculosis extrapulmonar. El amplio espectro y poca especificidad del cuadro clínico dificultan el diagnóstico precoz. En pacientes VIH y TBC se ha reportado afectación meníngea de hasta cinco veces más que en la población seronegativa. **CASO CLÍNICO:** Se presenta el caso de una Paciente femenina, 68 años, con historia de dos semanas de evolución de sensación febril intermitente, desorientación fluctuante y episodio de compromiso de conciencia cuantitativo, asociado a agitación psicomotora. TC cerebro informa granulomas yuxtacorticales frontoparietales y temporal izquierdo. Se realiza punción lumbar dado síndrome febril que destaca pleocitosis de predominio mononuclear. Gram no se observan bacterias. Tinta china, negativa. RNM: Meningitis basal de predominio perimesencefálico. Serología negativa. Dado hallazgos de LCR, se sospecha TBC. Se realiza radiografía destacando cavitación, que se confirma mediante TC tórax. Se solicita fibrobroncoscopía con baciloscopía, resultando positiva para TBC. Se realiza PCR de LCR para criptococcus y TBC, siendo positivo para TBC. Se ajusta tratamiento y se inicia terapia antituberculosa. **DISCUSIÓN:** La tuberculosis y en su PRESENTACIÓN como meningitis sigue presente en la población mundial a la fecha y no solo en pacientes inmunodeprimidos. Es importante no olvidar esta etiología diagnóstica e ir a buscarla dirigidamente. **CONCLUSIÓN:** La Meningitis tuberculosa tiene elevada morbi-mortalidad. En este contexto, el factor que más determina pronóstico en su evolución, es el diagnóstico precoz e inicio temprano de tratamiento.

TOXOPLASMOSIS CEREBRAL EN PACIENTE VIH/SIDA: REPORTE DE CASO
INTRODUCCIÓN:

Juan Diego Peña Cevallos, Martín Mayol Guzmán, Francisca Montserrat Müller Sandoval, Maria Ignacia Bobadilla Canales
Médicos EDF Hospital de Lebu

La toxoplasmosis cerebral corresponde a una enfermedad causada por el protozoo Toxoplasma gondii, como reactivación de la fase latente. Es la infección oportunista más común del sistema nervioso central en pacientes con síndrome de inmunodeficiencia adquirida. **CASO CLÍNICO**: Paciente masculino de 38 años de edad, sin antecedentes mórbidos conocidos. Presentó un cuadro de 2 semanas de evolución, caracterizado por cefalea hemicránea derecha con irradiación periocular ipsilateral, progresiva, con EVA hasta 8/10, cediendo parcialmente con analgésicos. Evoluciona con vómitos alimentarios, disartria y paresia braquio-crural izquierda. Niega fiebre u otro signo de focalidad neurológica. Se realizó TC de cerebro, donde se observa lesión expansiva intraaxial hipodensa de la región parietal derecha, asociada a extenso edema perilesional, con efecto de masa y desplazamiento de la línea media. A la RNM de cerebro: Lesión periventricular derecha isodensa en secuencia T1 e hiperintensa en T2 con realce en anillo, con invasión ependimaria del ventrículo lateral derecho de aspecto inflamatorio-infeccioso oportunista. Al examen de laboratorio destacó serología VIH reactiva, VHC, VHB, HTLV y Chagas no reactivas. Recuento CD4: 3 cel/ul. Se inició tratamiento con Cotrimoxazol Forte + Corticoides endovenosos, con mala evolución clínica. **DISCUSIÓN:** Es importante buscar dirigidamente factores de riesgo que harían sospechar infección VIH/SIDA ante un paciente con síntomas neurológicos ya que se ha visto que el protozoo Toxoplasma gondii, es la infección oportunista más frecuente del SNC en éstos pacientes y si no es detectada y tratada a tiempo causa gran morbi-mortalidad.
CONCLUSIÓN: El aumento de los pacientes diagnosticados con VIH en nuestro país y la cantidad de pacientes portadores que no saben de su condición, hará más frecuente el debut de esta enfermedad como infecciones oportunistas. Por lo que es importante reconocer, diagnosticar y tratar de forma oportuna, junto a un diagnostico precoz de la infección por VIH.

HEMOPTISIS PERSISTENTE EN PACIENTE CON MICETOMA PULMONAR. REPORTE DE CASO

María Peña Gutiérrez (1), Mario Ortiz Harvez (2)
(1) Médico EDF CESFAM Quemchi, (2) Médico EDF CESFAM Pudeto Bajo de Ancud

INTRODUCCIÓN: El micetoma pulmonar es una patología poco frecuente, que se define como una masa de elementos micóticos dentro de una cavidad pulmonar que comunica con el árbol traqueobronqueal. Habitualmente se presenta en lesiones pulmonares previas, dentro de las cuales la cavitación secuelar por Tuberculosis pulmonar es la más común.
El OBJETIVO del presente reporte es dar a conocer la PRESENTACIÓN clínica del Micetoma pulmonar como una causa infrecuente de hemoptisis recurrente. **CASO CLÍNICO**: Se presenta caso de varón de 74 años, con antecedente de Hipertensión arterial, Tuberculosis pulmonar y cerebral a los 20 años, con hemiparesia braquiocrural derecha y convulsiones recurrentes como secuela de la misma. Historia de múltiples episodios de hemoptisis, consultó por cuadro de 4 meses de tos con expectoración hemoptoica escasa, diaforesis, baja de peso y anorexia. Al examen físico destacaba Murmullo pulmonar disminuido en ápice derecho y estertores difusos en ambos campos pulmonares. Se tomó Baciloscopía de esputo en 2 oportunidades, que resultaron negativos. Parámetros inflamatorios elevados, con leucocitosis y desviación izquierda. Radiografía de tórax evidenció importante lesión secuelar que comprometía ápice derecho, con desviación de tráquea hacia derecha, bronquiectasias en base derecha y trama vascular aumentada. TC de tórax con contraste informó bronquiectasias en lóbulo superior derecho, identificándose una cavitación de 2,7 cms. de contenido heterogéneo, compatible con micetoma. Videobroncoscopía mostró deformidad por tracción del Lóbulo superior derecho. La biopsia por lavado bronquioalveolar resultó negativo para células neoplásicas. Tinción de gran con abundantes polimorfonucleares y bacterias gram positivas. Fue tratado con inhaladores y antibioterapia endovenosa con respuesta clínica favorable. Actualmente se encuentra en evaluación por cirugía de tórax para eventual cirugía. **CONCLUSIÓN y DISCUSIÓN**: El micetoma pulmonar es una patología poco frecuente, pero de gran importancia clínica, dadas las potenciales complicaciones que exigen un conocimiento profundo por parte del clínico. El paciente del caso presentado mostró hemoptisis recurrente, la que luego se asoció a otros signos y síntomas como complicación aguda. Es importante un conocimiento optimo de la patología para lograr un diagnostico oportuno y disminuir la morbimortalidad asociada.

HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA PERIMESENCEFALICA NO ANEURISMÁTICA, COMO CAUSA DE CEFALEA ICTAL. REPORTE DE CASO.

María Peña Gutiérrez (1), Mario Ortiz Harvez (2)
(1) Médico EDF CESFAM Quemchi, (2) Médico EDF CESFAM Pudeto Bajo de Ancud

INTRODUCCIÓN: La hemorragia subaracnoidea (HSA) posee diversas etiologías, siendo la traumática la más común. De las HSA no traumáticas, el 85% son secundarias a rotura aneurismática intracraneana, el 10% a hemorragia perimesencefálica no aneurismática y el 5% a otras causas. **CASO CLÍNICO**: Mujer de 72 años con antecedente de Hipertensión arterial y Diabetes Mellitus tipo 2, consultó Servicio de Urgencia por cefalea holocránea, ictal, Escala Visual Analóga 10/10, asociado a náuseas y vómitos, sin focalidad neurológica, pero con rigidez de nuca. En Hospital se tomó TC cerebro que mostró HSA perimesencefálica, Fisher II. Se realizó Angio TC y angiografía cerebral, que fueron negativos para lesiones vasculares intracraneanas. La Resonancia Magnética de columna cervical, que descartó lesiones vasculares a nivel espinal cervical. Finalmente se realizó Angiografía cerebral diagnóstica de 6 vasos, que fue negativa para lesiones vasculares. Fue tratada con Nimodipino oral, y analgesia endovenosa y posteriormente oral. Evolucionó de forma favorable, con cefalea persistente, pero en menor intensidad. Examen neurológico dentro de limites normales. **CONCLUSIÓN y DISCUSIÓN**: La HSA perimesencefálica no aneurismática representa el 10% de las causas de HSA no traumáticas. Su etiología es desconocida, aunque se cree que es debido a rotura de una vena superficial pontina o perimesencefálica. Se manifiesta como una cefalea intensa, la que puede acompañarse de náuseas o vómitos, rigidez de nuca y compromiso del nivel de conciencia. La aproximación inicial requiere de un TC cráneo sin contraste, que evidenciará hemorragia perimesencefálica, y un estudio angiográfico de buena calidad negativo para aneurismas que expliquen el sangrado. Tiene buen pronóstico, con escasas complicaciones neurológicas, tal como fue la evolución de la paciente, dada de alta a los 21 días, sin secuelas neurológicas.

CLAVES DIAGNÓSTICAS DE ESCLEROSIS SISTÉMICA PROGRESIVA A PROPÓSITO DE UN CASO

Constanza Peñaloza González (1), Sharon Pineda Flores (2), Cristopher Quezada Medina (3), Natalia Arce González (2)
(1) Médica EDF, CESFAM Padre Joan Alsina, (2) Médica EDF, CESFAM Confraternidad,
(3) Médico EDF, CESFAM Raúl Brañes

INTRODUCCIÓN: La esclerosis sistémica (ES), es una enfermedad autoinmune del tejido conectivo que causa fibrosis progresiva de piel y órganos internos presentando clínica heterogénea dependiendo del grado de afectación. Puede clasificarse como limitada (ESL), acotada a piel y tejidos adyacentes, o difusa (ESD) comprometiendo piel y órganos internos. Su pronóstico es variable dependiendo del compromiso visceral, agravándose cuando afecta: riñón, pulmón y corazón. Clínicamente incluye síntomas inespecíficos (fatiga, artralgias y mialgias), y su sospecha diagnóstica surge a partir del síndrome de CREST (calcinosis, fenómeno de Raynaud, pirosis y/o disfagia, esclerodactilia, ulceraciones isquémicas en dedos, hiperpigmentación y telangiectasias mucocutáneas). Presenta una tasa de mortalidad 4 veces mayor que en pacientes sanos de la misma edad y sexo. **CASO CLÍNICO**: Usuaria, 64 años, sin antecedentes mórbidos, policonsultante, acude por cuadro de 2 años de astenia, malestar general (CEG), mialgias, poliartralgias, dispepsia y rigidez en columna cervical. Al examen físico destaca: aspecto ectomorfo, fascie con pliegues cutáneos disminuidos y perpendiculares a labios, piel tensa, telangiectasias, hipercifosis dorsal rígida y palidez distal de falanges. Laboratorio: Hematocrito 26.9%, Hemoglobina 12, Leucocitos 13.580 (75% Polimorfonucleares), plaquetas 230, VHS 50, FR 31, Screening ENA: 7.1, ANA 1/1280 homogéneo, BiliT 2,2, BiliD 1.3, FA 354, Got 35, Gpt 82, Ggt 444. Estudio radiológico sin signos de fibrosis pulmonar, cifosis dorsal con formación en cuña de dos cuerpos dorsales medios. Se deriva a reumatología por sospecha de ESL, donde se inicia tratamiento sintomático y plaquinol, disminuyendo artritis y CEG. **CONCLUSIÓN**: La ES tiene variadas manifestaciones, pudiendo comprometer órganos nobles en su variedad difusa. Por esto, su consideración como diagnóstico diferencial puede ser crucial para la calidad de vida y sobrevida del paciente. El rol de APS comprende su sospecha, tratamiento inicial, derivación a especialidad, seguimiento de su rehabilitación, y educación al paciente y su familia.

DRESS EN CONTEXTO DE TRASTORNO DEL ÁNIMO RECIENTE: REPORTE DE UN CASO.

Felipe Peralta Vera, Patricio Araya Cortés, Roberto Benavente Salazar, Edgardo Figueroa Ortega
Médicos EDF Hospital de Villarrica

INTRODUCCIÓN: El DRESS es una reacción adversa severa por drogas caracterizada por una erupción cutánea extensa asociado a daño orgánico, adenopatías y eosinofilia. Su PRESENTACIÓN clínica es heterogénea y su curso clínico es prolongado entre 2 a 8 semanas. Tiene una incidencia en drogas de alto riesgo de 1 en 1000 exposiciones con una mortalidad del 2 al 10%. Entre ellas, anticonvulsivantes como lamotrigina. **PRESENTACIÓN DEL CASO:** Caso de mujer de 45 años con antecedentes de trastorno del ánimo reciente en que se inicia tratamiento con lamotrigina 50 mg cada 12 horas hace 2 semana indicado por tratante, consulta en servicio de urgencias por cuadro de erupción maculopapular eritematoso de aumento progresivo con pústulas en cara, tronco anterior, espalda y extremidades superiores asociado a adenopatías submandibulares y retroauriculares, edema facial, prurito y compromiso del estado general. En los exámenes destaca leucocitosis con eosinofilia, aumento de transaminasas e insuficiencia renal aguda. Se suspende el uso de lamotrigina y se inicia curso de corticoides sistémicos y tópicos con buena respuesta clínica, disminución de los parámetros inflamatorios y mejora de la función hepática y renal. **DISCUSIÓN:** El DRESS se presenta posterior a la exposición del medicamento con una fase de latencia que puede durar entre 2 a 8 semanas, seguido de una fase prodrómica caracterizada por fiebre, adenopatías y compromiso del estado general hasta presentar manifestación cutánea de tipo maculopapular eritematoso difuso en tronco y extremidades mayor al 50% de la superficie corporal, edema facial y prurito. En menos del 50% de los casos puede haber compromiso de mucosas, sin embargo, no es característico. En laboratorio presenta eosinofilia, leucocitosis y linfocitosis atípica asociado a un daño multiorgánico variable, desde daño hepático, renal, pulmonar, cardiaco, neurológico hasta falla multiorgánica. Generalmente posterior a cese del uso de la droga el cuadro mejora gradualmente hasta 15 días, sin embargo, es posible presentar recaídas clínicas y de laboratorio. Es fundamental descartar posibles diagnósticos diferenciales debido a las implicancias en tratamiento y pronóstico tales como Síndrome de Steven Johnson, Necrolisis Epidermica Toxica, Linfoma, entre otras. Según la severidad del cuadro, se sugiere uso de corticoides tópicos o sistémicos y soporte según necesidad. En la literatura, dado el alto riesgo de reacciones adversas cutáneas por lamotrigina se sugiere inicio de 25 mg al día durante una a dos semanas e ir aumentando al doble de la dosis según respuesta y tolerancia. **CONCLUSIÓN:** Dado el alto riesgo de reacciones adversas a medicamentos como DRESS con uso de lamotrigina, es fundamental la prevención mediante la educación en efectos adversos, evaluar el perfil de seguridad y otras opciones de tratamiento considerando el escenario actual de difícil seguimiento.

FRACTURA DE PENE: REPORTE DE UN CASO EN APS

Daniel Perdomo Gaínza (1), Sebastián Díaz Ojeda (1), Patricio Oliva Peralta (2)
(1) Médico EDF CESFAM La Esperanza, (2) Médico EDF Hospital San Vicente

INTRODUCCIÓN: Dentro de las patologías urológicas destacan algunas que se consideran urgencias urológicas, entre las cuales encontramos el priapismo, sepsis urinaria asociada a obstrucción del sistema excretor, traumatismo del aparato genito-urinario, la fractura de pene, entre otras. Ésta última corresponde a la rotura de uno o ambos cuerpos cavernosos sobre el pene en erección. La etiología más frecuente de este cuadro es el coito (33-58%). Su diagnostico se basa en la anamnesis y exploración clínica; mientras que el tratamiento a elección es quirúrgico. **MATERIAL Y METODO**: Recopilación de datos de ficha clínica física y electrónica. **PRESENTACIÓN DEL CASO**: Paciente masculino de 43 años, sin antecedentes mórbidos. Acude al CESFAM por presentar un crujido peneano con dolor inmediato durante el coito. Al interrogatorio dirigido niega uretrorragia y dificultad miccional. Al examen físico se evidenciaba gran edema y hematoma peneano sin sangrado activo. Se deriva a hospital de Rengo y luego es referido al Hospital Regional de Rancagua, donde es evaluado por Urología e ingresado a pabellón al día siguiente con diagnóstico de rotura traumática de cuerpos cavernosos. El paciente fue intervenido con una incisión circunferencial subcoronal con denudación del pene hasta su base y fue dado de alta a las 72 horas, sin necesidad de sonda Foley. Paciente evolucionó favorablemente, recuperando erecciones, sin presentar secuelas estéticas. **DISCUSIÓN**: Debido a que en estos casos se requiere una intervención quirúrgica inmediata, dentro de las primeras 36 horas, un diagnóstico y derivación oportunos cobran gran importancia para evitar la demora en su tratamiento, disminuyendo así las probabilidades de complicaciones morfológicas y funcionales irreversibles.

DEHISCENCIA DE LOS CANALES SEMICIRCULARES SUPERIORES, A PROPÓSITO DE UN CASO.

Constanza Pérez Peña (1), Francisco Pérez Peña (2), Diego Encalada Cárdenas (3), María Aranis Espinoza (4)
(1) Médico EDF CESFAM Dr. Gustavo Molina, Pudahuel, (2) Estudiante de medicina, Universidad de Valparaíso.
(3) Médico EDF Hospital San Agustín de la Ligua, (4) Médico EDF, Hospital de Maullín.

INTRODUCCIÓN: La dehiscencia de los canales semicirculares superiores es un cuadro poco frecuente, caracterizado por la dehiscencia uni o bilateral del hueso(s) que recubren los canales semicirculares superiores. La causa de esta condición aún no es completamente entendida a pesar de los numerosos estudios, en la mayoría de los casos el compromiso es bilateral. Los síntomas de los pacientes se presentan por un efecto de tercera ventana, principalmente con síntomas auditivos como autofonía, plenitud aural, hipoacusia conductiva, tinnitus pulsátil y/o síntomas vestibulares como vértigo producido por el sonido y la presión, o nistagmo. El tratamiento inicial es conservador, si esta conducta no es suficiente o los síntomas son incapacitantes, se considera la opción quirúrgica, que consiste en el cierre de la comunicación entre el conducto semicircular superior y el suelo de la fosa media. **PRESENTACIÓN**: Paciente femenina de 53 años sin antecedentes mórbidos, presenta cuadro de 2 años de evolución de autofonía, de forma diaria, asociada a plenitud ótica bilateral, que se exacerba en condiciones de estrés y no mejora con maniobras de valsalva. Sin síntomas vestibulares. Otoscopía con membranas íntegras, opacas. Se solicitan audiometría e impedanciometría que resultan sin hallazgos patológicos. Se decide toma de tomografía computada multicorte de oídos, en la cual se observa solución de continuidad del componente óseo más cefálico de ambos canales semicirculares superiores con predominio izquierdo. Se explican las opciones de tratamiento y se decide manejo conservador evitando principalmente los estímulos que desencadenen la sintomatología. **DISCUSIÓN**: La dehiscencia de los canales semicirculares superiores es un cuadro poco frecuente con una clínica descrita recientemente, para su diagnóstico es fundamental el cuadro clínico explicado por el efecto de la tercera ventana. Es un diagnóstico difícil, para el cual es fundamental la ayuda de pruebas diagnósticas de imágenes como la tomografía computada.

ESCLEROSIS LATERAL AMIOTRÓFICA (ELA) EN MUJER RURAL DE LA ARAUCANÍA. REPORTE DE UN CASO.

Luis Pérez Morales (1), Cristofer Soriano Reyes (2), Valeria Becerra Fonseca (2), Cristóbal Becerra Fonseca (3),
Javiera Becerra Fonseca (3), Cristopher San Martin Abello (4)
(1) Médico EDF Departamento de Salud de Lonquimay, (2) Médicos EDF CESFAM Campanario.
(2) Alumnos de Medicina Universidad Mayor Temuco, (4) Alumno de Medicina Universidad Mayor Santiago.

INTRODUCCIÓN: ELA es una enfermedad neurodegenerativa progresiva y mortal. Los posibles factores de riesgo de ELA, consideran causas genéticas (5-10%), hasta factores ambientales, químicos y físicos. Sin embargo, alrededor del 90% se consideran esporádicos y de etiología desconocida. La edad media de inicio es de 58-66 años. La prevalencia entre 2-5 casos por 100.000 habitantes. De prevalencia baja por su alta mortalidad. La debilidad muscular es una de los primeros signos. Afecta la función musculo-esquética, deglutoria y la respiratorio. A continuación, se describe un caso de ELA. **PRESENTACIÓN DEL CASO:** Paciente de 60 años, dueña de casa, etnia mapuche, residente rural, antecedente de hipertensión arterial, sin antecedentes familiares de enfermedades neurodegenerativas. Consultó por cuadro de 2 semanas de debilidad muscular en extremidades inferiores y superior derecha. Evaluada en Hospital local, radiografía destaca raquiestenosis cervical y lumbar, se continuo estudio de forma ambulatoria. Los siguientes 4 meses evoluciona progresivamente hasta postración, disnea y dificultar para hablar. Evaluada en Hospital de referencia, se realiza electromiografía compatible con enfermedad de 2º motoneurona, punción lumbar y resonancia cerebral sin alteraciones. Durante progresión requirió intubación y traqueostomia. Se realizó gastrostomía quirúrgica. Se obtiene ventilador mecánico para derivación a domicilio. Se da de alta para continuar cuidados ambulatorios. Es apoyada por equipo multidisciplinario local donde evoluciona estable hasta su deceso tras 9 meses de cuidados domiciliarios. **DISCUSIÓN:** Conocer esta patología es importante para un diagnóstico precoz de alta sospecha y realizar cuidados multidisciplinarios pertinentes con el fin de promover la calidad de vida de estos pacientes. Si bien la sintomatología puede ser escasa en un comienzo, es importante realizar un estudio acabado e insistir en mejorar la oportunidad a exámenes que permitan un diagnóstico diferencial adecuado.

QUISTE HIDATÍDICO EN FOSA ILIACA DERECHA EN PACIENTE PEDIÁTRICO. A PROPÓSITO DE UN CASO.

Luis Pérez Morales (1), Valeria Becerra Fonseca (2), Cristofer Soriano Reyes (2), Javiera Becerra Fonseca (3), Cristóbal Becerra Fonseca (3), Cristopher San Martin Abello (4)
(1) Médico EDF, Departamento de Salud de Lonquimay, (2) Médico EDF, CESFAM Campanario
(3) Alumnos de Tercero de Medicina Universidad Mayor Temuco, (4) Alumno de Medicina Universidad Mayor Santiago.

INTRODUCCIÓN: La Hidatidosis es causada por Echinococcus granulosus, una parasitosis prevalente en Chile, en especial en zonas de actividad ganadera. El quiste hidatídico puede afectar cualquier órgano, siendo lo más frecuente hígado y pulmón. La información respecto a ubicaciones abdominales no hepáticas es escasa, especialmente en edad pediátrica. Se un caso de paciente pediátrico con quiste hidatídico en fosa iliaca derecha (FID). **PRESENTACIÓN DEL CASO:** Paciente de 7 años residente en sector rural de Lonquimay, Región de la Aaraucanía, fue evaluado por Programa de Integración Escolar, desde donde es derivado para evaluar aumento de volumen abdominal en FID. Se solicita ecografía abdominal que evidenció lesión quística tabicada de 45x55x64mm en en FID, sin vascularización al Doppler. Se derivó a especialidad donde se concluye quiste hidatíco y se programa cirugía electiva en Hospital de referencia. Bajo angestesia general se encuentra quíste en FID en realación a espina iliaca, se realizó aspiración de contenido quístico y retiro de membranas con instalación de drenaje a cavidad. Evoluciona en buenas condiciones, sin complicaciones y controles ambulatorios en especialidad y su centro de salud local. **DISCUSIÓN:** La hidatidosis es una parasitosis endémica cuyos estadíos iniciales se presenta de forma asintómatica. Sin embargo, puede evolucionar con complicaciones y secuelas que generan impacto en la calidad de vida de los pacientes y mortalidad. La región de La Araucanía concentra una mortalidad (7,64 por 100.000 habitantes). En el paciente pediátrico representa un desafío diagnóstico y sus ubicaciones no clásicas requieren de una alta sospecha. En el caso descrito, un examen físico completo permitió llegar al diagnóstico e intervención oportuna. Se destaca la importancia de una evaluación completa ante las consultas y controles por otras causas en los pacientes de edad pediátrica.

CARACTERIZACIÓN DE LOS USUARIOS Y CUIDADORES DEL PROGRAMA DE ATENCIÓN DOMICILIARIA Y CUIDADOS PALIATIVOS DE UN CENTRO DE SALUD FAMILIAR RURAL"

María Ignacia Pérez Garayar (1), Fabián Villarreal Zan (1), Marta Muñoz Gutiérrez (2)
(1) Médicos EDF CESFAM Malalhue, (2) Kinesióloga CESFAM Malalhue

INTRODUCCIÓN: Según el último CENSO realizado en Chile, la pirámide poblacional refleja el envejecimiento de la población, con un alza en la proporción de adultos mayores de 65 años. Esto conlleva el aumento de personas dependientes con los consiguientes gastos asociados en salud. **OBJETIVOS:** Caracterizar a los usuarios y sus respectivos cuidadores del programa de atención domiciliaria (PAD) y cuidados paliativos del CESFAM Malalhue. **MATERIAL Y METODO:** Se generó una base de datos utilizando el registro clínico electrónico de los usuarios que pertenecen al programa el 2021. **RESULTADOS:** El programa atiende a 22 usuarios, 8 hombres y 14 mujeres con una edad promedio de 72 años. 20 pacientes ingresaron por dependencia severa y 2 por cuidados paliativos. La dependencia está determinada en 1 paciente por disnea, en 4 por retraso mental, en 3 por discapacidad física, en 2 por secuelas de accidente cerebrovascular y en 10 por demencia. 2 usuarios tienen gastrostomía, 2 tienen colostomía, 1 tiene sonda Foley permanente y ninguno presenta escaras. 15 pacientes presentan polifarmacia, de los cuales 9 utilizan 6 o más medicamentos distintos. Los diagnósticos más prevalentes son Hipertensión Arterial (68%), Demencia (50%), Diabetes Mellitus II (36%), Hipotiroidismo (27%) y Epilepsia (18%).
Respecto a los cuidadores, 18 son mujeres y 4 hombres, 28% tiene sobrecarga intensa, su edad promedio es de 60 años.
CONCLUSIÓN y DISCUSIÓN: Los usuarios atendidos por el PAD constituyen un grupo con múltiples patologías y alta demanda en cuidados. Los distintos programas de atención domiciliaria debieran estar conformados por un equipo multidisciplinario capacitado que incluya el cuidado tanto del usuario como del cuidador. Además, se debe poner énfasis en la prevención de enfermedades asociadas a la postración y el desgaste de los cuidadores.

EVALUACIÓN DEL ESTADO DE SALUD EN FUNCIONARIOS DE UN CENTRO DE SALUD FAMILIAR

María Ignacia Pérez Garayar, Fabián Villarreal Zan
Médicos EDF CESFAM Malalhue

INTRODUCCIÓN: Dada la contingencia de salud actual el personal sanitario se ha visto exigido, teniendo que aumentar la carga laboral para cumplir con la demanda. En ese contexto resulta fundamental asegurar la salud del propio personal sanitario. **OBJETIVOs:** Caracterizar el estado de salud de los funcionarios del CESFAM Malalhue enfatizando sus factores de riesgo cardiovascular. **MATERIAL Y METODO:** Se realizó una evaluación médica que incluía la descripción de factores de riesgo cardiovascular y exámenes preventivos. No se pudo evaluar a los funcionarios que están con resguardo por la pandemia. **RESULTADOS:** Se evaluaron 62 funcionarios, 67% son mujeres y 32% hombres. El 43% era menor de 32 años, el 30% tenía entre 33 y 42, el 27% era mayor de 42 años. 77% tenía presión arterial normal y 23% alta, de los cuales 42% no estaba diagnosticado hipertenso. Un 72,6% tenía índice de masa corporal sobre el rango normal, 32,3% era obeso. El promedio de circunferencia de cintura era de 99 cm en hombres y 85 cm en mujeres. 74% de las mujeres tenían el Papanicolao vigente, 14% no vigente y 12% nunca se lo había realizado. 22% de los funcionarios fumaba, 61% bebía alcohol, 16% tenía Hipertensión Arterial (HTA), 8% Diabetes Mellitus 2 (DM2), 10% Hipotiroidismo y 14% Dislipidemia. Los funcionarios sin patologías se concentraban en los menores de 32 años. La HTA y DM2 se concentraba en los mayores de 53 años. **CONCLUSIÓN y DISCUSIÓN:** Una fracción importante de los funcionarios tenía factores de riesgo cardiovascular como obesidad, tabaquismo y presión arterial elevada. Llama la atención la falta de Papanicolao vigente en un cuarto de las mujeres. Reconocer este problema debiera ser uno de los primeros pasos para prevenir enfermedades cardiovasculares. Es de vital importancia evaluar la relación de nuestro trabajo con el sedentarismo y mala alimentación.

VÉRTIGO COMO SÍNTOMA DE PRESENTACIÓN DE EPILEPSIA: UN DESAFÍO DIAGNÓSTICO

Paulina Pérez Morales, Sebastián Saenz Schuffeneger, Carolina Segura Llanos, Valentina Núñez Pino
Médicos EDF Hospital San Agustín de Florida

INTRODUCCIÓN: El vértigo es un síntoma neurológico común, con una prevalencia a lo largo de la vida de 20-30% en la población general. Sin embargo, la epilepsia es una etiología poco frecuente en el vértigo, de difícil diagnóstico y la relación entre ambas no está tan clara. Según la literatura, el vértigo como PRESENTACIÓN de epilepsia ocurre en aproximadamente 8.4% de las epilepsias y es un poco más frecuente en población pediátrica que adulta. El foco epileptogénico más común que se presenta como vértigo es el lóbulo temporal (80%), seguido del lóbulo parietal, occipital y por último frontal. **OBJETIVOS**: evidenciar una PRESENTACIÓN poco frecuente de epilepsia, sumando una alternativa diagnóstica al vértigo a tener presente en la práctica clínica. **MATERIAL y MÉTODO**: Descriptivo. Reporte de un caso y breve revisión bibliográfica. **CASO CLÍNICO**: Paciente femenina de 58 años de edad con antecedentes de diabetes mellitus 2, hipertensión arterial y dislipidemia. Policonsultante por episodios de vértigo de aproximadamente 10 minutos de duración de unos 6 meses de evolución. Es estudiada y tratada inicialmente como vértigo periférico con difenidol, sin resultado. Finalmente, presenta un episodio de vértigo que es seguido por crisis generalizada tónico clónica con relajación de esfínteres. Por esta razón, es derivada a estudio por neurología, encontrándose en el electroencefalograma actividad epileptiforme de onda lenta y difusa en lóbulo temporal. Además, se realiza una RMN de cerebro que resulta sin alteraciones. Se inician fármacos antiepilépticos con resolución total de las crisis vertiginosas. **DISCUSIÓN y COMENTARIOS**: el vértigo es un síntoma muy prevalente en la práctica clínica habitual. Si bien la PRESENTACIÓN de crisis epilépticas manifestadas sólo como vértigo son raras y en este caso la paciente finalmente presenta una crisis generalizada tónico clónica, es importante tener en consideración que es una etiología posible para poder dar un tratamiento efectivo. No olvidar que es posible tener PRESENTACIÓN de crisis epilépticas sólo sintomáticas con vértigo, lo que conlleva claramente un desafío diagnóstico y que debe ser de manejo multidisciplinario, descartando otras etiologías más frecuentes de vértigo.

ESPONDILODISCITIS DE FOCO CUTÁNEO: REPORTE DE CASO

Cristóbal Adoni Pinar Pacheco (1), Patricio Andrés Araya Cortés (2), José Miguel Massardo Echeverría (2)
(1) Médico EDF CESFAM Curarrehue, Hospital Villarrica, (2) Médico EDF Hospital Villarrica;

INTRODUCCIÓN: La espondilodiscitis lumbar es la infección del cuerpo y el disco vertebral cuya clínica en fases iniciales se puede confundir fácilmente con otros cuadros de dolor lumbar de causa menor. Es necesario un elevado grado de sospecha clínica para evitar retrasar su diagnóstico, así como tener en cuenta la presencia de factores de riesgo que pudieran favorecer su DESARROLLO. La diseminación hematógena desde un foco remoto se considera la forma más frecuente de infección. La detección y el manejo precoces pueden evitar en gran parte la discapacidad que causa este cuadro. **CASO CLÍNICO**: Femenina de 24 años, con antecedente de obesidad y esteatosis hepática. En mayo 2020 inició dolor lumbar progresivo y acentuado con cambios de posición, sin fiebre ni síntomas neurológicos, consultando varias veces en urgencias con diagnostico de lumbago y con escalamiento progresivo de analgesia llegando hasta parches de buprenorfina. Con 3 semanas de dolor, RM informa “edema óseo de la plataforma inferior de L1 y en menor medida de L2” tras lo cual consultó a traumatólogo quien mantuvo analgésicos y agregó KNT. Durante primera sesión de KNT presenta dolor EVA 10/10 por lo que se hospitalizó para reevaluación destacando PCR 30mg/dL y VHS 49. Neurología solicitó ampliar el estudio de RM con secuencia T1 Gadolinio que informó “progresión del edema óseo que se refuerza tras administración de contraste”. Por sospecha de Espondilodiscitis se realizó biopsia ósea en pabellón la cual fue negativa para tuberculosis, con signos de proceso piógeno. Hemocultivos negativos. Se inició ATB empírico con Ceftriaxona y Cefazolina con buena respuesta luego de 28 días ev y finalmente 6 semanas antibióticos vo. Poco antes del alta la paciente informa que en marzo 2020 presentó celulitis de glúteo derecho tras inyección intramuscular anticonceptiva, la cual no había recibido tratamiento antibiótico y presentó resolución espontánea en 1 semana. Actualmente presenta leves limitaciones al esfuerzo físico y se mantiene en kinesioterapia. **CONCLUSIÓN**: El presente caso deja de manifiesto el alto índice de sospecha necesario para no retrasar el diagnóstico y así evitar la progresión de la infección y eventuales complicaciones asociadas. En paciente con lumbalgia aguda que reconsulta varias veces, aparentemente sin banderas rojas, no olvidar averiguar por infecciones previas, en especial cutáneas ya que precisamente el germen más frecuente es *Sthaphylococcus aureus.*

LATRODECTISMO ¿EN QUIÉNES PUEDE SER LETAL?

Cristóbal Pinar Pacheco (1), Manuel Irausquin Sánchez (2), María Ignacia Quiñones San Martin (3)
(1) Médico EDF CESFAM Curarrehue, Hospital Villarrica, (2) Médico Hospital Villarrica,
(1) Médica EDF CESFAM Quinto Centenario, Osorno

INTRODUCCIÓN: El Latrodectismo es producido por la mordedura de *Latrodectus mactans (LM)* que contiene α-latrotoxina, una neurotoxina que actúa aumentando la liberación de acetilcolina a nivel preganglionar, provocando una exagerada descarga de acetilcolina y norepinefrina en órganos efectores y produciendo así efectos simpáticos y parasimpáticos. Lo anterior, explica la variedad de PRESENTACIÓN del cuadro y que no sea posible su clasificación dentro de un toxisíndrome específico. La letalidad reportada es baja, entre 0 y 6% de los afectados, sin embargo, grupos de alto riesgo son personas con patologías cardiovasculares y/o respiratorias crónicas. **CASO CLÍNICO**: Hombre 41 años, hipertenso, diabético, obeso mórbido con insuficiencia cardíaca, fibrilación auricular paroxística y SAHOS. Inicia súbitamente dolor de fuerte intensidad en glúteo izquierdo acompañado de diaforesis, taquicardia, rash generalizado, y gran agitación psicomotriz posterior a picadura de insecto, identificado por fotografía como *LM*, ingresa directamente a sala de reanimación, hipertenso, taquicárdico, desaturando, crépitos bilaterales, muy agitado y con temblor generalizado, electrocardiograma y laboratorio iniciales normales, radiografía de tórax importante congestión pulmonar, se realiza manejo inicial del dolor con Ketorolaco 30mg y Fentanilo 100mcg en bolo, además diuréticos y vasodilatadores endovenosos. Por persistencia de agitación, se indica Lorazepam 4mg evolucionando con sedación importante, y episodios de apneas, se indica Flumazenil 1 amp EV con buena respuesta, sin embargo, posteriormente reinicia apneas profundas, desaturando 55%, nuevos laboratorios revelan AKI grado 3, CK total 1000, pH 6.8, Bicarbonato 33, se intubó, pero ingresó en paro cardíaco falleciendo tras 30 minutos de reanimación. **CONCLUSIÓN:** El Latrodectismo puede ser letal en personas con multimorbilidad cardiovascular al descompensar sus patologías de base. Además, se debe tener cuidado al administrar Benzodiacepinas junto a Opiáceos en pacientes obesos con SAHOS, incluso en dosis estándar, sin perjuicio de contar con los antídotos respectivos, estos pueden no ser suficientes para revertir sus efectos.

PARACOCCIDIOIDOMICOSIS CUTÁNEA: REPORTE DE UN CASO CLÍNICO.

Francisca Pineda Acuña (1), Cristian Mercado Salinas (2), Daniela Troncoso Coronado (3),
Regina Casz Schechtman (4)
(1) Médico EDF, Posta de Salud Rural Recinto, (2) Médico EDF, CGR Pueblo Seco,
(3) Residente 2°año Dermatología, Instituto Prof. R.D. Azulay Rio de Janeiro,
(4) Dermatóloga Instituto Prof. R.D. Azulay Río de Janeiro

INTRODUCCIÓN: La paracoccidioidomicosis (PCM) es una micosis profunda, causada por el paracoccidioides brasiliensis. Es endémica en zonas tropicales y subtropicales, desde México hasta Argentina. Se presenta con lesiones cutáneomucosas y fundamentalmente de las vías respiratorias. El diagnóstico se realiza por examen directo, cultivo y la histopatología. El tratamiento de elección es el itraconazol. Se presenta el caso de PCM cutánea en un adulto de mediana edad, que tuvo buena respuesta al tratamiento con Itraconazol. **MATERIAL Y METODO**: Se realiza revisión de ficha clínica de un paciente atendido en el Instituto de Dermatología Prof. Rubem David Azulay de Río de Janeiro. Se evalúa CASO CLÍNICO asociado a revisión de la literatura. **PRESENTACIÓN DEL CASO:** Paciente masculino, 64 años, jardinero, con antecedente de cáncer de próstata en tratamiento. Consultó por cuadro de 1 año de evolución, de lesión en 4to ortejo derecho. Al examen se observó lesión ulcerada interdigital en 4to ortejo derecho, con bordes netos y fondo con exudado seroso, friable, con macerado. El paciente traía resultado de biopsia, solicitada por médico general, la que informaba hiperplasia de epidermis con foco de ulceración asociado a intenso proceso inflamatorio crónico y proliferación vascular. Presencia de elementos fúngicos levaduriformes pequeños en el interior de células gigantes multinucleadas compatibles con esporotricosis. En el servicio de dermatología se solicitó estudio micológico directo con cultivo el que resultó positivo para PCM. Se solicitaron estudios de laboratorio y radiografía de tórax, que resultaron normales. Con diagnóstico de PCM del adulto, se inició tratamiento con itraconazol 200 mg/día. **RESULTADO**: Al control, se observa importante mejoría de la lesión, sin dolor ni prurito. Actualmente continúa con Itraconazol 200 mg/ día, con buena respuesta y remisión de la lesión. **DISCUSIÓN:** La PCM, es una micosis sistémica de evolución subaguda o crónica. Prevalece en hombres adultos que realizan tareas rurales. El espectro clínico depende de la inmunidad del paciente siendo la forma más frecuente la PCM crónica del adulto. El órgano más afectado es el pulmón, seguido por las lesiones mucocutáneas y, en menor medida, el compromiso ganglionar. El tratamiento de elección es el itraconazol 100-400 mg/día por 6 a 9 meses en las formas leves y en las formas moderadas por 12 a 18 meses. No obstante, la duración del tratamiento dependerá de la respuesta clínica, serológica y micológica. La PCM representa un desafío diagnóstico para el dermatólogo, de ahí la importancia de conocer sus manifestaciones clínicas, para llegar a un diagnóstico temprano y tratamiento oportuno.

SARNA COSTROSA (NORUEGA): CASO CLÍNICO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA.

Francisca Pineda Acuña (1), Pamela Vergara Pinto (2), Daniela Troncoso Coronado (3), David Rubem Azulay (4)
(1) Médico EDF, Posta de Salud Rural Recinto, (2) Médico EDF, Hospital El Carmen,
(3) Residente 2°año Dermatología, Instituto Prof. R.D. Azulay, Rio de Janeiro,
(4) Dermatólogo, Instituto Prof. R.D. Azulay, Río de Janeiro

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS: La escabiosis más conocida como sarna es una parasitosis de la piel, producida por el ácaro sarcoptes scabiei. La sarna noruega (SN) es una forma clínica generalizada, poco frecuente, muy contagiosa, y difícil de tratar. Se presenta en inmunodeprimidos, pacientes con mala higiene y en situación de calle. Se caracteriza por escamas y costras grisáceas y gruesas, en palmas y plantas. Hay engrosamiento ungueal y prurito es escaso. Presentamos un caso de SN clásica, describimos la clínica y destacamos la utilidad de la ivermectina combinada con agentes tópicos en el tratamiento. **MATERIAL Y METODOS:** Se realiza revisión de ficha clínica de paciente atendido en el Instituto de Dermatología Prof. Rubem David Azulay de Río de Janeiro. Se evalúa CASO CLÍNICO asociado a revisión de la literatura. **PRESENTACIÓN DEL CASO:** Paciente femenino, 55 años, fototipo V, con antecedentes de hipertensión arterial y diabetes mellitus tipo 2 en tratamiento, consulta en servicio de dermatología por cuadro de 4 meses de prurito generalizado. Refiere haber seguido múltiples tratamientos, sin mejoría clínica. Fue tratada con ivermectina oral, bilastina y desloratadina en conjunto con tratamiento tópico con furoato de mometasona en crema, clobetasol, benzoato de bencilo 10% y antimicóticos tópicos sin respuesta satisfactoria. Al examen físico se observan múltiples pápuloplacas descamativas con signos de liquenificación, costras y excoriaciones en región glútea, miembros inferiores, axilas, brazos, abdomen, tronco y lesiones papulosas en región facial. En la dermatoscopía se observaron surcos con estructuras triangulares marrón oscuro en los extremos "signo del ala delta". Se realizó ácaro test con raspado de las lesiones epidérmicas y observación de Sarcoptes scabiei a la microscopía. Se inició tratamiento con Ivermectina oral en esquema de 200ug/kg día en los días 1, 2,8,9,15,22 y 29, en asociación con permetrina tópica al 5%. Se educó en cuando a medidas de higiene, aislamiento de contactos en domicilio y se indicó tratamiento oral con ivermectina a todos los contactos domiciliarios. **RESULTADOS**: Luego de una semana de tratamiento, se observó disminución importante del prurito. Y finalizado el ciclo de 29 días se observó mejoría clínica de las lesiones con hipercromía residual de las mismas. **DISCUSIÓN:** La sarna noruega es una forma particular de sarna que se caracteriza por la gran cantidad de ácaros que albergan las lesiones (miles por centímetro cuadrado de piel afectada); lo que explica su contagiosidad. Por lo general su diagnóstico es tardío y representa un reto, debido a su baja frecuencia y manifestación atípica. El diagnóstico no invasivo con acaro-test y KOH al microscopio es fácil rápido y económico al igual que la dermatoscopía. Con respecto al tratamiento, se obtienen mejores RESULTADOS al combinar la ivermectina con algún tratamiento tópico, como benzoato de bencilo o permetrina al 5%.

VASCULOPATÍA LIVEDOIDE SECUNDARIA A SÍNDROME DE ANTICUERPOS ANTIFOSFOLÍPIDOS: REPORTE DE UN CASO CLÍNICO.

Francisca Pineda Acuña (1), Cristian Mercado Salinas (2), Daniela Troncoso Coronado (3), Fabiano Leal (4)
(1) Médico EDF Posta de Salud Rural Recinto, (2) Médico EDF, CGR Pueblo Seco,
(3) Residente 2°año Dermatología, Instituto Prof. Rubem David Azulay (IDPRDA) Rio de Janeiro (RJ).
(4) Dermatólogo IDPRDA, (RJ).

INTRODUCCIÓN: La vasculopatía livedoide (o atrofia blanca) es una enfermedad infrecuente que se presenta principalmente en mujeres de edad media. Se caracteriza por úlceras purpúricas dolorosas con patrón reticular, que afectan miembros inferiores (MMII). Su etiología es desconocida, pero se puede clasificar en formas primarias (sin patología asociada) y secundarias, ambas con un componente trombótico. Se describe un caso de vasculopatía livedoide y parte de su tratamiento y evolución. **MATERIAL Y METODO:** Se realiza revisión de ficha clínica de una paciente atendida en el Instituto de Dermatología Prof. Rubem David Azulay de Río de Janeiro. Se evalúa CASO CLÍNICO asociado a revisión de la literatura. **PRESENTACIÓN DEL CASO:** Paciente femenina, 57 años, antecedente de virus de la inmunodeficiencia humana en tratamiento hace 2 años y accidente cerebrovascular hace 4 años. Consultó por cuadro de 2 meses de úlceras dolorosas y pruriginosas en MMI. Al examen se observaron úlceras redondeadas en MMII, de fondo fibrinoso, con piel liquenificada y manchas hipocrómicas alrededor. Biopsia compatible con vasculitis livedoide. Ecodoppler venoso de MMII resultó normal. Se inició tratamiento con curaciones seriadas, aspirina 100 mg 1 comprimido al día y Pentoxifilina 400 mg 1 cada 12 horas, que luego de 1 semana se aumentó a 1 cada 8 horas. Además, se solicitaron exámenes de laboratorio en los que destacaba perfil bioquímico y hemograma normales, anticuerpos antinucleares negativo, inmunoglobulinas IgG, M, A normales, anticuerpos anticardiolipinas negativo. Factor reumatoideo negativo y anticuerpo anticoagulante lúpico elevado, por lo que se derivó a reumatología con diagnóstico vasculopatía livedoide secundaria a síndrome de anticuerpos antifosfolípidos. **RESULTADO**: Al control del mes, la paciente presentó mejoría en las lesiones y disminución del dolor y prurito. Actualmente continúa en control en el servicio de Dermatología y Reumatología. **CONCLUSIÓN:** La vasculopatía livedoide es una entidad infrecuente y de patogenia no aclarada. El evento primario sería una vasculopatía oclusiva de la microvasculatura, asociado a mecanismos inmunológicos que tampoco están claros, ya que se relacionan a patologías autoinmunes. La alteración local de la coagulación se evidencia con la formación de trombos de fibrina en los vasos de la dermis superficial. Ello se acompaña de vasoespasmo de las arteriolas pequeñas responsable del livedo reticular característico. Frente a un paciente con lesiones características de vasculopatía livedoide se recomienda biopsia. Al confirmarse el diagnóstico se recomienda un estudio completo de hipercoagulabilidad con el fin de descartar o confirmar un origen primario y poder orientar el manejo terapéutico. Hasta la fecha no existe consenso respecto al tratamiento.

CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN BAJO CONTROL EN PROGRAMA DE HIPOTIROIDISMO EN CESFAM CONFRATERNIDAD Y SU COMORBILIDAD CON PATOLOGÍA CARDIOVASCULAR.

Sharon Pineda Flores (1), Constanza Peñaloza González (2), Cristopher Quezada Medina (3)
(1) Médica EDF CESFAM Confraternidad, (2) Médica EDF, CESFAM Padre Joan Alsina,
(3) Médico EDF CESFAM Raúl Brañes

INTRODUCCIÓN: El hipotiroidismo es considerado un factor de riesgo cardiovascular, ya que, produce disminución de la utilización de oxígeno y nutrientes, generando una disminución del gasto cardíaco, frecuencia cardiaca, aumento en la resistencia vascular periférica, causando hipertensión arterial (HTA) diastólica en un 20-40% de los pacientes, bradicardia, dislipidemia (DLP) en un 56%, enfermedad coronaria, entre otros. **OBJETIVO:** Caracterizar a los pacientes con hipotiroidismo y evaluar la prevalencia de patología cardiovascular. **MATERIAL Y METODO**: se realizó un trabajo observacional descriptivo de una muestra de pacientes del programa de hipotiroidismo del CESFAM Confraternidad. que consta de 315 pacientes (hombres=24, edades entre 19 y 90 años, promedio 64 años). Se extrae una muestra aleatoria de 174 pacientes (hombres=12, edades entre 21 y 87, promedio 57 años), calculado con nivel de confianza de 95%, y margen de error de 5%. Se revisa ficha clínica de los usuarios para observar presencia de diagnóstico de HTA, DLP, y Diabetes mellitus tipo 2 (DM2). **RESULTADOS y CONCLUSIONES:** De la muestra observada, un 68,5% (n=120) de los pacientes tiene una o más patologías cardiovasculares: HTA 61%, (valor sobre la media poblacional mundial), DM2 35%, DLP 52% (acorde a estadística general). **DISCUSIÓN:** Se observa que 2⁄3 de los pacientes del programa presenta enfermedad cardiovascular (ECV), lo cual está por sobre la media universal, lo que realza la importancia de buscar otros factores que estén aumentando su incidencia. Dado su alta prevalencia, se propone en el centro de salud, que cada vez que se realice el diagnóstico de hipotiroidismo debe buscarse ECV y viceversa, realizando bateria de examenes completa para ambas entidades. Durante su atención hacer énfasis en medidas de prevención y promoción de vida saludable, y educar a los pacientes que la falta de control y adherencia a tratamiento de hipotiroidismo incidirá en su salud cardiovascular.

ENFERMEDAD DE PARKINSON (EP) Y SALUD MENTAL (SM) EN ATENCIÓN PRIMARIA

Sharon Tamara Pineda Flores (1), Macarena Janet Fernández Barrientos (2), Paulina Alejandra Yanine Acuña (3)
(1) Medica EDF CESFAM Confraternidad, (2) Medica EDF CESFAM Padre Esteban Gumucio.
(3) Medica EDF CESFAM Eduardo Frei Montalva

INTRODUCCIÓN: A nivel mundial la Enfermedad de Parkinson tiene una prevalencia de 0.3% en mayores de 40 años. Dada su etiología y fisiopatología, los síntomas neuropsiquiátricos se encuentran entre el 20 a 40% de los pacientes, asociándose a trastornos afectivos, ansiosos, cognitivos, del sueño, delirios, demencias, etc. En este contexto, la pesquisa precoz de estas comorbilidades contribuye a mejorar la calidad de vida del paciente, ya deteriorada por el trastorno motor. **OBJETIVOs:** Caracterizar la población de pacientes con Parkinson que han requerido prestaciones de salud mental, objetivando la relación entre EP y comorbilidad psiquiátrica. **MATERIAL Y METODO:** Se realizó un estudio observacional descriptivo de 20 fichas clínicas, equivalentes al total de pacientes con EP del CESFAM Confraternidad. Se obtuvieron datos de los últimos 2 años tales como: edad, sexo, patología psiquiátrica, tratamiento farmacológico de SM, psicoterapia y comorbilidades. Incluyendo a hombres y mujeres entre 53-84 años. **RESULTADOS y CONCLUSIONES:** Se obtuvo una prevalencia de 0.08%, de los cuales 55% son mujeres y 45% son hombres. El 30% de los pacientes con Parkinson presenta alguna patología de SM, de ellos un 40% tiene prescrito tratamiento de SM, pero sólo un 15 % mantiene controles con médico de SM, 15% adhiere a psicoterapia ,5% tiene tratamiento de SM sin diagnóstico de patología psiquiátrica. Nuestra prevalencia está por debajo de lo esperado, pudiendo existir un subdiagnóstico. Por otro lado, la prevalencia de patología psiquiátrica en EP está acorde al parámetro mundial, pero su tratamiento con dupla psico-médica es subóptima. **DISCUSIÓN:** Es necesario capacitar al equipo de salud para aumentar el diagnóstico y detección precoz de EP e indicar que sean derivados para evaluación de SM, ya que, al menos un tercio presentará patología psiquiátrica y así iniciar psicoterapia y/o tratamiento médico, con el fin de mejorar la calidad de vida.

SOSPECHA DE SÍNDROME POST- POLIOMIELITIS EN APS, A PROPÓSITO DE UN CASO

Sharon Tamara Pineda Flores (1) Constanza Peñaloza González (2), Cristopher Eduardo Quezada Medina (3),
Natalia Andrea Arce González (1)
(1) Médica EDF CESFAM Confraternidad, (2) Medica EDF CESFAM Padre Joan Alsina,
(3) Médico EDF CESFAM Raúl Brañes

INTRODUCCIÓN: La poliomielitis, es una enfermedad causada por virus polio. Fue la principal causa de morbimortalidad mundial en la primera mitad del siglo 20. Sus síntomas incluyen: fiebre, odinofagia, cefalea, fatiga, mialgias y parálisis flácida. De los supervivientes de la forma aguda paralítica, un 50% queda con debilidad persistente. El síndrome post poliomielitis (SPP) se describe como un nuevo cuadro de debilidad progresiva, atrofia y fatigabilidad inexplicables por otra causa, 15 años o más desde la infección aguda. Sin causa específica conocida, se describen teorías: persistencia del poliovirus en tejido neural, degeneración de unidades motoras reinervadas, o destrucción neural autoinmune. Su manejo es sintomático con intervenciones multidisciplinarias que contemplen terapia física, ocupacional y fonoaudiológica si hay trastorno deglutorio asociado. **CASO CLÍNICO**: Usuaria de 42 años sin enfermedades crónicas conocidas. Acude luego de múltiples consultas en atención primaria (AP) por cuadro de 8 meses de fatiga, dolor y debilidad progresivos en manos y piernas. Evoluciona hace 3 meses con dolor en ambas rodillas y tobillos, y en últimos 2 meses agrega episodios de desequilibrio y caídas frecuentes. Dentro de los antecedentes recabados destaca haber sufrido poliomielitis a los 9 años caracterizada por parálisis flácida leve de extremidades inferiores, recuperada. Examen físico: afebril, piel sana, extremidades sin signos inflamatorios, rangos articulares conservados, debilidad muscular distal, leve atrofia muscular de extremidades, fasciculaciones, hipotonía e hiporreflexia. Cuenta con hemograma, perfil tiroideo, factor reumatoideo, CK, orina completa y bioquímico normales. Electromiografía: Daño axonal crónico de extremidades inferiores. Se ofrecen medidas sintomáticas, derivación a sala de rehabilitación y Neurología para completar estudio y manejo. **CONCLUSIÓN**: Aunque es poco común en nuestro país, el SPP debe considerarse en pacientes que cumplen criterios clínicos y antecedentes mórbidos concordantes, para asegurar abordaje integral, destacando el apoyo de fisiatría y fonoaudiología, profesiones de difícil acceso desde AP en nuestro medio.

ENFERMEDAD DE PAGET VULVAR, DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL IMPORTANTE DE CONOCER, REPORTE DE UN CASO

Constanza Pino Díaz (1), Darien Riquelme Reyes (1), Javier Contreras Ebner (2)
(1) Médicos EDF Hospital Comunitario San Juan de Dios, Vicuña, (2) Médico EDF CESFAM Cirujano Guzmán, Iquique

INTRODUCCIÓN: La enfermedad de Paget extramamaria es un tumor epitelial maligno (adenocarcinoma). Se encuentra principalmente en axilas, ingle, periné y genitales (menos del 1% de todas las neoplasias vulvares). Su relevancia radica en su relación con algún cáncer adyacente, siendo anexial en 24-33% y visceral en 12-15% de los casos (principalmente gastrointestinal, urinario y periano). A continuación, se presenta el caso de una paciente con el brusco diagnóstico de un cáncer subyacente a su condición vulvar. **PRESENTACIÓN DEL CASO**: Paciente femenina de 84 años, con antecedentes de hipertensión arterial, hipotiroidismo, dislipidemia y enfermedad de paget vulvar (sin seguimiento ginecológico tras 8 años), durante su larga estadía hospitalaria para rehabilitación de una fractura de cadera operada, se observa hematuria macroscópica intermitente, anemia normocrómica moderada y 3 meses después una brusca y progresiva caída de la función renal (desde etapa 2 a 5 en 2 semanas). Tras esto, evoluciona con retención aguda de orina, y necesidad de instalación de cistostomía de urgencia, dado vía urinaria de muy difícil acceso. Se realiza una tomografía axial computarizada (TAC) de abdomen y pelvis sin contraste, destacando severa hidroureteronefrosis bilateral sin poder observar claramente imágenes de alta densidad obstructivas, dado ausencia de contraste. Posteriormente, retorna a su unidad de origen para manejo conservador, donde finalmente a los pocos días fallece. **DISCUSIÓN:** Siempre que se presenta una lesión genital es importante hacer seguimiento y considerar los diagnósticos diferenciales y posibles riesgos asociados, tales como recidivas o una neoplasia oculta adyacente. En este caso, pese a ser una adulta de edad avanzada, la lesión típica eritematosa, rugosa y con erosiones activas, sumado a la observación de hematuria y anemia, debe reforzar la idea de una rápida derivación en búsqueda de una neoplasia visceral y a la vez un seguimiento periódico por ginecología.

ENFISEMA SUBCUTÁNEO CERVICO-FACIAL EXTENSO NO TRAUMÁTICO, REPORTE DE UN CASO.

Constanza Pino Díaz (1), Darien Riquelme Reyes (1), Javier Contreras Ebner (2)
(1) Médicos EDF Hospital Comunitario San Juan de Dios, Vicuña, (2) Médico EDF CESFAM Cirujano Guzmán, Iquique

INTRODUCCIÓN: El enfisema subcutáneo es definido como la presencia de gas o aire en el plano del tejido subcutáneo. A menudo ocurre tras procedimientos quirúrgicos torácicos. En la mayoría de los casos se debe a la fuga de aire del parénquima pulmonar y es autolimitado, no requiriendo tratamiento específico. Por otra parte, el enfisema subcutáneo masivo debe ser tratado para mejorar las molestias y prevenir las complicaciones respiratorias. A continuación, se reporta el extraño caso de una paciente con antecedente de enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) que abruptamente presentó un extenso enfisema cérvico facial que provocó grave insuficiencia respiratoria aguda. **PRESENTACIÓN DEL CASO**: Paciente femenina de 78 años con antecedentes de hipertensión arterial (HTA), hipotirodismo, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) de larga data y sospecha de enfermedad pulmonar intersticial difusa (EPID), en tratamiento inhalado y con uso de oxígeno domiciliario nocturno, fue hospitalizada tras tercera neumonía adquirida en la comunidad (NAC) en el año. Pese a completar tratamiento de soporte-antibiótico por 10 días y mejoría de parámetros inflamatorios, persiste con disnea de mínimos esfuerzos y oxígeno vespertino, hasta que bruscamente presenta dolor en tronco anterior, crepitaciones a la palpación, acelerado aumento de volumen facial completo y marcada dificultad respiratoria. Se traslada urgente a unidad de cuidados intensivos (UCI), donde se inicia soporte y manejo invasivo de vía aérea. Tomografía axial computarizada (TAC) de tórax indica enfermedad pulmonar difusa tipo fibrosis reticular patrón morfológico no UIP, moderado neumomediastino, leve neumotórax bilateral y extenso enfisema subcutáneo cervicotorácico. Días después, pese a manejo intensivo, fallece por insuficiencia respiratoria aguda y falla multiorgánica. **DISCUSIÓN**: Este reporte de caso, si bien recuerda que patologías pulmonares crónicas avanzadas tales como EPOC, fibrosis quística o tumores pulmonares, se pueden asociar con fugas menores de aire pulmonar hacia estructuras adyacentes, existen casos que son fatales dado que una gran fuga de aire en masa puede restringir la expansión torácica y/o vía aérea en sí misma. Ahora bien, pese a que ha habido éxito con incisiones infraclaviculares, drenajes subcutáneos y soporte ventilatorio, lamentablemente no hay gran evidencia y/o experiencia suficiente en eventos masivos abruptos como el caso reportado.

VÉRTIGO SECUNDARIO A FÍSTULA PERILINFÁTICA, REPORTE DE UN CASO
Gabriel Pino Silva (1), Camila Navarrete Poblete (2)
(1) Médico EDF Hospital de Coelemu, (2) Médico EDF CESFAM Violeta Parra

INTRODUCCIÓN: La fístula perilinfática corresponde a una comunicación anormal entre el oído interno y oído medio o mastoides, secundario a un defecto óseo en la cápsula ótica, ventana oval o ventana redonda. Se ha descrito en contexto traumático, de aparición espontánea o congénita, ésta última asociada con malformaciones de oído medio. Provoca inestabilidad que suele aumentar con la actividad, además de mareo y nauseas. **OBJETIVOs:** Se presenta el siguiente caso para dar a conocer una causa infrecuente de vértigo. **MATERIAL y MÉTODO:** Revisión de literatura y descripción del caso. **PRESENTACIÓN DEL CASO:** Paciente masculino de 50 años, sin antecedentes mórbidos, consulta en policlínico por vértigo, tinitus, náuseas, vómitos e hipoacusia que inicia posterior a contusión craneana que ocurre hace dos días. Al examen físico destaca nistagmo con fase rápida a derecha, Weber que lateraliza a izquierda, Rinne (+) a derecha. Se deriva a hospital de referencia en donde se realiza audiometría que muestra hipoacusia sensorioneural derecha, además TC de oído que muestra hallazgos compatibles con fístula perilinfática de oído derecho. Se realiza manejo quirúrgico, logrando remisión de cuadro clínico a los dos meses desde que se realizó la intervención quirúrgica. **DISCUSIÓN:** La fístula perilinfática es una entidad poco conocida, que debe ser sospechada en pacientes con antecedente de trauma que evolucionan con mareo, náuseas, vértigo e hipoacusia, en ocasiones pueden presentar síntomas neurovegetativos. Este cuadro clínico puede aparecer de forma inmediata, presentando una clínica evidente, o puede presentarse solo con síntomas leves e intermitentes. La audiometría de tonos puros puede mostrar hipoacusia sensorioneural o mixta (cuando hay daño de la cadena osicular). El examen de elección es la tomografía computarizada que tiene un mayor rendimiento para la detección de lesiones óseas. Sin embargo, el diagnóstico de certeza es intraoperatorio al observar salida de perilinfa. Su pronóstico es variable, puede remitir completamente el cuadro clínico a las 4 – 6 semanas, aunque en otros casos puede mantenerse por varios meses, incluso la pérdida auditiva puede ser permanente. Por esta razón, frente a todo antecedente traumático de oído con un cuadro clínico sugerente se debe sospechar una fístula perilinfática y diagnosticar y tratar precozmente para evitar las posibles secuelas auditivas que puede generar.

DERRAME PLEURAL COMO PRESENTACIÓN DE LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO (LES)
José Pino Aracena, Mackarena Otárola Mendoza, Ignacio Gutiérrez Chandía
Médicos EDF Hospital de Yumbel

INTRODUCCIÓN: El lupus eritematoso sistémico es una enfermedad de causa desconocida cuya base fisiopatológica se basa en una perdida de la tolerancia a los antígenos propios que depende de distintos factores. Presenta una prevalencia de 40 en 100.000 habitantes en pacientes blancos caucásicos y aumenta en caso de pacientes afroamericanos. El espectro clínico es amplio, pudiendo variar desde formas cutáneas leves hasta multiorgánicas con compromiso vital. Una de las posibles manifestaciones clínicas es la pleuritis, que se puede encontrar en un 50% de los pacientes, presentándose como un dolor costal pleurítico uni o bilateral, en algunos casos con derrame pleural con características de exudado de predominio linfocitario, con glucosa conservada y ADA elevado. **CASO CLÍNICO:** Paciente femenina de 33 años, con antecedentes de artritis reumatoide en tratamiento con hidroxicloroquina 200 mg/día y prednisona 10 mg/día, consulta en unidad de emergencias por cuadro de 1 día de evolución de dolor pleurítico izquierdo que aumenta con la inspiración y con la posición de decúbito supino, sin otros síntomas asociados, sin hallazgos al examen físico, se solicita radiografía de tórax que evidencia derrame pleural mínimo a nivel de receso costocondral izquierdo. Se solicitan exámenes de laboratorio donde destacan Hb: 8,34 g/dl; Gb: 5530 /uL; Plaquetas: 701.000 /uL; PCR: 119 mg/ dl; LDH: 224 U/L; Dimero D: 2592 ng/mL. Se realiza toracocentesis que presenta características de exudado con predominio mononuclear (90%), proteínas: 40,3 g/L; glucosa: 59 mg/dL, LDH: 853 U/L. Es derivada a hospital base para continuar estudio, en donde se realiza Angiotac de tórax: sin signos de tromboembolismo pulmonar, derrame pleural izquierdo moderado. Exámenes: VIH: (-); VDRL: (-); HBsAG: (-); VHC: (-); PPD: (-); ANA: (+) (1/320 patrón moteado); Anti DNA: (+); Anti RO: (+); Anti SM: (+); Anti RNP: (+); Anti cardiolipinas: (+); C3: 0,4 g/L; C4: 0,1 g/L. Se toma nueva muestra de toracocentesis que se informa como exudado de predominio mononuclear, ADA: 49 U/L, baciloscopia (-), PCR GeneXpert TBC: (-). Es evaluada por equipos de broncopulmonar y reumatología, a quienes les impresiona derrame pleural secundario a LES de reciente diagnóstico, por lo que se inicia azatioprina 50 mg/día y se aumenta la dosis de hidroxicloroquina a 300 mg/día y prednisona 20 mg/día, además inician tratamiento antituberculosis por características de líquido pleural. La paciente evoluciona favorablemente por lo que es dada de alta con controles en forma ambulatoria. **DISCUSIÓN:** El médico general debería tener amplio conocimiento de esta enfermedad y de sus tipos de PRESENTACIÓN clínica, ya que es una patología que necesita un alto índice de sospecha. De esta forma se puede realizar una correcta derivación y así poder tener una evaluación pronta por especialidad y eventual inicio de tratamiento, lo que podría disminuir significativamente la morbi-mortalidad en estos pacientes.

PSICOSIS PUERPERAL EN CONTEXTO DE CONFINAMIENTO SANITARIO, A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO.

Claudia Pinto Peña (1), Jimena Matallana Pastén (2), Katherine Torres Álvarez (3), Loreto Madrid Peña (4)
(1) Médico EDF CESFAM Chonchi, (2) Médico EDF, CESFAM San Felipe El Real
(3) Médico EDF CESFAM Catemu, (4) Interna Universidad de Valparaíso

INTRODUCCIÓN: El cuadro de Psicosis Puerperal se recoge actualmente en el DSM-V como "Trastorno Psicóticos Breve, con inicio en el posparto". Existen múltiples factores biológicos y psicosociales asociados al DESARROLLO de una psicosis en el puerperio; y seguramente la combinación de varios de ellos en la misma persona, sea el desencadenante del episodio psicótico. Por otro lado, la pandemia de COVID19 ha generado factores de estrés psicosocial como resultado directo o indirecto de las medidas sanitarias establecidas para combatir el virus, lo que se ha visto provoca fuerte impacto en la salud mental de la población. **OBJETIVO**: Ejemplificar a través de un CASO CLÍNICO, el impacto en la salud mental producido la pandemia COVID19. **CASO CLÍNICO:** Paciente de 40 años, multípara de cuatro hijos, cursa último embarazo en periodo enero a septiembre del 2020. Sin antecedentes personales o familiares de salud mental destacables, sin hábitos tóxicos ni antecedentes mórbidos de relevancia. Queda desempleada durante contingencia sanitaria al igual que su pareja, nivel socioeconómico bajo que empeora con el desempleo, además de muy escasa red de apoyo familiar y social, lo que se ve exacerbado por el confinamiento sanitario durante embarazo y post parto inmediato. A los 11 días postparto, inicia sintomatología caracterizada por inestabilidad anímica, labilidad emocional, angustia intensa e insomnio persistente de conciliación y mantención. Una semana después progresa a desorganización del pensamiento, alucinaciones visuales y auditivas, ideas paranoides hacia el entorno y pareja respecto al cuidado del recién nacido, así como también gestos auto y heterolesivos. Es pesquisada en APS y derivada vía urgencias a atención secundaria, donde durante periodo de hospitalización se logra estabilización con antipsicóticos y antidepresivos y es referida posteriormente a APS para seguimiento médico y psicosocial estrecho del caso. **DISCUSIÓN:** Si bien en este caso no se identifican factores genéticos o biológicos predisponentes para psicosis puerperal como los descritos en la literatura, sí se reconocen importantes estresores psicosociales y familiares, potenciados por el estado de emergencia sanitaria que una pandemia conlleva, pudiendo influir significativamente en el DESARROLLO del cuadro clínico.

SINDROME DE OCUPACIÓN PLEURAL: HIDROTÓRAX HEPÁTICO, REPORTE DE UN CASO.

Fernanda Pizarro Pennarolli (1), Alejandra Jensen Heresi (1), Valentina Belmar Korsholm (2), Catalina Pizarro Pennarolli (3)
(1) Médico EDF Cesfam Pablo de Rokha, (2) Médico EDF Cesfam Los Quillayes,
(3) Interna Kinesiología Universidad de Chile

INTRODUCCIÓN: El daño hepático crónico (DHC) es una patología con múltiples causas, siendo las más frecuentes alcohol y esteatosis hepática, alcanzando prevalencias de 2.8% con un gran subdiagnóstico. Se asocia a gran número de complicaciones sistémicas, con alta carga de enfermedad, traduciéndose en hospitalizaciones y potencial mortalidad.
CASO CLÍNICO: Consulta en servicio de urgencias paciente de sexo femenino, 51 años, con antecedentes de DHC por alcohol Child C, hipertensión arterial y diabetes mellitus 2 no insulinorrequiriente en tratamiento, hábito alcohólico suspendido hace 1 mes, hospitalización reciente por DHC descompensado con hemorragia disgestiva alta variceal e hidrotórax derecho. Refiere cuadro de 3 días de aumento de perímetro abdominal asociado a disnea y edema de extremidades inferiores. Ingresa normotensa 110/76, saturando 94% ambiental con frecuencia respiratoria 18, destaca ictericia leve, murmullo pulmonar abolido en hemitórax derecho, ascitis grado 3 y signos de circulación colateral. Al laboratorio destaca bilirrubina total 2.76, bilirrubina directa 1.65, albúmina 3.2, PCR 4, leucocitos 4000, plaquetas 75000, INR 2.24, radiografía de tórax con velamiento de campo pulmonar derecho. Se realiza paracentesis diagnostica descartando peritonitis bacteriana espontánea, luego paracentesis evacuadora, se decide ajuste de terapia depletiva para manejo de hidrotórax con buena respuesta. **DISCUSIÓN:** El hidrotórax hepático ocurre en pacientes con hipertensión portal, siendo una complicación poco frecuente en daño hepático crónico, en cuyo caso se asocia a la presencia de ascitis y suele ser de escasa cuantía, afectando mayoritariamente el lado derecho (70-85% de los casos). La clínica corresponde a la de un síndrome de ocupación pleural, cuyos síntomas dependerán de la cuantía del derrame. **CONCLUSIÓN:** Es importante considerar el hidrotórax hepático como diagnóstico diferencial de derrame pleural en pacientes con un cuadro con compromiso unilateral, particularmente en presencia de signos de hipertensión portal.

DISNEA SÚBITA: TROMBOEMBOLISMO PULMONAR ASOCIADO A NEUMOTÓRAX ESPONTÁNEO, REPORTE DE UN CASO.

Fernanda Pizarro Pennarolli (1), Alejandra Jensen Heresi (1), Valentina Belmar Korsholm (2), Catalina Pizarro Pennarolli (3)
(1) Médico EDF Cesfam Pablo de Rokha, (2) Médico EDF Cesfam Los Quillayes,
(3) Interna Kinesiología Universidad de Chile

INTRODUCCIÓN: La disnea es un motivo de consulta frecuente en urgencias actualmente, sin embargo, se hace relevante establecer su patrón, ya que orienta a distintas causas. La disnea súbita orienta a patologías específicas como el tromboembolismo pulmonar (TEP), neumotórax espontáneo y obstrucción de vía aérea, debiendo ser estudiada de manera oportuna por sus posibles complicaciones. **CASO CLÍNICO:** Consulta en SAPU paciente de sexo masculino, 69 años, sin antecedentes, tabaquismo IPA 50, por disnea de 5 horas de evolución y dolor torácico. Se describe PA 214/140, saturando 65% ambiental, con crepitaciones finas, por lo que se deriva al hospital como sospecha de edema pulmonar agudo. Ingresa 164/109, saturando 92% con mascarilla reservorio a 15 litros, murmullo pulmonar disminuido en hemicampo derecho. Al interrogatorio refiere disnea de inicio súbito y dolor tipo puntada. AngioTAC muestra neumotórax extenso a derecha asociado a tromboembolismo pulmonar ipsilateral y enfisema. Se maneja con pleurostomía y anticoagulación, evolucionando de manera satisfactoria hasta el alta. **DISCUSIÓN:** La disnea es responsable de un alto porcentaje de consultas en urgencias, con gran cantidad de hospitalizaciones y mortalidad, pudiendo ser de origen cardiaco, respiratorio, metabólico o psicógenas. El neumotórax espontáneo se presenta principalmente en 2 grupos etáreos: jóvenes con hábito leptosómico y adultos mayores de 60 años con patología pulmonar como enfermedad pulmonar obstructiva crónica, tuberculosis pulmonar, pneumocystis jirovecii o fibrosis quística (FQ). Por otro lado, el tromboembolismo pulmonar tiene una gran relevancia dada su incidencia anual de 60 - 70 casos por 100.000 habitantes con una alta mortalidad (tercera causa de muerte cardiovascular, 15% muertes post operatorias). **CONCLUSIÓN:** Ambas patologías presentan cuadros clínicos similares por lo que, pese a ser infrecuente, se deben considerar en el diagnóstico diferencial y recordar la posibilidad de coexistencia de ambas entidades.

TUBERCULOSIS PLEURAL, UN DESAFÍO DIAGNÓSTICO. A PROPÓSITO DE UN CASO

José Ignacio Pizarro Vidal (1), Alexander Williamson Barboza (2), Alexis Ramos Arias (3), Valentina Rivillo Arcaya (1)
(1) Médico EDF CESFAM Eugenio Petruccelli Astudillo, Arica, (2) Médico EDF Postas Rurales de San Miguel de Azapa, Arica, (3) Médico EDF CESFAM Amador Neghme, Arica

INTRODUCCIÓN: La tuberculosis pleural (TP) corresponde a una de las formas extrapulmonares de tuberculosis (TB) más frecuente, representando aproximadamente el 5% de los casos. Ésta se produce luego de que el agente *Mycobacterium tuberculosis* invade directamente la cavidad pleural y sus antígenos inducen una reacción de hipersensibilidad retardada que estimula la secreción de citoquinas, que a su vez activan a los macrófagos, alterando la permeabilidad de los vasos pleurales y produciendo derrame pleural. Su diagnóstico puede ser difícil dada la PRESENTACIÓN clínica poco específica y exámenes diagnósticos con rendimiento limitado. **OBJETIVO:** Presentar un CASO CLÍNICO con una PRESENTACIÓN poco característica de TP donde los exámenes menos invasivos no permitieron precisar el diagnóstico. **MATERIAL Y METODO:** Revisión bibliográfica y ficha clínica de paciente del CESFAM Eugenio Petruccelli. **CASO CLÍNICO**: Paciente de 57 años, sexo masculino, sin antecedentes mórbidos de relevancia, consultó por cuadro de 3 semanas de evolución de dolor torácico opresivo hasta EVA 6/10, que se irradiaba a brazo izquierdo, asociado a disnea de esfuerzo de 4 cuadras y tos seca intermitente, negando fiebre y otros síntomas adicionales. Al examen físico, destacaba murmullo pulmonar disminuido a izquierda con matidez a la percusión. Se solicitó radiografía de tórax de urgencia que mostró velamiento de ⅔ del campo pulmonar izquierdo por lo cual fue hospitalizado. Se realizó toracocentesis para estudio de líquido pleural resultando compatible con exudado, leucocitos 1.180 x mm3 con predominio de polimorfonucleares (95%), cultivo corriente negativo y dos tomas de adenosin deaminasa (ADA) separadas por 7 días, ambas bajo el valor de referencia (36,5 y 38,4 UI/L, V.R <40 UI/L). PCR de esputo para *M. tuberculosis* negativa. Por sospecha de mesotelioma, se indicó videotoracoscopía para toma de biopsia de pleura, se realizó además PCR de líquido pleural y pleurostomía posterior. Ésta última detectó *M. tuberculosis* en concentraciones muy bajas, mientras que el estudio histológico resultó negativo para células neoplásicas e informó pleuritis crónica granulomatosa necrotizante, compatible con pleuresía tuberculosa. Se inició esquema habitual de tratamiento de TB con buena respuesta y remisión de síntomas. **DISCUSIÓN:** El diagnóstico de TP se realiza considerando un conjunto de criterios donde el estudio del líquido pleural suele jugar un rol fundamental. Habitualmente el líquido pleural es de tipo exudado, pH <7.2, con presencia de leucocitos de predominio linfocitario, valores elevados de ADA con una sensibilidad y especificidad sobre 90%, y PCR positiva para *M. tuberculosis* con una alta especificidad (91-97%) pero baja sensibilidad (62-73%). Sin embargo, en un 25% de los casos no es posible llegar a un diagnóstico certero y es necesario realizar una biopsia pleural. El estudio de la TP puede resultar un desafío considerando la ausencia de un examen diagnóstico de referencia, razón por la cual se hace necesario evaluar nuevas técnicas a través de estudios bien diseñados que permitan mejorar el diagnóstico mediante MÉTODOs poco invasivos.

INMUNODEFICIENCIAS PRIMARIAS DESDE LA ATENCIÓN PRIMARIA. REPORTE DE UN CASO.

Mayra Pizarro Aranda (1), Ximena Loyola Moreno (1), Gabriela Valle Salazar (2)
(1) Médicas EDF CGR Huara, (2) Médica EDF CESFAM Yandry Añazco

INTRODUCCIÓN: Las inmunodeficiencias primarias (IDP) son un grupo heterogéneo de patologías, que incluye más de 340 tipos de origen monogénico. La incidencia de IDP ha ido experimentando un crecimiento importante llegando a estimar que actualmente afectan al 1-2% de la población mundial. En Chile se ha reportado una prevalencia de 1-2 por cada 58.000 habitantes, siendo la más frecuente la hipogammaglobulinemia con un 27%. Estas enfermedades se caracterizan por comprometer la función normal de la inmunidad humoral o celular y por manifestarse mediante una combinación de infecciones recurrentes, trastornos autoinmunes, trastornos linfoproliferativos, procesos granulomatosos, enfermedades alérgicas graves y malignidad. **MATERIAL y MÉTODO**: Descripción de un CASO CLÍNICO y revisión de la literatura. **CASO CLÍNICO:** Mujer de 28 años, con antecedentes de Asma y Rinitis alérgica en tratamiento con broncodilatadores, fluticasona intranasal, fexofenadina 180mg al día, deslortadina 5 mg en la noche. Consulta por cuadro de infecciones a repetición del ámbito respiratorio, gastrointestinal y urinario (ej. Amigdalitis Aguda, Otitis Media Aguda, Sinusitis Aguda, Bronquitis Aguda, Gastroenteritis Aguda e Infecciones urinarias), llegando a presentar más de 15 episodios en un año, algunos evaluado por médico y otros auto tratados. En consulta llama la atención los últimos dos episodios infecciosos: 1) Cuadro de Amigdalitis Aguda de evolución tórpida, con TAC Cuello normal, EBV y CMV (-), que se logra resolver luego de 3 cursos antibióticos de diferente espectro en 1 mes de tratamiento; y 2) Tres episodios de alveolitis posterior a la extirpación de los cuatro terceros molares. Se realiza una reunión clínica con odontólogo de CESFAM y se decide iniciar estudio de Inmunodeficiencia. En el estudio primario, no presenta alteraciones significativas. Se solicita estudio más avanzado, previo a derivación a especialista, el cual incluye marcadores autoinmunes e inmunoglobulinas totales, los cuales resultan sin alteraciones. Es derivada a especialista, donde se confirma una Inmunodeficiencia Primaria de Déficit de Subclases de IgG con subpoblaciones de IgG2 e IgG4 bajas y además se asocia a un Déficit de Anticuerpos Específicos, ya que se pesquisa Anticuerpos Antineumococo bajos posterior a vacunación (Pneumovax). **DISCUSIÓN:** Las IDP son un grupo de patologías que frecuentemente son sub-diagnosticadas por las diversas manifestaciones clínicas que presenta, como cuadros infecciosos que varían entre leves, moderados y severos. Es de suma importancia mantener un alto índice de sospecha frente a cuadros de infecciones a repetición para optimizar el estudio y manejo del paciente, lo cual es primordial para mejorar la calidad de vida, estudiar posibles enfermedades concomitantes y prevenir infecciones severas. Sin duda es un desafío en la atención primaria.

TUMORES DE BASE DE CRÁNEO DESDE LA ATENCIÓN PRIMARIA. REPORTE DE UN CASO.

Mayra Pizarro Aranda (1), Ximena Loyola Moreno (1), Samuel Acuña Retamal (2)
(1) Médicas EDF CGR Huara, (2) Médico EDF CESFAM Yandry Añazco.

INTRODUCCIÓN: Los tumores de base de cráneo pueden tener origen intra o extracraneal. Son relativamente infrecuentes y representan un desafío con respecto a sus diagnósticos diferenciales. En relación a la patología neoplásica, se pueden clasificar según sitio de origen, comportamiento biológico e histogénesis tumoral, siendo el meningioma el más frecuente en series internacionales. Los meningiomas corresponden al 30% de los tumores primarios del SNC, tienen mayor incidencia en la tercera edad, y en mujeres (2:1), siendo aún más marcada esta diferencia en el caso de los meningiomas espinales (10:1). La mayoría son benignos, de lento crecimiento, y sus síntomas están relacionados con la localización; irritativos y/o compresivos. A veces puede causar morbilidad grave y en ocasiones mortalidad. **MATERIAL y MÉTODO:** Descripción de un CASO CLÍNICO y revisión de la literatura. **CASO CLÍNICO:** Mujer de 64 años, con antecedentes de HTA, DM2, ACV isquémico izquierdo secuelado con hemiparesia derecha (2018), LCFA. Consulta en por cuadro de 3 días de compromiso del estado general, inapetencia, tos con expectoración mucosa, disnea de reposo, ortopnea severa, afebril, asociado a hemiplejia derecha, pérdida del sostén cefálico e incontinencia esfínteres. En anamnesis destaca múltiples consultas en los últimos 3 años por pérdida progresiva de fuerza inicialmente en extremidades superiores y finalmente extremidades inferiores. TAC de Cerebro 2018: ACV isquémico izquierdo; al presentar curso poco habitual con diagnóstico descrito es derivada en varias oportunidades a Hospital base, rechazando traslado y/o solicitando el alta precoz sin completar estudio. Ingresa con PA199/106 mm/Hg, FC102 lpm, SatO2 91% ambiental, FR27 rpm, GSW 15, HGT 251 mg/dL. Pulmonar: murmullo pulmonar globalmente disminuido, crépitos y estertores bilaterales, con musculatura accesoria; Neurológico: pupilas isocóricas, reactivas, PC normales, pérdida de sostén cefálico, Fuerza disminuida bilateral con hemiplejia derecha y hemiparesia (M2) izquierda, ROT abolidos, Sensibilidad casi abolida bilateral. Se inicia oxigenoterapia, VPP con RL, Captopril 25mg SL, metamizol 1 gr EV.PCR COVID-19 (-). Es trasladada a Hospital base; donde destaca en los exámenes de laboratorio: Hematocrito35%, GB12.000, Calcio 11.2 mg/dL, LDH453 UI/L, Na 126 mEq/L, Dímero D 1180 ng/ml, CK-MB 85, tropo 0.00. GSA normales. ECG: taquicardia sinusal. RMN Cerebral: tumor de base de cráneo, con compromiso casi total de médula espinal, compatible con meningioma, fuera de alcance quirúrgico. La paciente fallece al mes de consulta. **DISCUSIÓN:** La forma de PRESENTACIÓN de los tumores de base de cráneo dependen de su localización y extensión, incluyendo compromiso sensorial, motor, respiratorio y esfinteriano, durante el curso de la enfermedad. El diagnóstico de tumores de SNC potencialmente mortales requiere un enfoque anatómico sistemático basado en una buena historia clínica, un examen físico completo y exámenes de imagen para confirmación, manteniendo siempre un alto índice de sospecha. Sin duda es un desafío en la atención primaria.

HEMOPTISIS COMO PRESENTACIÓN CLÍNICA DE REINFECCIÓN POR SARS-COV-2

Valeria Pizarro Tobar, Yaocin Ding Zhou, Nicole Lama Muñoz, Carlos Giugliano Rostion
Médicos EDF Hospital Florencio Vargas Díaz (Diego de Almagro)

INTRODUCCIÓN: La enfermedad por SARS-CoV-2 (COVID-19) es una patología que, dada su amplia extensión a lo largo del mundo, es considerada actualmente una pandemia. Se caracteriza porque su PRESENTACIÓN clínica más frecuente es a través de signos y síntomas respiratorios, como los son tos, odinofagia, disnea, dolor torácico, taquipnea; y otros no respiratorios como dolor abdominal, diarrea, cefalea, fiebre, mialgias, anosmia, ageusia. La hemoptisis tiene su etiología más frecuente en las bronquiectasias (40% aproximadamente), seguidas por etiología neoplásica; y no ha sido descrita como PRESENTACIÓN clínica típica de la COVID-19. **CASO CLÍNICO:** Hombre de 80 años con antecedentes de limitación crónica del flujo aéreo por silicosis y COVID-19 severa recuperada 7 meses previos, autoriza mediante consentimiento informado PRESENTACIÓN de CASO CLÍNICO. Llega en ambulancia al servicio de urgencia por cuadro agudo de hemoptisis. Ingresa saturando 74%, taquicárdico, hipertenso, con dificultad respiratoria, tos y hemoptisis activa con coágulos. Se deriva a hospital de mayor complejidad con sospecha de tromboembolismo pulmonar, donde se descarta diagnóstico mediante angio tomografía de tórax y se confirma neumonía multifocal. Dado cuadro clínico se realiza test de antígeno, resultado positivo para SARS-CoV-2. Se hospitaliza y se confirma diagnóstico con reacción en cadena de polimerasa positiva para SARS-CoV-2.
DISCUSIÓN: La sospecha de COVID-19 se realiza a través del cuadro clínico que presenta el paciente. Considerando la situación actual de pandemia, es una patología que tiene un bajo umbral de sospecha, sin embargo, hay síntomas que nos harían desestimar la sospecha diagnóstica por no tratarse de la PRESENTACIÓN característica. Para fortalecer la situación epidemiológica actual es necesario que los equipos de salud mantengan conocimiento sobre signos y síntomas poco frecuentes, como la hemoptisis, logrando así un diagnóstico oportuno.

SÍNCOPE SECUNDARIO A ANEURISMA AÓRTICO ABDOMINAL

Pamela Poblete Ruiz (1), Gustavo Figueroa Galdame (1), Cristina Martínez Follert (2)
(1) Médicas Cirujanas EDF Hospital San Agustín de la Ligua, (2) Médica Cirujana, Hospital San Agustín de la Ligua

INTRODUCCIÓN: El síncope es un motivo de consulta frecuente en el servicio de urgencias. Aunque la mayoría de las causas son benignas, otras se asocian con una morbilidad y mortalidad significativas, especialmente entre los adultos mayores. En un 15% se relaciona a un grupo de patologías complejas, tal como, un aneurisma aórtico abdominal roto. El OBJETIVO del caso es presentar una patología grave que se debe sospechar en un síncope indiferenciado. **CASO CLÍNICO:** Hombre, 89 años, antecedente de hipertensión arterial, diabetes mellitus, consulta al Servicio de Urgencias por cuadro de un día de evolución caracterizado por dolor lumbar, intenso, tipo cólico que se irradia a región hipogástrica, se realiza urotest positivo para eritrocitos, se diagnostica cólico renal y se da de alta con analgesia. Al día siguiente, consulta por episodio de síncope, asociado a dificultad respiratoria, ingresa taquicardico, saturando 98% con FiO2 30%, hemoglucotest 212. Al examen físico destaca abdomen sensible a la palpación en flanco derecho e hipocondrio derecho. Electrocardiograma impresiona taquicardia sinusal y bloqueo completo de rama derecha. Tropotest de 0.02. Paciente sin requerimientos de oxígeno, taquicardico, hipotenso, sufre dos episodios de sincope en urgencias, sin cambios al electrocardiograma. Se deriva para evaluación por especialidad. Se solicita tomografía computada de abdomen con contraste, que informa aneurisma aórtico abdominal infrarrenal de 9 cm con hematoma intramural y hematoma periaortico. Se decide manejo proporcional en domicilio y a los diez días paciente fallece. **DISCUSIÓN:** La estratificación del riesgo de un paciente con sincope permite definir quienes requieren de estudio. Es necesario una evaluación sistemática basada en la anamnesis, signos vitales, búsqueda de síntomas de alarma y un electrocardiograma. Síncope en un adulto mayor, hemodinamicamente inestable con dolor abdominal, nos obliga como médicos sospechar patologías que involucren riesgo vital, como en este caso.

HEPATITIS AGUDA POR VIRUS HEPATITIS C, PRESENTACIÓN DE UN CASO

José Polanco Pino (1), Claudia Aravena Vergara (2), Ingrid Kraudy Klenner (3)
(1) Médico EDF, CESFAM Dr. Mateo Bencur, Punta Arenas, (2) Médico EDF, CESFAM Dr. Juan Damianovic, Punta Arenas,
(3) Médico EDF, CESFAM Jorge Ahumada Lemus, Santa María

INTRODUCCIÓN: El Virus Hepatitis C (VHC) se transmite de forma sanguínea, produciendo hepatitis por virus C, el cual en su fase aguda la mayoría de las veces se presenta sin síntomas. Esta infección se logra eliminar en un 25% de los infectados, el resto puede evolucionar hacia la cirrosis y/o hepatocarcinoma. Por el hecho de tener una PRESENTACIÓN silente al inicio es difícil poder detectarla a tiempo, siendo generalmente diagnosticada en su fase crónica. **PRESENTACIÓN DEL CASO:** Paciente de 32 años con antecedentes de DM1 con mal control metabólico y múltiples hospitalizaciones desde el 2017 por cetoacidosis diabética por falta de adherencia. En octubre 2018 consultó en servicio de urgencias por vómitos e hiperglicemia, en exámenes destacaba: pH 7,2 Bicarbonato 20, Cetonemia 50, Glicemia 286, Creatinina 1.0, BT 2.5, BD 2.06, FA, 544, GOT 2316, GPT 1598, GGT 736 Amilasa 50. Ingresa con diagnóstico inicial de cetoacidosis diabética y transaminitis en estudio. Clínicamente sin encefalopatía, ictericia ni flapping, al examen físico con hígado 1 cm BRC indoloro. Niega tatuajes, si había recibido transfusiones de GR en hospitalizaciones, alcohol ocasional, tabaquismo (+), niega drogas. Se solicitó estudio inicial: HBsAg VHB (-), VIH (-), IgM VHA (-), Ecografía abdominal: sin hallazgos. TC abdomen y pelvis: hígado tamaño y forma normal, sin lesiones focales. Se solicitó posteriormente VHC, resultando AC VHC (+). Por cuadro poco frecuente de hepatitis aguda asociado a virus C se amplía estudio a etiología autoinmune: ANA (-), ASMA (-), AMA (-), Inmunoglobulinas normales. A la semana se controla exámenes: BT 0,7 FA 392 GOT 223 GPT 446 GGT 611. Carga Viral (CV) VHC: 2538631 copias/mL/, Log 5,8 y se solicita genotipo. Se confirma diagnóstico de hepatitis aguda por VHC y por regresión de pruebas hepáticas se decidió observar por 6 meses ante probabilidad de erradicación y controlar carga viral, perdiendo controles durante 2019. En Julio 2020, se controla nuevamente CV VHC: 425.364 copias/mL, Log 5,6, genotipo VHC: 3, por lo que se decidió inicio de epclusa (lepidasavir/sofosbuvir). A los 3 meses de tratamiento se solicita control de CV: TND (indetectable). **CONCLUSIÓN:** La hepatitis aguda por VHC es difícil diagnosticarla puesto que habitualmente no da síntomas. Afortunadamente en este caso, se detectó incidentalmente y se logró un control temprano de la carga viral disminuyendo las posibilidades de su evolución a cirrosis y sus complicaciones. Es importante siempre considerar al VHC dentro del diagnóstico diferencial de hepatitis pese a ser una causa rara de PRESENTACIÓN.

IMPÉTIGO AMPOLLOSO EN ADULTO. A PROPÓSITO DE UN CASO.

José Polanco Pino (1), Claudia Aravena Vergara (2), Soledad Castillo Orrego (1), Pablo Caballero Marambio (3)
(1) Médico EDF CESFAM Dr. Mateo Bencur, (2) Medica EDF CESFAM Dr Juan Damianovic.
(3) Médico EDF CESFAM 18 de septiembre.

INTRODUCCIÓN: El impétigo ampolloso es una enfermedad frecuente en pediatría principalmente en menores de 5 años, caracterizada por ampollas flácidas con liquido amarillo claro. En adultos baja su prevalencia por lo cual es muy impórtate realizar un diagnóstico diferencial con otras patologías que presentan como manifestación lesiones ampollares.
CASO CLÍNICO: Se presenta el caso de una paciente femenina de 24 años sin antecedentes mórbidos, que consulta por cuadro de 3 días de evolución de lesiones ampollares en pies y manos, dolorosas, niega contacto con irritantes, tóxicos, alergenos, etc. En base a características de lesiones se sospecha impétigo ampolloso, se solicita estudio de laboratorio, se inicia tratamiento antibiótico con cefadroxilo 500 mg cada 12 horas y curaciones. Se cita a control mostrando una buena evolución, estudio laboratorio general dentro de límites normales. Completa tratamiento sin conflicto con lesiones ya en fase de cicatrización. **DISCUSIÓN:** Resulta importante exponer el enfrentamiento inicial de enfermedades ampollares, evaluar diagnósticos diferencial y en base a eso lograr un tratamiento eficaz y oportuno.

DIAGNÓSTICO, TRATAMIENTO Y SOBREVIDA DE UN PACIENTE CON GLIOBLASTOMA MULTIFORME GRADO IV DE TIPO IDH-WILD TYPE, EN ZONA EXTREMA RURAL DEL PAÍS.

Ignacio Pozo Márquez (1), Martin Rodríguez Laporte (1), Silvana Bustos Astudillo (1), Dulce Lara Martínez (2), Belen Vasquez Silva (3)
(1) Médicos Cirujano EDF Hospital Chaitén, (2) Médico Cirujano Artículo 9. Hospital de Chaitén.
(3) Fonoaudióloga, Hospital de Chaitén

INTRODUCCIÓN: El glioblastoma multiforme (GM), una neoplasia maligna del sistema nervioso central, es el tumor primitivo cerebral con mayor letalidad documentada, cuya incidencia aproximada oscila entre 0,59 a 3,69 casos por 100.000 habitantes. Estadísticamente significativo por su mal pronóstico, estudios recientes reportan que, sin terapia, la sobrevida de los pacientes posterior al diagnóstico es cercana a 3 meses, sin embargo, al emplear el tratamiento óptimo (resección quirúrgica, radioterapia y quimioterapia con temozolomida), dicho tiempo aumenta entre 12 y 15 meses. **CASO CLÍNICO:** Se presenta el caso de un paciente masculino de 71 años, con antecedente de HTA en tratamiento irregular, que acude al Hospital de Chaitén el 10-08-20 presentando cuadro de aproximadamente 7 días de evolución caracterizado por afasia, disartria y hemiparesia facio-braquio-crural derecha. Dado criterio de urgencia neurológica, es derivado a Hospital de Puerto Montt. Estudio imagenológico con TC de cráneo y RNM objetivan lesión solido quística extensa que compromete prácticamente la totalidad del lóbulo temporal izquierdo. Al iniciar terapia farmacológica con corticoides, destaca remisión de paresia y mejoría significativa de trastorno del lenguaje. Posterior a resección quirúrgica, evoluciona sin déficit sobreagregado y mejoría subtotal de afasia, logrando marcha autovalente. Biopsia describe hallazgos histopatológicos e inmunohistoquímico compatible con GM grado IV de tipo IDH-WILD type, por lo cual inicia quimioterapia adyuvante con temozolomida y radioterapia (protocolo Stuup). RMN19/08/20 sin evidencia de lesión tumoral. **DISCUSIÓN y CONCLUSIÓN:** La rápida derivación a un centro de mayor complejidad permitió un abordaje efectivo, aumentando la supervivencia del paciente, quien en la actualidad cursa su octavo mes de sobrevida posterior al diagnóstico. Concluimos que, a pesar de la agresividad y alta tasa de letalidad de esta patología, es indispensable, aplicación técnicas vanguardistas, así como un manejo multidisciplinario y oportuno puede aumentar probabilidades, disminuir secuelas, y mejorar la calidad de vida del paciente.

DIAGNÓSTICO, TRATAMIENTO Y SEGUIMIENTO DE DIFILOBOTRIASIS EN HOSPITAL DE BAJA COMPLEJIDAD EN ZONA EXTREMA DEL PAIS, A PROPÓSITO DE UN CASO.

Ignacio Pozo Marquez (1) Martín Rodríguez Laporte (1) Silvana Bustos Astudillo (1), Dulce Lara Martínez (2) Diego Hidalgo Vergara (3)
(1) Médicos EDF Hospital de Chaitén, (2) Médico Artículo 9, Hospital de Chaitén,
(3) Médico General, Hospital Padre Hurtado, Santiago

INTRODUCCIÓN: La Difilobotriasis es una parasitosis causada por *Diphyllobothrium latum*, uno de los cestodes más comúnmente encontrado en el ser humano, puede medir hasta 25 metros de longitud y genera gran cantidad de huevos, permitiendo así mantener la especie. Es un agente helmíntico, productor de enfermedad de transmisión alimentaria, el consumo de peces de agua dulce como salmones y truchas crudos, son la principal fuente de infección para el hombre. **CASO CLÍNICO:** Masculino de 48 años, con antecedente de DM2IR y HTA, acude al Hospital de Chaitén el 06-11-20 con historia de 1 año de evolución, caracterizado por CEG, bajo ánimo, dolor abdominal difuso, EVA3/10, asociado a diarrea crónica y prurito anal. Además, entrega una muestra del parásito que rescató de sus deposiciones. Refiere alimentarse de pescados crudos como salmón y trucha. Laboratorio destaca identificación macroscópica directa de Estróbilo (12-11-2020), en el parasitológico seriado se observan huevos de *Diphyllobothrium* (13-11-2020). Exámenes sanguíneos el 13-11-2020 destacando Hb:14.5g/dl, Hto:41.1%, VCM:93.7fL, HCM:32.9pg, VITB12:1290pg/ml. Se trató con praziquantel 1.5gr en dosis única. Luego de 3 meses del tratamiento no refiere síntomas y en examen parasitológico seriado (23-02-2020) no se observan parásitos. **DISCUSIÓN:** El caso destaca por ser una enfermedad endémica de nuestro país, presentando ciclos establecidos en las riveras de lagos y lagunas glaciares en las regiones IX y X del sur de Chile. Si bien más del 50% los casos son asintomáticos, solamente en Chile se ha comprobado alrededor de un 3,4% de casos asociados a un cuadro de anemia megaloblástica. **CONCLUSIÓN:** La pesca artesanal es una actividad común en zonas del sur de Chile y las consiguientes conductas alimentarias pueden estar involucradas en la propagación de la Difilobotriasis. Consideramos relevante conocer las condiciones epidemiológicas de nuestro país para facilitar el reconocimiento de esta enfermedad y realizar un diagnóstico y tratamiento oportuno.

DIAGNÓSTICO CLÍNICO DE ENFERMEDAD DE KAWASAKI: A PROPÓSITO DE UN CASO.
Canela Quercia Sota, Nahuel Staub Ramos, Luis González Lemus,
Médicos EDF Hospital Puerto Cisnes

INTRODUCCIÓN y OBJETIVOS: La enfermedad de Kawasaki es una de las vasculitis más frecuentes en niños. El diagnóstico es clínico y por lo tanto se puede realizar en cualquier establecimiento de salud si se conocen los criterios. Este trabajo describe un CASO CLÍNICO y realiza revisión de literatura con relación a la enfermedad. **MATERIAL Y METODO:** Se realiza descripción de CASO CLÍNICO en Hospital Jorge Ibar de Puerto Cisnes y se realiza búsqueda bibliográfica. **RESULTADOS y CONCLUSIONES: CASO CLÍNICO**: Escolar de 8 años, sin antecedentes mórbidos. Consulta en el servicio de urgencia de hospital de baja complejidad por cuadro de 5 días de fiebre, odinofagia y compromiso del estado general. El día de la consulta se agregan *rash* eritematoso y ojo rojo. Al examen físico se encuentra febril hasta 38°C, hemodinamicamente estable. *Rash* papuloeritematoso en tronco. Inyección conjuntival bilateral, faringe eritematosa sin otras lesiones, lengua aframbuezada, labios eritematosos con descamación. Adenopatías cervicales bilaterales. Sin cambios en extremidades. Se decide traslado a centro de derivación por sospecha de enfermedad de Kawasaki. Se realiza estudio con exámenes generales en los que destacan parámetros inflamatorios elevados, aumento de transaminasas, urocultivo, hemocultivos y panel respiratorio por *film Array* negativos. Se confirma diagnóstico y se maneja con aspirina más inmunuglobulinas endovenosas. Posteriormente es derivado a centro de mayor complejidad en décima región para realización de ecocardiograma el que resulta normal. Tras intercurrencia infecciosa respiratoria se da de alta en buenas condiciones manteniendo tratamiento con aspirina**. COMENTARIOS:** Esta enfermedad es autolimitada, sin embargo, puede generar complicaciones principalmente a nivel coronario con consiguiente isquemia miocárdica. Para prevenir la morbimortalidad generada por las anormalidades coronarias es fundamental realizar un diagnóstico precoz para iniciar tratamiento con inmonuglobulinas endovenosas de manera oportuna. De este modo un diagnóstico clínico que puede realizarse en atención primaria logra prevenir complicaciones, morbilidad y hasta mortalidad asociadas a esta patología.

REACCIONES ADVERSAS A VACUNA BNT162B2 PARA EL COVID-19 EN FUNCIONARIOS DE LA SALUD DEL HOSPITAL JORGE IBAR BRUCE DE PUERTO CISNES.
Canela Quercia Sota, Nahuel Staub Ramos, Luis González Lemus,
Médicos EDF Hospital Puerto Cisnes

INTRODUCCIÓN y OBJETIVOS: En el Hospital de Puerto Cisnes se realizó vacunación de la mayor parte del personal de salud con la vacuna contra el COVID-19 fabricada por Pfizer-BioNTech, llamada BNT162b2. La administración de la primera y segunda dosis de vacuna se realizó los días 20 de enero y 10 de febrero del 2021 respectivamente. El presente trabajo describe las reacciones adversas presentadas posterior a la inoculación de la vacuna mencionada. **MATERIAL Y METODO:** Se realizó revisión de bibliografía, se solicitaron los datos de vacunación y se realizó revisión de las consultas en servicio de urgencias del establecimiento. Ya que se trata del único centro de salud disponible en la localidad, concentra el total de las consultas de urgencia de la zona. **RESULTADOS y CONCLUSIONES:** Se vacunó un total de 75 personas, todos trabajadores de la salud del Hospital Jorge Ibar Bruce de Puerto Cisnes. No hubo ninguna reacción alérgica ni consulta en el servicio de urgencia posterior a la administración de la primera dosis. Tras la administración de la segunda dosis se realizaron 7 consultas en el servicio de urgencias, todas al día siguiente de la vacunación. El total de quienes consultaron presentaban cefalea y mialgias. En un caso presentó también congestión nasal y dolor en sitio de punción. En ninguno se pesquisó fiebre al control de signos vitales. A todos se les administró tratamiento con antiinflamatorios no esteroidales endovenosos. Un caso requirió licencia médica. No se realizó ninguna hospitalización ni derivación. Al considerar todos los casos de efectos adversos reportados al equipo de vacunación, se obtuvo un total de 15 casos, todos leves. Esto corresponde al 20% de los funcionarios vacunados. **DISCUSIÓN:** Los estudios clínicos descritos en la literatura indican un 84,7% de alguna reacción local en sitio de punción y un 77,4% de al menos un síntoma sistémico. Al comparar con los datos recopilados se observa un menor reporte de efectos adversos entre los funcionarios del Hospital de Puerto Cisnes. Esto posiblemente debido al no reporte de síntomas por parte de algunos funcionarios. A pesar de que el porcentaje de efectos adversos detectados fue menor a lo que muestran los estudios, un 20% al presentarse todos el mismo día si podría haber provocado dificultades para el normal funcionamiento del establecimiento. Afortunadamente las actividades no esenciales habían sido suspendidas ese día al prever una afectación de un porcentaje importante de los trabajadores del hospital.

CARACTERIZACIÓN DE ATENCIONES DERMATOLÓGICAS A TRAVÉS DE PLATAFORMA DE TELEMEDICINA DESDE UN HOSPITAL DE BAJA COMPLEJIDAD

Rocío Quinchavil Díaz (1), Ninotchka Benítez Moreno (1), Alexis Delgado Díaz (2), Diego Gianetti Bahamonde (1)
(1) Médicos EDF Hospital de Fresia, (2) Médico EDF Cesfam Alerce

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS: La telemedicina corresponde a una rama de telesalud que hace uso de tecnologías de la información y comunicación, cuya aplicación es mayoritariamente de carácter clínico. Esta modalidad en Chile busca resolver las inequidades en el acceso a salud, especialmente en áreas geográficas carentes de especialistas, pudiendo utilizarse en casi cualquier disciplina médica. La tele Dermatología comienza en Chile en el año 2009, implementada actualmente en 29 Servicios de Salud, realizándose entre el 2010 y el 2017 un total de 79.801 tele consultas. El OBJETIVO del presente estudio es caracterizar y describir las interconsultas realizadas a dermatología por telemedicina desde un hospital de baja complejidad. **MATERIAL y MÉTODO:** Estudio de carácter descriptivo en el que se analizaron las interconsultas realizadas a la especialidad de dermatología desde el Hospital de Fresia a través de la plataforma de telemedicina "Hospital Digital" entre junio 2019 y enero del 2021. Se caracterizó la población por sexo y edad, conjuntamente con un análisis descriptivo de diferentes variables tales como concordancia diagnóstica, prioridad de interconsultas, tiempo de respuesta del especialista y nivel de resolución de atención. **RESULTADOS y CONCLUSIONES:** Las interconsultas corresponden en un 76,9% (70) a prioridad baja, 12,1% (11) prioridad media y 11% (10) prioridad alta. El tiempo de respuesta promedio fue de 4 días. Hubo concordancia en el diagnóstico hipotético del médico de APS (Atención Primaria de Salud) con el especialista en un 71,4%% (65) de los casos. Un 70,3% (64) de las teleconsultas pudo ser resuelta en el nivel primario de salud. De los 27 pacientes a los que se les indicó evaluación en el nivel secundario, el 66,6% fue atendido, siendo el tiempo promedio de espera para atención presencial de los especialistas de 88 días. En 7,7% (7) de los casos el especialista indicó continuar el seguimiento en APS. **DISCUSIÓN y COMENTARIOS:** El mayor porcentaje de casos corresponde a interconsultas de baja prioridad con resolución en APS con diagnóstico en su mayoría concordantes. Se hace necesario, por tanto, objetivar el motivo de la derivación, pudiendo corresponder a duda diagnóstica del médico, apoyo en el manejo por el especialista o acceso al arsenal terapéutico del mismo. El tiempo de respuesta corresponde en promedio a 4 días. Sin embargo, este periodo no considera el tiempo desde la derivación a la evaluación presencial en atención secundaria. Creemos que esta modalidad de atención logra acercar la evaluación por especialista a la población y contribuye a la educación y formación continua de los médicos del nivel primario de atención.

HIPERTIROIDISMO APÁTICO EN PERSONAS MAYORES. A PROPÓSITO DE UN CASO EN UN HOSPITAL DE BAJA COMPLEJIDAD

Rocío Quinchavil Díaz, Ninotchka Benítez Moreno, Diego Gianetti Bahamonde, Paulina Alonso Vander Stelt
Médicos EDF Hospital de Fresia

INTRODUCCIÓN: El hipertiroidismo en personas mayores (PM) puede presentar manifestaciones clínicas atípicas, tales como decaimiento, depresión y disnea, lo que puede generar retraso en el diagnóstico y tratamiento, derivando en un resultado desfavorable en el manejo de sus comorbilidades, aumento en la polifarmacia y del riesgo cardiovascular. **CASO CLÍNICO**: Paciente de 88 años, con antecedentes mórbidos de hipertensión arterial, insuficiencia cardiaca, fibrilación auricular, diabetes mellitus tipo 2 y depresión en tratamiento. Fue ingresada a hospital de baja complejidad con diagnóstico de neumonía, presentando durante su hospitalización evolución tórpida, persistiendo con disnea, decaimiento, sensación de debilidad marcada y ánimo bajo, pese a mejoría de parámetros inflamatorios. Se solicitaron exámenes donde destacaba TSH menor a 0,005 mg/dl, a pesar de la ausencia de sintomatología clásica sugerente de hipertiroidismo. Además, se rescató valor similar de TSH solicitado con 2 años de anterioridad. Fue evaluada por equipo de endocrinología, diagnosticándose hipertiroidismo secundario a bocio multinodular y se indicó tratamiento con Metimazol. Se realizó posteriormente control ambulatorio, donde se aprecia paciente eutímica y hemodinámicamente estable, requiriendo menores dosis de fármacos para lograr compensación de sus patologías de base. **DISCUSIÓN:** El hipertiroidismo apático se presenta hasta en un tercio de los pacientes con esta enfermedad en población geriátrica. Sin embargo, los síntomas inespecíficos que presentan pueden llevar a atribuirlos a otras enfermedades generando así dilataciones diagnósticas y terapéuticas, con el aumento en la morbimortalidad y deterioro de la calidad de vida y la funcionalidad del adulto mayor que eso conlleva. Es importante conocer sus manifestaciones, especialmente por los médicos de nivel primario de atención, quienes son los que se enfrentarán inicialmente a esto, y mantener un alto índice de sospecha para iniciar tratamiento precoz y evitar complicaciones a largo plazo, como inicio o deterioro de patologías cardiovasculares, aumento en la polifarmacia o inicio de otros síndromes geriátricos.

REPORTE DE CASO CLÍNICO: HALLAZGO DE SOPLO CARDIACO EN LACTANTE MAYOR PORTADOR DE TRANSPOSICIÓN DE GRANDES ARTERIAS CORREGIDA CONGÉNITAMENTE (TGA CC).

María Ignacia Quiñones San Martín, Nicolás Cádiz Vidal, Luz Bertolotto Cárcamo, Karina Saravia Herrera
Médicos Cirujanos CESFAM Quinto Centenario, Osorno.

INTRODUCCIÓN: La transposición de grandes arterias corregida congénitamente (TGA-CC) supone menos del 1% de las cardiopatías congénitas. Fisiológicamente corresponde a una discordancia atrio ventricular (AV) y ventrículo-arterial (VA) en la cual se mantiene la normalidad de los flujos sanguíneos. Suele asociarse con otras anomalías cardíacas, como la enfermedad de Ebstein. **OBJETIVOS**: Describir hallazgos clínicos de lactante mayor en contexto de evaluación en control de niño sano. **MATERIAL y MÉTODO**: Estudio descriptivo, mediante revisión retrospectiva de antecedentes en ficha clínica de lactante mayor atendido en CESFAM Quinto Centenario. **RESULTADOS**: Lactante mayor masculino de 18 meses de vida, embarazo fisiológico, sin antecedentes perinatales relevantes, sin antecedentes quirúrgicos ni mórbidos, sin alteraciones en el DESARROLLO pondo-estatural ni psicomotor. Sin antecedentes familiares de cardiopatías congénitas, sincope ni muerte súbita. En CESFAM se pesquisó de manera incidental soplo cardíaco asociado a pulsos periféricos simétricos, precordio tranquilo. Se derivó a cardiología infantil en centro de referencia donde se realizó ecocardiografía 2D que mostró discordancia AV y VA y localización de válvula tricúspide a 9,8 mm de la mitral hacia el ápex con 2 jets de insuficiencia. Hallazgos sugerentes de TGA-CC con anomalía de Ebstein.**DISCUSIÓN:** La anomalía de Ebstein corresponde al desplazamiento de las valvas septal y posteroinferior hacia el ápex del ventrículo derecho. El cuadro clínico y la edad de aparición de la sintomatología de la TGA CC depende de la malformación asociada, en caso de asociarse a anomalía de Ebstein las manifestaciones pueden ir desde asintomático, siendo estudiados por el hallazgo de un soplo incidental, hasta la disnea de esfuerzo, fatiga, palpitaciones, arritmias y en ciertos casos insuficiencia cardiaca.

REPORTE DE CASO CLÍNICO: TUMOR DE CÉLULAS GERMINALES EXTRAGONADAL

María Ignacia Quiñones San Martín (1), Nicolás Cádiz Vidal (1), Cristóbal Pinar Pacheco (2), Karina Saravia Herrera (1)
(1) Médicos Cirujanos CESFAM Quinto Centenario, Osorno, (2) Médico cirujano, CESFAM Curarrehue.

INTRODUCCIÓN: Los tumores testiculares representan el 1% de las neoplasias del hombre y el 5% de las neoplasias urológicas. Su incidencia global es de 3 a 10 casos cada 100.000 habitantes por año, con un aumento en la incidencia en las últimas décadas. 90% corresponde a tumores de células germinales. Se estima que solo un 5% de los casos se presenta como primario extragonadal. **OBJETIVOS**: Reportamos el caso de un tumor de células germinales extragonadal tratado con quimioterapia y cirugía. **MATERIAL y MÉTODO**: Estudio descriptivo, mediante revisión retrospectiva de antecedentes en ficha clínica de paciente con tumor de células germinales subtipo seminoma puro con primario extragonadal retroperitoneal. **RESULTADOS**: Paciente de sexo masculino de 38 años sin antecedentes mórbidos, ECOG 1. Consultó en servicio de urgencias por dolor abdominal inespecífico periumbilical de 15 días de evolución, sin otros síntomas asociados. Al examen físico destacó masa de 10 cm indurada indolora a nivel periumbilical, sin masas testiculares. TAC de abdomen y pelvis mostró masa retroperitoneal intercavo aórtica heterogénea e irregular de 10,5 x 9,5 cm. Ecografía testicular normal y marcadores tumorales B-HCG y AFP normales. Se realizó biopsia de masa retroperitoneal que informó tumor de células germinales tipo seminoma. Se administró quimioterapia BEP 3 ciclos. Control con imágenes mostró respuesta radiológica parcial. En contexto de masa residual posterior a quimioterapia, se decidió resección de masa retroperitoneal, la que se realizó sin incidentes. Biopsia de pieza quirúrgica informó reacción inflamatoria y fibrosis reactiva, sin evidencia de neoplasia. TC tórax, abdomen y pelvis de control mostró disminución de tejido retroperitoneal cicatricial, marcadores tumorales negativos. Actualmente asintomático, en buenas condiciones y haciendo vida normal. **DISCUSIÓN:** Los tumores de células germinales extragonadales son un grupo poco frecuente de tumores, constituyendo un 5% del total de neoplasias de células germinales. Su diagnóstico se basa en la alta sospecha clínica, ya que no todos los tumores de células germinales elevan marcadores tumorales (como en el caso reportado) y la ultrasonografía testicular puede presentarse como normal.

POLIMIOSITIS (PM) COMO FORMA DE PRESENTACIÓN DE NEOPLASIA: A PROPÓSTIO DE UN CASO

Antonio Ramírez Hidalgo, Francisca Arriagada Prussing, Camilo Huerta Mejias
Médicos EDF Hospital de Til Til

INTRODUCCIÓN: La PM es una miopatía inflamatoria crónica, adquirida e idiopática, con mayor incidencia en mujeres, con 2 peaks de incidencia a los 10 – 15 años y a los 40 – 50 años. Posee una alta asociación con la presencia de neoplasia especialmente de: ovario, mama, pulmón, estómago, intestino, páncreas y vejiga. Se presenta este caso por la importancia de realizar estudio complementario en búsqueda de neoplasia en caso de sospechar una PM. **PRESENTACIÓN DEL CASO**: Paciente sexo femenino 54 años, consulta en APS por presentar cuadro de debilidad y dolor de extremidades inferiores de 1 mes de evolución, niega presencia de: fiebre, sudoración nocturna, síntomas gastrointestinales. Se solicitan exámenes de laboratorio Hb: 14,5 g/dL Leuc 8*10*3mm3 Plaq 200*10*3mm3 Crea 0,71mg/dL BUN 20 mg/dL CK Total 6400, perfil reumatológico: ANA (–) ENA (-). Electromiografía: compromiso miopático severo de extremidades inferiores con signos de denervación activa abundante en todos los musculos explorados. Se realiza el diagnóstico de PM. Se estudia asociación con neoplasia. TAC TAP, no se identifican lesiones probables de neoplasias, EDA: presencia de metaplasia intestinal, colonoscopia: tumor no oclusivo de sigmoides el cual se biopsia, identificándose la presencia de adenocarcinoma tubular G2. **DISCUSIÓN**: PM tiene una alta asociación a neoplasia, especialmente pulmonar, del tracto gastrointestinal. En este caso se estudio con TAC TAP, EDA y colonoscopía donde fue que finalmente se identifico el cáncer de colon. Con respecto al tratamiento se inicio metotrexato, corticoterapia y acido fólico para la polimiositis y se realizo en el instituto nacional del cancer una sigmoidectomia laparoscopica para la neoplasia. **CONCLUSIÓN**: El estudio complementario de PM permitió identificar el origen de esta, es por esto la importancia de identificar la asociación entre neoplasia y PM, para poder ofrecer un diagnóstico y tratamiento oportuno.

DISFONIA COMO SINTOMA DE ALARMA EN ADULTO MAYOR, REPORTE DE UN CASO

Diego Ramirez Charme (1), Franz Verdugo Zuñiga (2), Matias Honorato Guzman (2)
(1) Médico EDF de Casablanca, (2) Médico EDF de Chepica

INTRODUCCIÓN: La disfonía en adulto y adulto mayor, a diferencia de los pacientes pediátricos, es un signo clínico que siempre nos debe llamar la atención y en el cual debemos dirigidamente buscar la causa de este. Dentro de los diagnósticos diferenciales se encuentra el cáncer laríngeo, teniendo una incidencia de 2.13 x 100.000 habitantes en chile, corresponde al 1% del total de cáncer y al 25% de los de cabeza y cuello, siendo 9 veces más prevalentes en pacientes de sexo masculino, el principal factor de riesgo es el TBQ, seguido del consumo perjudicial de OH. En esta publicación se presentará el caso de un paciente con esta entidad clínica. **PRESENTACIÓN DEL CASO:** Paciente de 73 años, sexo masculino con antecedentes de TBQ, IPA 10 y Oh ocasional, sin otros antecedentes mórbidos, consulta en APS por cuadro de 7 días de evolución de disfonía, tos y odinofagia, sin otros síntomas, sin otros hallazgos al examen físico, se diagnostica laringitis y es dado de alta con tratamiento sintomático. Evoluciona de forma tórpida con aumento de disfonía y se agrega estridor por lo que decide consultar SAPU donde se realiza RX de tórax la cual impresiona con leve infiltrado intersticial, se toman paramentos inflamatorios los cuales se encuentran elevados y PCR Covid - 19 la cual se informa como negativa. Por lo que se diagnosticó como Neumonía atípica y se inicia tratamiento con corticoides orales, broncodilatadores y azitromicina. Paciente debido a aumento de estridor decide consultar nuevamente a SAPU, donde recibe hospitalización abreviada con set de puff y debido a buena evolución es dado nuevamente de alta. Por persistencia de síntomas, decide nuevamente acudir SAPU en su dia 14 de evolucion. Paciente ingresa con dificultad respiratoria, FR 35, so2 92%, PA 177/ 81, estridor inspiratorio y espiratorio, uso de musculatura accesoria y retracción supraclavicular, intercostal y subcostal, por lo que se traslada a reanimador se apoya con 02, se realiza NBZ con adrenalina racemica + salbutamol y se administra dexamentasona EV. Se realiza traslado a centro de mayor complejidad donde se realiza TAC de cuello que evidencia tumor de características malignas en laringe, que compromete región glótica en un 90%. Se procede a realizar traqueotomía de paciente, se continuo estudio que confirma con biopsia un carcinoma epidermoide de laringe. **CONCLUSIÓN:** En pacientes adultos mayores, con antecedentes de TBQ, que cursan con disfonía es importante sospechar entidades clínicas como el cáncer laríngeo y derivar de forma oportuna para estudios correspondientes, ya que el pronóstico de dichos pacientes depende de una pronta derivación.

EVOLUCION DE LA TOMAGRAFIA AXIAL COPUTARIZADA DE TORAX, EN PACIENTES CON TRATAMIENTCON CORTICOIDES SITEMICOS CON NAC POR COVID-19 GRAVE, REPORTE DE UN CASO

Diego Ramirez Charme (1), Franz Verdugo Zuñiga (2), Matias Honorato Guzman (2)
(1) Médico EDF de Casablanca, (2) Médico EDF de Chepica

INTRODUCCIÓN: Una de las principales complicaciones de la infección por SARS COV 2, es la Neumonía viral que esta genera, provocando una alteración en la V/Q que genera una insuficiencia respiratoria aguda, estas alteraciones se pueden objetivar por medio de la TAC de Tórax sin contraste. Dentro de los principales tratamientos que ha tenido buenos RESULTADOS en pacientes con esta patología es el tratamiento con corticoides sistémicos. En esta publicación se presentará el caso de un paciente con esta entidad clínica y se evaluará la evolución de su TAC (Tomografía axial computarizada) de TORAX durante su hospitalización. **PRESENTACIÓN DEL CASO:** Paciente de 54 años, femenina, con antecedentes de HTA y obesidad grado II, sin otros antecedentes relevantes, con cuadro de 5 días de evolución de odinofagia, mialgias, fiebre y CEG, que luego se agrega disnea por lo que consulta en SU de HCVB. Al ingreso paciente So2 88%, FR 30, hemodinamicamente estable se le realiza TAC de tórax que muestra vidrio esmerilado en ambas bases, con focos de condensación acinar bibasales sugerentes de NAC por covid-19, se le realiza PCR SARS COV 2 (+), se conecta a oxigeno por naricera y debido a mala evolución se conecta a CNAV (cánula nasal de alto flujo) con 60 lts por minuto, la cual normaliza sus parámetros respiratorios por lo que se traslada UPC (unidad de paciente critico) . En UPC se inicia protocolo recovery, en su día 7 de hospitalización paciente evoluciona de manera tórpida por lo que se solicita Angiotac: que se informa con gran compromiso pulmonar 70 – 80%, con retracciones subpleurales y pulmonares, atelactasias bibasales extensas, sin signos de TEP. Se logra completar protocolo recovery y debido a buena evolución de parámetros respiratorios se detesta CNAV y se realiza traslape a naricera a 3lts con traslado de paciente a unidad de baja complejidad. En unidad de baja complejidad se continua con corticoides a dosis de 1 mg por kg, en su día 21 de hospitalización se realiza TAC de TORAX de control: que se informa con compromiso en vidrio esmerilado de un 15% del pulmón, con leve atelectasias bibasales sin otros hallazgos, paciente evoluciona de buena manera sin requerimientos de o2 y es dada de alta el día 26 desde su ingreso, cumpliendo 48 hrs sin oxígeno. **CONCLUSIÓN:** En pacientes con NAC por SARS COV 2 grave, tratados con corticoides sistémicos, se puede objetivar la evolución de estos por medio de una tomografía axial computarizada de tórax sin contraste y de esta manera poder tomar conductas durante su hospitalización.

MESIODENS: REPORTE DE UN CASO

Javiera Ramírez Gutiérrez (1), Paula Reyes Ríos (2)
(1) Odontóloga EDF Hospital Lonquimay, (2) Odontóloga EDF DAS Contulmo

INTRODUCCIÓN: Los dientes supernumerarios son dientes que exceden la fórmula dentaria normal, independiente de su localización y forma. Con una prevalencia entre el 0.3 y 0.6%, son más frecuentes en el maxilar superior (90%) (Fernandez, 2006) y de estos el más habitual es el mesiodens, diente supernumerario que se presenta en la línea media, entre ambos incisivos centrales superiores. La mayoría de estos presentan una forma conoide. El diagnóstico y tratamiento de estos dientes es necesario para evitar complicaciones posteriores en la oclusión funcional. **CASO CLÍNICO:** Usuario género masculino, 8 años acude a urgencia dental por diente erupcionado en el paladar, con un cuadro doloroso de 2 días de evolución por laceración en la lengua asociada a roce con diente ectópico. Al realizar historia clínica, madre relata erupción retardada de dientes incisivos centrales en relación a sus compañeros de curso. Al examen clínico se observa diente ectópico, de forma conoide, erupcionado por palatino de diente 1.1. Herida tipo laceración en cara dorsal de la lengua levemente desplazada hacia el lado derecho de la línea médica, coincidente con ubicación de diente ectópico. Se tomar radiografías retroalveolares ortográfica y con desplazamiento para evaluar proximidad con raíces de incisivos centrales. Exodoncia programada con elevador, preservando tejidos y asegurando la mínima invasión a dientes adyacentes. **DISCUSIÓN:** Los dientes mesiodens son los más comunes entre los dientes supernumerarios, ubicados mesialmente con respecto a los dos incisivos centrales, en una posición normal o invertida. Más frecuentemente encontrados en la dentición definitiva, por lo que es importante su sospecha en la fase de dentición mixta. Este tipo de anomalía puede ser descubierta por una consulta dolorosa, al planificar un tratamiento ortodóntico, o por aumento de volumen óseo, con mayor frecuencia en la región anterior del paladar. Los mesiodens son diagnosticados a menudo por exámenes radiográficos de rutina. Un retraso en la erupción, o una erupción ectópica o asimétrica de los incisivos centrales, deben alertar al clínico sobre la posibilidad de un mesiodens. Estudio radiográfico acucioso, como la radiografía panorámica, periapicales (técnica ce Clark con desplazamiento) y oclusales es importante para la planificación, el diagnóstico y un tratamiento correcto. Los dientes mesiodens pueden causar diversas complicaciones como absorción radicular, rotación axial, apiñamiento, diastemas o quistes dentígeros. Por lo tanto, una vez el mesiodens se ha diagnosticado, se debe planificar el tratamiento, sea quirúrgico o de seguimiento. **CONCLUSIÓN**: El papel del odontólogo general es importante en la pesquisa de signos de alerta de mesiodens. Realizar examen radiográfico en caso de sospecha, para obtener un diagnóstico temprano y una planificación según el caso, a fin de evitar complicaciones posteriores.

REUBICACIÓN DEL MARGEN CERVICAL, UNA NUEVA ALTERATIVA TERAPÉUTICA PARA LA REHABILITACIÓN DE CAVIDADES SUBGINGIVALES

Javiera Ramírez Gutiérrez (1), Paula Reyes Ríos ()
(1) Odontóloga EDF, Hospital Lonquimay, (2) Odontóloga EDF, DAS Contulmo

INTRODUCCIÓN: La restauración de dientes con cavidades extensas es un desafío para el clínico, no solo por la pérdida de estructura dentaria, sino también por la posibilidad de invasión del ancho biológico. La reubicación del margen cervical (RMC) es una técnica que permite rehabilitar cavidades con límites subgingivales, generalmente en 2 tiempos operatorios: a través de la adaptación de una matriz de Tofflemire modificada, elevación del margen profundo de la cavidad con composite 1 a 2 mm supragingival (primer tiempo operatorio) y posterior rehabilitación directa (composite) o indirecta (incrustación). Esta técnica permite garantizar un buen sellado marginal, un adecuado perfil de emergencia y una mejor aislación, facilitando la posterior rehabilitación directa o indirecta. **OBJETIVO**: Revisión de la literatura de evidencia científica disponible de la técnica de reubicación de margen cervical previo a restauración definitiva directa o indirecta**. MÉTODO**: Revisión en Pubmed utilizando los términos "Proximal box elevation", "Cervical margin relocation", filtro inglés y 10 años. **RESULTADOS**: Se obtuvieron un total de 15 papers los cuales fueron revisados. **DISCUSIÓN**: La preservación de la estructura dentaria es el principio básico de la odontología restauradora, con el fin de mantener el balance biológico, mecánico, funcional y estético. Restaurar cavidades subgingivales presenta dificultad de acceso y aislación, encontrándose como estrategias para exponer el margen la tracción ortodóncica y la cirugía de alargamiento coronario, ambas inviables cuando el margen tiene proximidad con la furca o concavidades radiculares o cuando presenta relación coronoradicular desfavorable. RMC se presenta como una alterativa más conservadora, que ha demostrado reducir la filtración marginal en dientes posteriormente rehabilitados con overlays comparado con el grupo control (Köken, 2018) y presentando una buena tasa de sobrevida a los 12 años (Bresser, 2019). En relación al impacto a nivel periodontal, la evidencia es contradictoria. Mientras Ghezzi (2019) no encuentra diferencia significativa al evaluar sangrado al sondaje (SS) y profundidad de sondaje (PS) entre cirugía de alargamiento coronario (CAL) y RMC, Ferrari (2017) encontró diferencias significativas en SS. **CONCLUSIÓN**: Estudios clínicos controlados y randomizados son necesarios para obtener evidencia de alto nivel sobre el desempeño clínico del RMC, especialmente en la longevidad de las restauraciones y en la salud periodontal. La indicación del tratamiento dependerá de un estudio acucioso del caso, evaluando parámetros dentarios y periodontales previo a la toma de decisión.

CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN CON DIAGNÓSTICO DE ITS EN CESFAM PUAUCHO

José Ramírez Salinas (1), Juan Alvarado Pérez (2), Felipe Soza Schwencke (1)
(1) Médico EDF, CESFAM Puaucho, (2) Médico EDF, CESFAM Bahía Mansa

RESUMEN: Debido al impacto en la salud derivado de las infecciones de transmisión sexual (ITS) se realizó una descripción de la población local con diagnóstico de ITS. Se encontraron tasas menores a la población a nivel nacional, con amplio espacio para análisis, incluyendo los asociados a factores propios de una comuna vulnerable. **INTRODUCCION Y OBJETIVOS:** Las infecciones de transmisión sexual (ITS) representan una importante causa de morbimortalidad a nivel mundial, con una mayor incidencia en países en desarrollo. Es necesario, por tanto, tener conocimiento del comportamiento e incidencia de estas enfermedades a nivel de atención primaria, para realizar estrategias efectivas de salud. El OBJETIVO principal es realizar una descripción de la población con diagnóstico de ITS en el CESFAM de Puaucho. **MATERIAL Y MÉTODO:** Estudio descriptivo, retrospectivo. Se hizo una revisión incluyendo los últimos 2 años (01/01/2019 – 31/12/2020) de la población de pacientes inscritos en el CESFAM, a través de la plataforma Rayen, mediante el uso de programa IRIS. Se consideraron todos los diagnósticos CIE 10 relacionados con gonorrea, sífilis, condilomas, tricomoniasis y uretritis no gonocócica; con revisión posterior de ficha electrónica. **RESULTADOS Y CONCLUSIONES:** En el periodo 2019 se diagnosticaron 6 pacientes con ITS, con relación 1:1 entre hombres y mujeres. El promedio de edad fue de 34 años, siendo el menor 19 y el mayor 60 años. No hubo diagnóstico de Sífilis ni uretritis gonocócica, con 2 casos de condilomas ano-genitales, 2 uretritis no especificadas y 2 tricomoniasis. La edad de los diagnosticados de condilomas y uretritis estuvo dentro de un rango etario de 19-30 años, mientras que los 2 casos de tricomoniasis 50-60 años. Sólo en grupo de pacientes con tricomoniasis hubo comorbilidades, hipertensión en 1 caso. Ningún paciente tuvo diagnóstico previo de ITS. En el período 2020 no hubo diagnóstico de ITS. Las tasas de ITS local según enfermedad son disímiles respecto a la realidad nacional, destacando el diagnóstico de sífilis que no tuvo casos a nivel de CESFAM. **DISCUSIÓN:** Todo EMPA y control de salud cardiovascular incluye VDRL, por lo que no sería ese el primer factor a considerar en la falta de pesquisa de sífilis. La falta de diagnóstico de gonorrea se asocia a un protocolo de derivación por sospecha clínica a UNACESS regional, con confirmación y manejo en nivel secundario, con 2 casos potenciales en el registro. También llama la atención la ausencia de consultas por ITS el año 2020, pudiendo ser el causal la disminución de consulta espontánea y la dificultad de movilización en población altamente rural, entre otros factores que es necesario considerar en poblaciones vulnerables como lo es la comunidad de San Juan de la Costa.

Bibliografía:*1.- K. Cáceres Burton. Informe: Situación epidemiológica de las infecciones de transmisión sexual en Chile, 2017. Rev. Chil. Infectol. 2019, vol.36, n.2, pp. 221-233*

LOXOCELISMO CUTÁNEO EDEMATOSO CON COMPRESIÓN DE VÍA AÉREA, REPORTE DE UN CASO

Pamela Ramírez Pérez (1), Constanza Pino Díaz (2), Darien Riquelme Reyes (2), Javier Contreras Ebner (3)
(1) Médica EDF CGU Héctor Reyno, Alto Hospicio, (2) Médicos EDF Hospital Comunitario San Juan de Dios, Vicuña,
(3) Médico EDF CESFAM Cirujano Guzmán, Iquique

INTRODUCCIÓN: El Loxoscelismo cutáneo predominantemente edematoso (LCPE) es un subgrupo poco frecuente (4% de los casos) del Loxoscelismo cutáneo, en el cual está ausente o es insignificante la lesión necrótica, predominando el edema, el cual es autolimitado y se cree que abortaría el proceso necrótico al diluir el proceso enzimático inducido por las toxinas del veneno. **CASO CLÍNICO:** paciente de sexo femenino de 86 años, con antecedentes de DM tipo 2, EPOC, monorrena, consulta por cuadro de sensación de mordedura en región malar izquierda, a lo que 6 horas después se agrega lesión violácea, dolor urente y aumento de volumen progresivo. Se descarta angioedema y se sospecha LCPE, iniciándose manejo médico endovenoso con clorfenamina e hidrocortisona. Se descarta compromiso sistémico con exámenes de laboratorio. Por compresión de vía aérea por el edema se traslada a UCI para ventilación mecánica invasiva (VMI). Evoluciona favorablemente, comenzando la resolución del edema tras 5 días, lográndose el destete de VMI el día 6. Durante la hospitalización no desarrolló compromiso sistémico. **DISCUSIÓN:** En Chile, el diagnóstico diferencial del LCPE debe plantearse con mordeduras faciales de insectos, picadura de abejas y enfermedad de Chagas con puerta de entrada facial. El diagnóstico es habitualmente presuntivo, esencialmente clínico, basado generalmente en la historia de sensación de mordedura, asociado a una herida. No existe consenso sobre el mejor esquema de tratamiento a nivel internacional. El uso de antihistamínicos en los casos cutáneos es eficaz. La dapsona actúa inhibiendo la migración de los neutrófilos al sitio de la mordedura mediante mecanismos aún no aclarados y se ha usado en pacientes con compromiso extenso de piel. No se ha demostrado utilidad clínica del suero anti loxosceles y su uso conlleva elevados riesgos de reacciones adversas de gravedad, por lo que no está recomendado.

MALFORMACIÓN VENOSA MULTICOMPARTIMENTAL EXTENSA, A PROPOSITO DE UN CASO.

Pamela Ramírez Pérez (1), Constanza Pino Díaz (2), Darien Riquelme Reyes (2)
(1) Médica EDF CGU Héctor Reyno, Alto Hospicio, (2) Médica EDF Hospital Comunitario San Juan de Dios, Vicuña.

INTRODUCCIÓN: Las malformaciones vasculares aparecen y se desarrollan en la edad adulta, son persistentes y van creciendo lentamente. Suelen ser congénitas, su incidencia es de 1,5%, 2/3 de estas son malformaciones venosas (MV), con una incidencia de 1 en 2000 a 5000 nacimientos, sin distinción entre grupos raciales ni genero. Mas del 90% de los casos de MV ocurren de manera esporádica y son lesiones unifocales, aproximadamente el 40% de ellas se producen en las extremidades, el 20% en el tronco y el 40% en el área cervicofacial. Pueden encontrarse signos y síntomas leves, hasta complicaciones con riesgo vital como hemorragias, necrosis isquémica, falla cardiaca y compromiso de vías respiratorias. **PRESENTACIÓN DEL CASO**: Paciente masculino de 47 años, antecedente de malformación vascular de cabeza y cuello desde la infancia, sin indicación quirúrgica ni farmacológica. Presenta cuadro agudo de un mes y medio de evolución caracterizado por respiración bucal, obstrucción nasal, hiposmia, apnea nocturna objetivada en 60 segundos, ronquidos, aumento de volumen cervical-orofaringeo y dolor asociado. Es evaluado por cirugía de cabeza y cuello quien solicita resonancia magnetica y angioresonancia cervical, evidenciando extensa MV multicompartimental de bajo flujo en rino-oro e hipofaringe lateralizado a derecha con extensión a zona carotidea, parafaringea, paratiroidea, mastoides, seno sigmoides, región mandibular y tejido subcutáneo cervical supra e infrahioideo. Por efecto de masa se evidencia disminución en el calibre de vía aérea mayor en oro e hipofaringe. Debido a gran extensión e importante compromiso de vía aérea superior en evolución, es derivado a otorrinolaringología y dermatología para considerar nuevo tratamiento con Rapamicina oral versus manejo conservador con esclerotерapia durante un año. **DISCUSIÓN**: Con respecto a los tratamientos disponibles, hasta el día de hoy ninguno ha logrado la curación definitiva, y la recurrencia posterior al tratamiento es común. La escleroterapia es el tratamiento de primera línea dado que disminuye el volumen de las MV antes del tratamiento quirúrgico o puede ser el único tratamiento en lesiones donde la cirugía no es técnicamente factible, ya que esta opción es para malformaciones pequeñas o aquellas bien definidas. Como una nueva opción terapéutica, aparece el uso del agente inmunosupresor Rapamicina. Se han visto RESULTADOS prometedores en estudios recientes, tanto en modelos animales como en un estudio prospectivo, donde 6 pacientes con MV refractarias a los tratamientos estándar, presentaron alivio del dolor, mejoría funcional y de la calidad de vida, mejorando también los marcadores biológicos y radiológicos luego de 12 meses de tratamiento. En conjunto, los RESULTADOS son prometedores, siendo una adición útil a los tratamientos disponibles para las MV. Sin embargo, queda por determinar la duración óptima del tratamiento, el momento de administración y su seguridad a largo plazo.

TRASTORNO BIPOLAR EN PEDIATRÍA. A PROPOSITO DE UN CASO

Alexis Ramos Arias (1), José Pizarro Vidal (2), Alexander Williamson Barboza (3), Lorenzo Bustos Bustos (4)
(1) Médico Cirujano Pontificia Universidad Católica de Chile, (2) Médico EDF CESFAM Eugenio Petrucelli,
(3) Médico EDF Posta Rural San Miguel de Azap, (4) Médico EDF, CESFAM Amador Neghme

INTRODUCCIÓN y OBJETIVO: El diagnóstico de trastorno bipolar (TB) en población pediátrica ha sido confuso y controversial, no obstante, en las últimas dos décadas ha habido un gran avance en la literatura sobre dicha patología en niños y adolescentes. Se presenta un caso de un paciente diagnosticado con trastorno bipolar a los 12 años, con una revisión de la literatura. **MATERIAL Y MÉTODO:** Se revisa ficha clínica de caso en CESFAM Dr. Amador Neghme, ESSMA Norte y se realiza búsqueda bibliográfica. **CASO CLÍNICO:** Paciente masculino de 12 años, sin antecedentes médicos personales ni familiares, consulta en el extrasistema por cuadro de semanas de evolución de sintomatología anímica consistente en labilidad emocional, anhedonia, fatigabilidad, irritabilidad e ideas de vacío, en contexto de estresantes ambientales de carácter familiar. Es diagnosticado con episodio depresivo, y dado a la intensidad de los síntomas, es manejado con Sertralina 50 mg con inicio progresivo y psicoterapia. Responde rápidamente, presentando en los días posteriores al inicio de medicamento episodios de exaltación del ánimo, ideas de grandiosidad, disminución de la necesidad de dormir, con aumento de la actividad intencionada, de la psicomotricidad y con fuga de ideas, lo que duró más de una semana. Tras viraje farmacológico con episodio maníaco, se realiza diagnóstico de trastorno bipolar y se inicia risperidona, con buena respuesta y remisión de sintomatología descrita. **DISCUSIÓN:** En el *"Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition"* (DSM-5) los criterios diagnósticos para TB son los mismos independiente la edad del paciente en que se presentan los síntomas. Sin embargo, hay evidencia de que en niños los síntomas bipolares pueden ser más vagos o cortos que en adolescentes y en adultos. Los episodios de manía, hipomanía y depresión pueden estar acompañados por síntomas del polo opuesto, siendo conocidos como episodios con síntomas mixtos. La ideación suicida es común en jóvenes con trastorno bipolar, así como el riesgo de suicidio consumado está aumentado en esta población. Existe controversia si el trastorno por déficit atencional con hiperactividad pudiese ser pródromo de TB pediátrico. En cuanto a tratamiento, para episodios de manía, a diferencia de los adultos, la evidencia muestra mayor eficacia de los antipsicóticos de segunda generación por sobre los moduladores del ánimo. En episodios depresivos moderados a severos, la primera línea de tratamiento es un antipsicótico de segunda generación asociado a un inhibidor selectivo de la recaptura de serotonina. Actualmente hacen falta estudios randomizados con RESULTADOS positivos con respecto al tratamiento de mantención, siendo una alternativa mantener los medicamentos utilizados para la remisión de episodios anímicos agudos, siempre que éstos sean bien tolerados. Incluso durante la remisión sintomática los jóvenes con trastorno bipolar han demostrado tener alteraciones en su funcionamiento psicosocial, por lo que un desafío a futuro es dilucidar qué factores están asociados a lo anterior, lo que permitirá realizar un mejor abordaje desde la perspectiva del tratamiento.

TROMBOEMBOLISMO PULMONAR MASIVO COMO MANIFESTACIÓN DE CÁNCER DE CABEZA DE PÁNCREAS. A PROPÓSITO DE UN CASO.

Constanza Ramos Morales (1), Andrés Sanhueza Pedrero (1), Pía Cuevas Valdivia (1), Sebastián Riquelme Pérez (2)
(1) Médico EDF, Hospital de Mulchén, (2) Interno de Medicina Séptimo año, Universidad Diego Portales.

INTRODUCCIÓN. En Chile, el cáncer de páncreas representa el 3% de todos los cánceres, y su mortalidad específica corresponde al quinto lugar en mortalidad por cáncer para ambos sexos para el año 2012. Históricamente se asocia con mayor riesgo de enfermedad tromboembólica, dado que produce un estado de hipercoagulabilidad intrínseca por activación plaquetaria y expresión de factor tisular, trombina y fibrinógeno. Esta hipercoagulabilidad también favorece la angiogénesis y metástasis tumoral, por lo que la presencia de tromboembolismo pulmonar (TEP) podría sugerir cáncer pancreático avanzado, determinando un peor pronóstico. **CASO CLÍNICO.** Paciente masculino de 21 años, sin antecedentes mórbidos conocidos, presenta síncope presenciado por terceros en vía pública, tras lo cual es trasladado a Servicio de Urgencia. Ingresa en Glasgow 3 puntos, con pulso carotideo débil, sin ventilación espontánea. Evoluciona con actividad eléctrica sin pulso, tras lo cual se realizan seis ciclos de reanimación con recuperación de pulso e intubación posterior. Se realiza ecoscopía cardiaca observando buena contractibilidad, desplazamiento de septum hacia ventrículo izquierdo (VI) en sístole, severa dilatación de cavidades derechas y signo McConnel (-). Ecoscopía pulmonar evidencia imágenes sugerentes de infarto pulmonar en base pulmonar izquierda. Ecoscopía por compresión simple de EEII sin signos de TVP. ECG muestra ritmo sinusal, con bloqueo completo de rama derecha y signos de sobrecarga derecha, sin signos de isquemia. Es derivado a centro de mayor complejidad, donde presenta cuatro episodios de paro cardiorespiratorio, recuperando pulso post reanimación. Se realiza angioTAC de tórax que objetiva tromboembolismo pulmonar masivo, el que es manejado con trombolisis con alteplase 50 mg EV en bolo. TAC también evidencia masa de aspecto neoplásico en cabeza de páncreas, asociado a múltiples adenopatías torácicas. Es evaluado por neurología con electroencefalograma y resonancia cerebral que determina encefalopatía hipoxico isquémica con deterioro irreversible de funcionalidad neurológica, por lo que se decide manejo proporcional. Paciente fallece 19 días posterior a su ingreso. **CONCLUSIÓN.** El TEP es una causa importante de muerte en pacientes con cáncer. Estudios en pacientes oncológicos han demostrado que la incidencia de TEP es mayor en cáncer de páncreas que en otros tipos de cáncer, y este es generalmente un hallazgo incidental. El TEP es, además, significativamente más frecuente en pacientes con estadios avanzados de cáncer pancreático. En un paciente en paro cardiorrespiratorio, el TEP es una causa reversible que debe descartarse, sobre todo en un contexto donde se observa sobrecarga cardiaca derecha.

SOSPECHA DE INSUFICIENCIA SUPRARRENAL CRONICA PRIMARIA EN PACIENTE FEMENINA CON HIPOTENSION MANTENIDA, PRESENTACION DE UN CASO DESDE EL PUNTO DE VISTA DE ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD.

Mariaconsuelo Ramos Sáez (1), Natacha Guzmán Cuadra (1), Esteban Jaña Bravo (2)
(1) Médico EDF Hospital de Marchigue, (2) Medico EDF Hospital de Nancagua

INTRODUCCIÓN y OBJETIVOS: La insuficiencia suprarrenal crónica primaria o enfermedad de Addison corresponde a una patología poco frecuente y que requiere una alta sospecha diagnóstica debido a su sintomatología inespecífica tal como astenia, dolor abdominal, nauseas, vómitos, mialgias y artralgias, hipotensión, avidez por la sal, hiperpigmentación. Su etiología principal es la autoinmune, y puede estar asociada a otras enfermedades autoinmunes como tiroiditis y diabetes mellitus tipo 1. A continuación se presenta el caso de una paciente atendida en atención primaria de salud y su evolución hasta la evaluación con endocrinología. **Caso**: Paciente femenina de 54 años, con antecedentes de Hipertensión Arterial crónica, Diabetes Mellitus tipo 2, Hipotiroidismo, Diverticulosis, Fibromialgia y Trastorno Afectivo Bipolar. Inicia cuadro actual durante año 2020 con múltiples consultas en servicio de urgencia de hospital de Marchigue (baja complejidad) por episodios de hipotensión a pesar de suspensión de antihipertensivos y adecuación de antipsicóticos por psiquiatra tratante, además de mareos, astenia y dolor abdominal. En exámenes destacaba hiponatremia crónica hasta 125 mEq/L e hiperkalemia hasta 5,8 mEq/L. Ante la sospecha se inicia sustitución con hidrocortisona 20mg AM y 10mg PM y se realiza derivación a nivel secundario mediante interconsulta. En examen físico no se evidenció hiperpigmentación cutáneo-mucosa. Paciente evaluada por medicina interna en Hospital de Santa Cruz, donde se solicitan exámenes para confirmación destacando cortisol basal AM de 5,5 ug/ml (bajo rango) y ACTH 5 pg/ml (bajo rango). Fue derivada a endocrinología a Hospital Regional de Rancagua en donde de encuentra actualmente en evaluación inicial con indicación de mantener sustitución con Hidrocortisona 20mg-10mg-5mg al día + Fludrocortisona 0,1mg ½ comprimido al día, a la espera de reevaluación para confirmación definitiva sobre etiología primaria o secundaria. Destaca que desde la sospecha diagnóstica y derivación inicial desde atención primaria y evaluación por endocrinología pasaron 5 meses (octubre 2020 – abril 2021). **RESULTADO Y CONCLUSIONES**: Tal como se ha descrito, debido a la sintomatología inespecífica de la enfermedad, ésta requiere de una alta sospecha diagnóstica. En el caso de esta paciente, presentó 8 consultas en el servicio de urgencia de hospital de base comunitaria en el transcurso de 6 semanas antes de la sospecha clínica. Destaca que al tener diagnósticos previos del área psiquiátrica muchas de las consultas se atribuyeron a estas enfermedades (fibromialgia, por ejemplo), transformándose en un reto para el médico. En relación con los exámenes disponibles en atención primaria, destacaba la hiponatremia normovolemica persistente, a la que posteriormente se le agrega hiperkalemia, ambos en conjunto con la hipotensión sostenida, fueron elementos claves en la sospecha.

PIELONEFRITIS AGUDA BILATERAL EN HOMBRE DE 38 AÑOS: ESTUDIO DE CASO.

Matías Rau Moreno (1), Rodrigo Palma Peredo (2), Kevin Orchard Nahuelhuen (2)
(1) Médico EDF, CESFAM Eugenio Petruccelli A., (2) Médico EDF, Hospital Curacaví

INTRODUCCIÓN y OBJETIVOS: La pielonefritis aguda (PNA) es la forma más grave de infección del tracto urinario (ITU) y ocurre con más frecuencia en mujeres que en hombres. Generalmente afecta a un solo riñón, pero puede ser bilateral**.** Se presenta caso de hombre con PNA bilateral. **MATERIAL y MÉTODO:** Caso clínico de hombre de 38 años, sin antecedentes mórbidos, que consulta en servicio de urgencias por cuadro de 10 días de síntomas urinarios irritativos, fiebre, compromiso del estado general y dolor pélvico. En el examen físico de ingreso, el paciente se encuentra hipertenso, taquicárdico, con abdomen blando sin signos de irritación peritoneal, puño percusión positivo bilateral, y tacto rectal con aumento de la sensibilidad prostática. Análisis de laboratorio: Sedimento de orina inflamatorio, leucocitosis de 25.000mm^3 con neutrofilia, PCR > 200 mg/L, y aumento de la creatinina hasta 2,59 mg/dl. Se sospecha prostatitis aguda y se inicia Ceftriaxona 2gr endovenoso al día. En sala de medicina interna, evoluciona el primer día con dolor abdominal severo y signos sugerentes de irritación peritoneal. Evaluado por cirujano, se solicita Pielo-TC observándose hallazgos compatibles con pielonefritis bilateral. Se rescata resultado de urocultivo que muestra *E. Coli* multisensible. Posterior a resolución de lesión renal aguda, se solicita TC de abdomen y pelvis con contraste para estudio de alteraciones anatómicas que describe hallazgos compatibles con nefritis intersticial bilateral. Se complementa estudio con serología VHB, VHC y VIH: negativos, VDRL: no reactivo, PSA: 2,05 ng/ml. Hemocultivos negativos. Al quinto día de hospitalización presenta mejoría clínica, egresando al octavo día. **RESULTADOS Y CONCLUSIONES**: Las pacientes con PNA bilateral experimentan manifestaciones clínicas y de laboratorio más graves. Factores de riesgo descritos en la literatura son antecedentes de diabetes mellitus y tiempo de duración de los síntomas antes del ingreso, entre otros, siendo este último el caso de nuestro paciente. La complicación con lesión renal aguda es más frecuente en los casos de compromiso parenquimatoso bilateral. La presentación clínica clásica de PNA con dolor abdominal en flanco y puño percusión unilateral habitualmente están ausentes cuando el compromiso es bilateral, asemejando una prostatitis aguda en el género masculino. Un examen de imagen inicial puede ser de gran ayuda para el diagnóstico diferencial. **DISCUSIÓN Y COMENTARIO:** El presente caso ilustra la importancia del tratamiento precoz de las ITU para prevenir presentaciones de mayor gravedad, así como también la de conocer las manifestaciones atípicas de una enfermedad frecuente en la práctica clínica, que sin una adecuada sospecha puede llevar a diagnósticos equivocados, retraso en el tratamiento y como consecuencia peores RESULTADOS.

DIAGNÓSTICO INCIDENTAL DE NEUROFIBROMATOSIS POR MEDIO DE UNA BIOPSIA. A PROPÓSITO DE UN CASO.

Katherine Rebolledo Stegmann (1), Catalina Beltrán Vidal (1), Camila Montenegro Leonelli (2)
(1) Médico EDF, Hospital de Purén (2), Médico EDF, Hospital de Traiguén

INTRODUCCIÓN: El neurofibroma es la neoplasia más común de los nervios periféricos y es una de las manifestaciones clínicas más características de la Neurofibromatosis tipo 1(NF1) o enfermedad de Von Recklinghausen, perteneciente al grupo de enfermedades conocidas como Síndromes Neurocutáneos. La NF1, es una enfermedad autosómica dominante con una incidencia de 1 en 3.000 personas. Es una patología multisistémica causada por mutaciones esporádicas, heterogéneas en el gen NF1 y aproximadamente un 50% de los casos no son heredados. El diagnóstico clínico de los pacientes con NF1, se basa en los criterios establecidos en la conferencia para el desarrollo de consensos del Instituto Nacional de Salud realizada en 1987, los cuales toman en consideración principalmente el compromiso de la piel, huesos y sistema nervioso.
Se presenta el siguiente caso clínico por considerarse una enfermedad rara donde la sospecha diagnostica precoz es vital, ya que la frecuencia de complicaciones se incrementa con la edad. **REPORTE DE CASO:** Paciente masculino de 25 años con antecedente de cardiopatía en su infancia, talla baja, sin antecedentes familiares. Acude a policlínico de cirugía menor, para la exéresis de lesión papular de aprox 1 cm de diámetro, color piel, consistencia blanda, localizada en cara anterior antebrazo derecho y de al menos diez años de evolución. Se realiza procedimiento sin incidentes y se envía muestra a biopsia con sospecha de quiste epidermoide. Informe anatomo-patológico informa diagnostico histológico de neurofibroma. Se realiza examen físico más exhaustivo corroborando la presencia de múltiples maculas café con leche, signo de Crowe y neurofibromas de pequeño tamaño en extremidades y tórax posterior. Se deriva a dermatología donde se completa estudio, quedando en control y seguimiento multidisciplinario en centro de mayor complejidad. **DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES:** Si bien, aun no existe tratamiento especifico para la NF1, por ser una enfermedad progresiva, la sospecha diagnostica es crucial durante las primeras manifestaciones, para el tratamiento y prevención del desarrollo de tumores que pueden presentar complicaciones de acuerdo a su localización o incluso malignizarse.

CARACTERIZACIÓN DE USUARIOS CON DEMENCIA Y PRESTACIONES RECIBIDAS DURANTE UN AÑO DE PANDEMIA. EXPERIENCIA EN UN CENTRO DE ATENCIÓN PRIMARIA URBANO.

Víctor Rebolledo Muñoz, Estefano Medina Ríos, Rodolfo Sepúlveda Astudillo,
Médicos EDF CESFAM Amador Neghme.

INTRODUCCIÓN y OBJETIVOS: La demencia representa una carga importante para los sistemas de salud del mundo, y esto se da con un énfasis especial en Latinoamérica. La combinación de ciertos riesgos genéticos específicos, y los determinantes socioeconómicos de la región, establecen barreras importantes para el diagnóstico y el tratamiento de estas. Más aún, la situación actual de pandemia presenta el riesgo potencial de acentuar estas dificultades. El presente trabajo tiene como OBJETIVO caracterizar la población de usuarios con demencia que estuvo en contacto con nuestro centro durante el año 2020 y caracterizar las prestaciones no farmacológicas y farmacológicas que estos recibieron. **MATERIAL y MÉTODO:** Se analizaron los pacientes con GES confirmado de demencia durante el año 2020 en nuestro centro. Se recabó de sistema de notificación y de ficha clínica electrónica los datos de estos usuarios junto a su sexo, edad, etapa de demencia, los tratamientos prescritos entre el 01 de enero del 2020 y el 31 de marzo del 2021, y si habían tenido contacto telefónico o presencial ellos o sus cuidadores con alguna psicóloga del centro. Se realizó análisis con prueba χ^2 de Pearson para comparar la significancia estadística de la frecuencia de las intervenciones recibidas por dichos pacientes entre las distintas etapas de demencia. **RESULTADOS y CONCLUSIONES:** Se incluyeron 91 pacientes en el estudio. De estos, 56 fueron mujeres (61.5%) y 35 hombres (38.5%). Se observó una mayor proporción de casos a mayor edad siendo 63 pacientes (69.2%) mayores o igual a 80 años, 26 pacientes (28.6%) entre 65 y 80 años, y sólo 2 pacientes (2.2%) menores de 65 años. Existió una frecuencia significativamente distinta (valor-p 0.036) en la frecuencia del contacto con psicóloga, en inversa relación con la progresión de la demencia, ocurriendo en 11 de los pacientes con demencia leve, en 13 de los con demencia moderada y en 2 de los pacientes con demencia avanzada. Fue notoriamente baja la frecuencia de prescripción de donepezilo (5.5%) y memantina (4.4%), sin existir diferencias estadísticamente significativas al evaluar entre las distintas etapas de demencia. Se constató una alta frecuencia en la prescripción de antipsicóticos, teniendo 67 pacientes (73.6%) al menos una prescripción de quetiapina y 22 pacientes (24.2%). Cabe destacar que se detectaron 17 pacientes en quienes se indicó tanto quetiapina como risperidona (18.7 %). Se observó en 38 pacientes (41.8%) la prescripción de algún ISRS, mientras que la memantina sólo se recetó en 5 pacientes (5.5%); en ambas prescripciones no se observó diferencia significativa por etapa de demencia. **DISCUSIÓN o comentarios:** La demencia es una enfermedad heterogénea y compleja en su diagnóstico y tratamiento, con múltiples barreras para acceder tanto al diagnóstico como al tratamiento, las cuales se han visto acentuadas por la reciente pandemia. El bajo contacto con profesionales de salud mental y la escasa prescripción de los psicofármacos adecuados, como es evidenciado en este estudio, pueden acentuar dichas diferencias.

QUISTES DEL RAFE MEDIO DEL PENE: REPORTE DE UN CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA.

Víctor Rebolledo Muñoz, Estefano Medina Ríos, Rodolfo Sepúlveda Astudillo,
Médicos EDF CESFAM Amador Neghme.

INTRODUCCIÓN y OBJETIVOS: La atención primaria de salud representa el primer contacto de la mayor parte de la población con el sistema sanitario. Es en este sentido que es importante que los médicos de atención primaria sepan distinguir aquellas condiciones. El **OBJETIVO** del presente trabajo es presentar una condición urológica infrecuente, de evolución benigna, de modo de familiarizar al médico de atención primaria con esta lesión. **MATERIAL y MÉTODO:** Se realiza la presentación de un caso clínico de esta lesión y se realizó una revisión de la literatura en la base de datos PubMed Central bajo el query *<<"median"[All Fields] AND "raphe"[All Fields] AND ("cysts"[All Fields] OR "cyst"[All Fields]) AND ("penis" [All Fields] OR "penile"[All Fields])>>* y en la base SciELO Chile. **Presentación del caso:** Paciente masculino de 25 años de edad sin antecedentes médicos relevantes, único antecedente quirúrgico consiste en una tonsilectomía 3 años atrás. Sin historia de infecciones de transmisión sexual o traumatismos en región genital. Consulta por notar desde hace 8 meses lesiones en cara ventral del pene y escroto, indoloras, no pruriginosas, que refiere en cuanto a tamaño se han mantenido estables durante el tiempo. Si refiere que en ocasiones le generan molestias inespecíficas que no define como dolor, sin asociarlo a factor gatillante claro como la activad sexual o deportiva. Al examen físico se observan múltiples lesiones quísticas entre 3 y 6 mm de diámetro en cara ventral de pene y escroto, distribuidas a lo largo de rafe medio. Se realizó diagnóstico clínico de quistes del rafe medio del pene. Tras explicar naturaleza benigna de lesiones y beneficio de cirugía en relación con el componente estético, paciente rechaza derivación a nivel secundario. Al seguimiento a 3 meses lesiones se ha mantenido estable y los síntomas de paciente han resuelto de forma espontánea. **DISCUSIÓN O COMENTARIOS:** Los quistes del rafe medio del pene son una lesión genital benigna, de origen congénito, que la mayoría de las veces no se hace evidente hasta la segunda década de la vida. En general son de curso asintomático, pudiendo complicarse con dolor, infección de los quistes o en casos más raros hemato-esperma. Puede presentarse en cualquier lugar de la línea media entre el glande y el ano. El diagnóstico es eminentemente clínico, pudiendo confirmarse con histología cuando se decide la excisión de las lesiones con motivos estéticos o por preferencia del paciente. En la revisión de la literatura identificamos 103 reportes de casos o series de casos en la literatura, al buscar en bases de datos nacionales y extranjeras. La serie de casos más grandes identificada fue la de Otsuka et al., de 1990, en que se reportaron 160 casos de Japón. Sin embargo, la mayoría de los reportes de casos eran entre 1 y 3 casos. A la fecha, no identificamos ninguna publicación del medio nacional.

SÍNDROME VERTIGINOSO COMO PRIMERA MANIFESTACIÓN DE METÁSTASIS CEREBRAL: A PROPÓSITO DE UN CASO

José Reyes Rojas, Pablo Olguín Sepúlveda, Loreto Carrasco Honores,
Médicos EDF Hospital Comunitario de Salud Familiar de Quirihue.

RESUMEN: El vértigo es un síntoma prevalente y motivo de consulta frecuente en atención primaria. Sus principales etiologías son benignas, sin embargo, en ciertas ocasiones se puede presentar como manifestación de patologías de mal pronóstico. Se presenta caso de paciente que desarrolla síndrome vertiginoso como primera manifestación de metástasis cerebrales. **INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS:** Paciente de 81 años, con antecedentes de hipertensión, consulta por cuadro de dos semanas de vértigos al que se asocia posteriormente debilidad intermitente de extremidades y periodos variables de compromiso cualitativo de conciencia. Se estudia con exámenes sanguíneos y tomografía computarizada cerebral que informa imágenes heterogéneas con captación de medio de contraste en corona radiada con aspecto de implantación secundaria. Se realiza búsqueda de tumor primario sin éxito, por lo que se maneja como paciente con metástasis cerebral múltiple con tumor primario desconocido ingresando a cuidados paliativos. **MATERIAL Y MÉTODO:** Búsqueda en bases de PubMed, con los términos MeSH: "central origin vértigo" y "Brain Metastases" Se utilizó información de paciente con acceso a ficha clínica autorizada. **RESULTADOS Y CONCLUSIONES:** El vértigo es un síntoma prevalente, afectando al 23% de la población general. Las presentaciones atípicas o con mala respuesta a tratamiento habitual se benefician de estudio dirigido. Entre las patologías de mal pronóstico que lo origina se encuentran los tumores intracraneales. Entre un 15 a 40% de los pacientes con cáncer desarrolla metástasis cerebrales, siendo las neoplasias de pulmón, mamá, melanomas y tumores renales las lesiones primarias más frecuentes. **DISCUSIÓN Y COMENARIOS:** El vértigo tiene una gran variedad de etiologías en su mayoría de origen benigno y responden adecuadamente a tratamiento médico. Sin embargo, en casos que no respondan adecuadamente a terapia y/o se asocian a síntomas poco comunes en pacientes de edad avanzada, se debe sospechar causas malignas como su origen y se deben estudiar dirigidamente.

Bibliografía:

1) *Dommaraju S, Perera E. Aust Fam Physician. 2016 Apr;45(4):190-4.*
2) *Lovo E, Rev. méd. Chile v.133 n.2 Santiago feb. 2005*
3) *Johnson JD, Young B. Demographics of brain metastasis. Neurosurg Clin N Am. 1996;7(3):337.*

GUÍAS PARA MANEJO ODONTOLÓGICO DE PACIENTE ONCOLÓGICO INFANTIL. REVISIÓN DE LA LITERATURA.

Paula Reyes Ríos (1), Javiera Ramírez Gutiérrez (2)
(1) Dentista EDF, DAS Contulmo, (2) Dentista EDF, Hospital de Lonquimay

INTRODUCCIÓN: La clasificación internacional de enfermedades define como cáncer infantil a los tumores malignos diagnosticados en menores de 15 años. Tienen una baja frecuencia, pero se consideran las 2da causa de muerte en mayores de 1 año después de los accidentes infantiles. Las leucemias son las más frecuentes y en general, tienen una supervivencia mayor al 70%, es por esto que cada vez es más común que niños con antecedentes de tratamientos oncológicos soliciten atención dental, considerando además que las políticas chilenas de atención se enfocan principalmente en estas edades (Programa CERO, GES 6 años), por lo que tener conocimientos para el adecuado manejo de estos pacientes es vital para el odontólogo general. **OBJETIVO**: Revisión de la literatura sobre guías para el manejo de paciente oncológico infantil en la atención dental. **MÉTODO**: Revisión de Pubmed utilizando termino MESH "dental care for children" y "neoplasm", filtro inglés y 10 años. **RESULTADOS**: Se obtuvo un total de 10 papers que fueron revisados. **DISCUSIÓN**: Considerar que, aunque el cancer esté fuera del área maxilofacial, sus tratamientos ejercen una acción agresiva y sistémica en el paciente. En estos pacientes podemos encontrar manifestaciones orales derivadas del tratamiento o del cáncer como mucositis, candidiasis, hemorragias, queratitis y también, por otros factores, como las caries y enfermedad periodontal. Dentro de la información importante que tenemos que tener en consideración durante la atención dental es el diagnóstico, el tratamiento recibido y el estadío de la enfermedad. Idealmente es realizar una evaluación y tratamiento previo al comienzo de la terapia oncológico. Si paciente ya está en tratamiento, considerar la comunicación directa con el médico tratante, solicitar pase médico, considerar presencia de catéter venoso central y realizar profilaxis previo procedimientos según recomendaciones de la AHA. Monitorear el recuento absoluto de neutrofilos (RAN) y recuento plaquetario para evaluar coagulopatias secundarias al tratamiento oncológico. Valores de RAN < a 2000/ mm3 y recuentos plaquetarios < a 75.000/mm3 deben ser evaluados por médico previo tratamiento odontológico. **CONCLUSIÓN:** La atención odontológica de usuarios en etapa infantil en distintas etapas del tratamiento oncológico, debe tener consideraciones especiales por parte del odontólogo, conocer en qué momento de tratamientos está, que tratamiento recibe, medicamentos de uso y estado general para una atención segura.

SOSPECHA DIAGNÓSTICA DE TROMBOEMBOLISMO PULMONAR(TEP) EN PACIENTE JOVEN. REPORTE DE CASO

Valentina Reyes Ríos (1), Carolina Tapia Reyes (2), Matías Aguayo Estay (2), Christian Mondaca Hartog (1)
(1) Medica EDF Hospital Quintero, (2) Medica EDF, Hospital Puerto Natales.

INTRODUCCIÓN y OBJETIVOS: El TEP es un alojamiento súbito de coágulo sanguíneo en una arteria pulmonar con la consiguiente obstrucción del flujo pulmonar. Presenta clínica variable e inespecífica, por lo que para su diagnóstico se debe establecer probabilidad pretest a través de score de Wells. En caso de baja probabilidad, uso criterio PERC. Si PERC (+) o probabilidad intermedia; usar dímero D. Alta probabilidad; angioTAC. **MATERIAL y MÉTODO:** Femenino, 35 años. Consulta por 4 días de disnea y palpitaciones. Ingresa taquicardica, hipertensa, sin desaturación, afebril. Antecedente de obesidad mórbida y dislipidemia, duelo reciente. Examen físico normal. Electrocardiograma(ECG) taquicardia sinusal(TS), alteraciones inespecíficas ST. Al alta manejo sintomático por ansiedad. Día 2; reconsulta por mantener síntomas. Ingresa taquicardica, hipertensa, polipneica, desaturando hasta 91%, examen físico normal. Radiografía: aumento silueta cardiaca, sin ocupación pleural ni condensación. ECG: TS, sin isquemia. Troponinas normales. Se diagnostica disnea, estudio de insuficiencia cardiaca. Día 3; Reconsulta por disnea y lipotimias. Examen físico normal. ECG y radiografía sin cambios. Se diagnostica cardiomegalia y apnea del sueño. Día 4; Ingresa desaturando 75%, taquicardica, normotensa, polipneica, vigil. Refiere uso anticonceptivo combinado. Examen físico murmullo pulmonar disminuido a izquierda, crépitos difusos, pierna derecha empastada. ECG: TS con patrón S1Q3T3. Ecografía: Tromboflebitis derecha, no se logra evaluar venas profundas. Laboratorio sin hallazgos. Se indica anticoagulante. Se traslada a hospital de derivación para estudio y manejo. Ahí ingresa desaturando 89% con MAF. Se solicita angioTAC y se confirma TEP. Ingresa a cuidados críticos, sin embargo, realiza paro cardiorrespiratorio no recuperado. **RESULTADOS Y CONCLUSIONES:** El TEP es un cuadro importante por su alta mortalidad y su clínica variable e inespecífica. Mediante criterios estandarizados se puede diagnosticar con certeza. **DISCUSIÓN O COMENTARIOS:** Recordar enfrentamiento ABC. Considerar factores de riesgo, diagnostico sindromático y diagnósticos diferenciales. Conocer signos y síntomas, y paraclínicos indirectos. Sospecha y anticoagulación precoz.

DISYUNCIÓN ACROMIOCLAVICULAR EN APS: DIAGNÓSTICO Y MANEJO INICIAL A PROPÓSITO DE UN CASO.

Javier Richard Cajas (1), José Galimany Acosta (2), Rafael Richard Cajas (3)
(1) Médico Jefe, Agencia ACHS Iquique, Tarapacá, (2) Médico EDF CESFAM Pozo Almonte, Tarapacá;
(3) Médico General, Hospital de Curacaví, Región Metropolitana.

INTRODUCCIÓN: La disyunción acromioclavicular corresponde al 9-12% de las lesiones de cintura escapular. Es más prevalente en hombres, y su principal mecanismo es por traumatismo directo. La clasificación de Rockwood tiene importancia pronóstica para el manejo de esta patología, por lo que su correcta interpretación, y evaluación radiológica es de relevante para determinar la derivación oportuna de los pacientes, pero siempre debe correlacionarse con la clínica. Cuando se decide el manejo ortopédico, es fundamental tener en consideración el estado basal del paciente, como también poder hacer un seguimiento correcto para ir constantemente reevaluando la decisión. **CASO CLÍNICO:** Paciente de sexo masculino, de 29 años, sin antecedentes mórbidos, trabajador de minería, quien estando en faena se resbala y cae hacia el lado izquierdo de forma brusca, golpeándose la zona posterior del hombro, notando deformidad casi inmediata. Consulta en policlínico de faena desde donde es derivado a consultar a mutualidad. Al examen físico de ingreso: hombro izquierdo tecla +, con equimosis en zona de articulación acromioclavicular, doloroso a la palpación. Sin dolor en trayecto clavicular, movilidad de hombro: logra 90 de abducción activa, 130 pasiva, 45° de flexión anterior, logra crossarm con molestia leve. Neurovascular distal normal. Se toma radiografía donde se evidencia gap coracoacromial de 21 mm (6 mm en contralateral), y acromioclavicular de 18 mm, sin defectos óseos. Se indica inmovilización inicial, y derivación a traumatólogo, quien descarta necesidad quirúrgica, por lo que, completados 10 días de inmovilización parcial, se inicia kinesioterapia. El paciente completa 1 mes de kinesioterapia y es dado de alta con leve deformidad acromioclavicular, pero funcionalidad completa. **DISCUSIÓN:** En este caso, radiológicamente fue calificado inicialmente como una disyunción acromioclavicular grado V, lo que conlleva una reparación quirúrgica. Sin embargo, clínicamente el paciente tenía gran parte de su funcionalidad conservada, incluso en la fase aguda. El sólo realizar kinesioterapia, en este paciente joven, con buena funcionalidad de base, permitió llevar adelante una lesión sin intervención quirúrgica, y así evitar los riesgos que esto trae. Si bien esto podría haber sido indicado por el médico general, la derivación oportuna también permitió evaluar correctamente la necesidad quirúrgica, y permitió desestimarla. Se hace fundamental también realizar un seguimiento adecuado al paciente, entendiendo que puede requerir una intervención posterior en casos límites como este. **CONCLUSIÓN:** El mecanismo lesional y el examen físico siguen siendo la mejor orientación para el médico. Conocer los criterios radiológicos, y las características del tratamiento es fundamental, pero siempre prima cómo vemos al paciente.

FRACTURAS AISLADAS DE MALÉOLO LATERAL: ¿QUÉ IMÁGENES ME SIRVEN? REVISIÓN A PROPÓSITO DE UN CASO

Javier Richard Cajas (1), José Galimany Acosta (2), Rafael Richard Cajas (3)
(1) Médico Jefe, Agencia ACHS Iquique, Tarapacá, (2) Médico EDF CESFAM Pozo Almonte, Tarapacá;
(3) Médico General Hospital de Curacaví, Región Metropolitana

INTRODUCCIÓN: Las fracturas de maléolo lateral son de las fracturas más frecuentes en adultos, y su principal mecanismo causal es la inversión de tobillo. Para su evaluación inicial y diagnóstico se requieren radiografías del tobillo de acuerdo a los criterios de Ottawa. Estas fracturas se agrupan según la clasificación de Weber, la cual orienta sobre su tratamiento. Fundamental a la hora de decidir en un tratamiento ortopédico o quirúrgico es la estabilidad de la lesión, la que puede ser evidente, o requerir mayores estudios, dentro de los que destaca la radiografía con carga monopodal comparativa o la tomografía computada (TC). **CASO CLÍNICO:** Paciente de sexo femenino, de 54 años, sin antecedentes mórbidos, educadora de párvulos. Al ir en scooter eléctrico a su casa, pierde el equilibrio y estando en movimiento se apoya con el pie derecho, provocándole inversión de tobillo. Sigue a su casa con dolor, y luego es llevada a consultar a SU por su hija. Al examen físico no logra apoyo de pie derecho. Tobillo derecho: aumento de volumen +/+++ perimaleolar lateral, Ottawa positivo a la palpación de malelo lateral y medial. Sin dolor en peroné proximal, base de 5° MTT o navicular. Lisfranc y Chopart estables. Neurovascular distal normal. Se solicita radiografía de tobillo anteroposterior, lateral y oblicua, evidenciándose rasgo oblicuo de fractura sin conminución en maléolo lateral Weber B. Se inmoviliza con bota Walker, y se solicita TA y nuevo control. Este informa fractura descrita tipo A2, pero al revisar imagen no se evidencia lesión de maléolo tibial, por lo que se considera como B1 de la AO. Se decide manejo ortopédico dada estabilidad clínica e imagenológica. A las 4 semanas inicia movilidad de tobillo con ejercicios suaves en casa, y a las 6 semanas inicia kinesioterapia formal, completando 2 meses y medio y siendo dada de alta con mínimo dolor local palpatorio, pero funcionalidad completa. **DISCUSIÓN:** En este caso fue difícil tomar la decisión sobre el manejo, y a veces la radiografía simple, e incluso la TC pueden ser insuficientes para objetivar la estabilidad. En retrospectiva esta paciente se habría beneficiado de una radiografía con carga monopodal comparativa, tomada a la semana de evolución para realmente objetivar la estabilidad clínica, pero la evolución favorable y el tipo de fractura reafirmó la decisión ortopédica. **CONCLUSIÓN:** La estabilidad del tobillo es lo más importante a la hora de decidir sobre su tratamiento y pronóstico. El examen físico y el estudio imagenológico concordante permiten al médico poder decidir, y en especial cuando hay casos límites, debemos tratar de obtener la mayor cantidad de información posible antes de elegir una alternativa.

ENFERMEDAD DE POTT, REPORTE DE UN CASO.

Francisca Riffo Sepúlveda (1), Ljubica Milos Pedemonte (1), Felipe Bocic Wattier (2).
(1) Médico Cirujano EDF CESFAM Michell Chandía Alarcón. Servicio de Salud Ñuble.
(2) Médico Cirujano EDF CESFAM Federico Puga Borne. Servicio de Salud Ñuble.

INTRODUCCIÓN: La enfermedad de Pott o espondilodiscitis tuberculosa, es una forma de presentación de la tuberculosis extrapulmonar que afecta la columna vertebral que lleva a la destrucción de las estructuras afectadas. La tuberculosis ósea representa el 20% de la afectación extrapulmonar, de ésta el 50% corresponde a afectación de columna vertebral, siendo la región dorsolumbar la de mayor frecuencia de presentación. **CASO CLÍNICO:** Paciente sexo femenino, 25 años, sin antecedentes mórbidos. Consultó por dorsolumbalgia de 8 meses irradiado a extremidad inferior izquierda, baja de peso no cuantificada y sudoración nocturna. Se realizó TAC de columna lumbar que evidenció espondilodiscitis L1-L2 con raquiestenosis y colecciones de los músculos psoas mayor a izquierda. Se hospitalizó para completar estudio, se realizó punción de colecciones con estudio de cultivos negativos. Posteriormente, se sometió a cirugía con fijación de columna transpedicular por laminectomía posterior de L1-L2, se extrajo nueva muestra de secreción de tejido paravertebral que se analizó a través de GeneXpert arrojando resultado positivo para Mycobacterium tuberculosis. TAC de tórax sin alteraciones y estudio de VIH negativo. Evaluada por Broncopulmonar quien indicó iniciar esquema primario de tratamiento antituberculoso con dosis fija combinada de fase diaria, 4 comprimidos por día y fue derivada a su establecimiento de APS para continuar el tratamiento y manejo. **DISCUSIÓN**: La lumbalgia constituye uno de los motivos de consulta más frecuentes, hasta un 85% de la población ha presentado al menos un episodio en su vida. Debemos considerar la etiología tuberculosa dentro de los diagnósticos diferenciales, sobre todo cuando se presenta de manera más larvada y con banderas rojas. La importancia de lo anterior, es poder diagnosticar y realizar tratamiento temprano y oportuno con los antibióticos antituberculosos gratuitos y efectivos que ofrece el Sistema de Salud Público Chileno. Además, para poder prevenir las posibles complicaciones y/o secuelas asociadas.

CARACTERIZACIÓN DE ENDOSCOPIAS DIGESTIVAS ALTAS Y BIOPSIAS GÁSTRICAS TOMADAS POR ESTUDIO DE GASTROPATÍAS EN CESFAM PEDRO PULGAR DE ALTO HOSPICIO PERIODO DE JULIO 2019 A FEBRERO 2021

Francisca Riquelme Ruiz, Sebastián Navarrete Guzmán, Sofía Guzmán Fredes
Médicos EDF CESFAM Pedro Pulgar M.

INTRODUCCIÓN: La endoscopía digestiva alta (EDA) sigue siendo una herramienta de apoyo diagnóstico indispensable para la pesquisa temprana de lesiones malignas y premalignas del tubo digestivo, actualmente se encuentra disponible en los Centros de Salud de Atención Primaria donde son médicos generales quienes solicitan, evalúan, inician tratamiento, seguimiento o derivación a nivel secundario según corresponda. Los OBJETIVOs de este trabajo es caracterizar los diagnósticos endoscópicos e histopatológicos de pacientes sometidos a endoscopía digestiva alta, la frecuencia de Helicobacter pylori por test de ureasa, tratamiento de erradicación y necesidad de derivación a nivel secundario en pacientes con estudio de gastropatías en CESFAM Pedro Pulgar de Alto hospicio. **MATERIAL y MÉTODO:** Estudio descriptivo, retrospectivo. Incluyó 173 endoscopias realizadas a pacientes entre 14 y 90 años de edad, se realizó mediante revisión de registro estadístico planilla Excel de encargado convenio endoscopias, desde Julio de 2019 a febrero 2021. Para la toma de examen de cada paciente sólo se requirió la sospecha clínica de gastropatía. **RESULTADOS:** El estudio incluyó 173 EDA de las cuales 34 incluían biopsia gástrica con informe histopatológico. El promedio de edad para el sexo femenino fue de 47 años y masculino de 52 años. La gastropatía eritematosa antral fue el diagnóstico endoscópico más frecuente (23,6%) al igual que histológico (40%), se encontraron lesiones premalignas y malignas en un 13% de los casos. La frecuencia de Helicobacter pylori fue de 55,42%, y se realizó tratamiento de erradicación en el 97,8% de estos casos. **CONCLUSIÓN y DISCUSIÓN:** El estudio con EDA se realizó mayormente en mujeres de la 4ta a 5ta edad, el diagnóstico más frecuente fue el de gastropatía eritematosa lo que se correlaciona con la literatura actual. Las lesiones preneoplásicas alcanzaron el 5% y un 0,5% de lesiones malignas, levemente menor a lo reportado por otros autores que va de 1.6% hasta 14.28%. El porcentaje de test de ureasa positivo en este estudio fue del 55,4% lo que es menor que en población general chilena que alcanza el 73%. Las biopsias endoscópicas se realizaron cuando el diagnóstico endoscópico fue de lesiones consideradas preneoplásicas, seguida de esofagitis severas. El tratamiento de erradicación se generó en el 97% de pacientes de los cuales el 86,6% recibió tratamiento de primera línea, seguido de 4,4% que recibió de segunda línea.

IMPACTO DE LA INCORPORACIÓN DE TELEDERMATOLOGÍA EN LA DERIVACIÓN DE PACIENTES A HOSPITAL REGIONAL EN CESFAM PEDRO PULGAR DE ALTO HOSPICIO ENTRE JULIO 2019 Y FEBRERO 2021

Francisca Riquelme Ruiz, Sofía Guzmán Fredes, Sebastián Navarrete Guzmán
Médicos EDF CESFAM Pedro Pulgar Melgarejo

INTRODUCCIÓN: Existe una prevalencia importante de patologías cutáneas en la población chilena, lo que genera una alta demanda de derivación dermatológica junto con un tiempo de espera prolongado, lo cual llevó a generar instancias de atención telemática. Desde el año 2019, se implementa Teledermatología integrada a la estrategia de telemedicina en el CESFAM Pedro Pulgar Melgarejo (PPM), con la finalidad de establecer una alternativa a la evaluación presencial por especialista, y con esto lograr disminuir y priorizar el número de paciente que requieran esta derivación. Por esto resulta interesante analizar cómo se ha comportado este sistema a más de 2 años de iniciada telemedicina, y ver el impacto de esta estrategia en nuestro CESFAM. El OBJETIVO de este trabajo es determinar la frecuencia de derivación del CESFAM PPM hacia la especialidad de dermatología en atención secundaria antes y después de la incorporación de la estrategia de teledermatología. **MATERIAL y MÉTODO:** Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo, donde se analizó la base de datos de derivaciones del CESFAM PPM del año 2017-2018 y la base de datos de la plataforma tele-minsal de dermatología de nuestro centro entre Julio de 2019 y febrero de 2021. **RESULTADOS:** El estudio incluyó 153 derivaciones a teledermatología. La frecuencia de derivación a consulta presencial previo al inicio de telemedicina era en promedio de 60 interconsultas/año, mientras que posterior a su implementación fue en promedio 16 interconsultas/año lo que implica una disminución de la necesidad de derivación a dermatología presencial del 73,4%. El promedio de espera de la respuesta del especialista fue de 8,37 días, con un tiempo máximo de 20,3 días. El promedio de edad fue de 30,01 años. El acné comedoniano fue el diagnóstico dermatológico más frecuente (13,7%) seguido de la dermatitis atópica (8,4%) y la pitiriasis (8,4%). **CONCLUSIONES y DISCUSIÓN:** Teledermatología corresponde a una estrategia ministerial que fue implementando a inicios de 2019 en nuestro centro y que incluyó adicionalmente una canasta farmacológica nueva que podía ser entregada en Atención Primaria (APS). La disminución de la necesidad de derivación a dermatología presencial del 73,4% se asoció a una respuesta rápida por parte del especialista y una la alta frecuencia de diagnósticos con buena resolución a nivel primario (acné comedoniano, dermatitis atópica, pitiriasis) lo que genera altas expectativas por parte de los clínicos de disminuir en un corto periodo de tiempo las listas de espera generadas por la especialidad.

EXTRAVASACIÓN URINARIA RENAL ESPONTÁNEA: REPORTE DE UN CASO.

Javiera Rivas Pacheco (1), Andoni Asiain Neno (1), Andrea Elgueta Ocampo (2), Araseli Martinez Escobar (3)
(1) Médico EDF Hospital de Vilcun, (2) Médico EDF Hospital de Bulnes, (3) Interna Medicina Universidad Mayor de Temuco

INTRODUCCIÓN: La extravasación espontánea de orina, descrita en 1986, se define como la salida de orina fuera del tracto urinario en ausencia de trauma, intervención quirúrgica o instrumentación urológica previa. Es un hallazgo poco frecuente en la práctica clínica, cuya importancia radica en su cuadro clínico similar a un abdomen agudo y difícil diferenciación. **PRESENTACIÓN DEL CASO**: Paciente hombre de 61 años con antecedente de cáncer de próstata en tratamiento con radioterapia consulta en el servicio de urgencias por dolor inguinal izquierdo, intenso, irradiado a región lumbar, asociado a disuria, afebril, hemodinámicamente estable, sin otros síntomas urinarios ni gastrointestinales. Se realizó exámenes sin elevación de parámetros inflamatorios, función renal conservada, orina completa normal y urocultivo negativo. Se diagnosticó cólico abdominal y se realizó manejo analgésico, con regular respuesta. Se citó a control en 48 horas, paciente persistió con dolor y debutó al examen con resistencia de la musculatura abdominal. Nuevos exámenes destacarón falla renal aguda sin otras alteraciones. Se trasladó a centro de mayor complejidad ante sospecha de abdomen agudo, donde se realizó tomografía de abdomen y pelvis que informó dilatación ureteral sin factor obstructivo aparente ni otros hallazgos. Ante eventual patología urológica, se decidió realizar imagen en fase excretora que mostró extravasación de orina e inflamación de la grasa perirrenal, sin causa evidente. Se instaló catéter doble J con evolución favorable y pronto retorno a domicilio. **DISCUSIÓN**: La extravasación urinaria espontánea es una entidad patológica poco frecuente, sin cuadro clínico característico, con sintomatología diversa, que puede confundirse con la presentación de un cuadro de abdomen agudo, lo que puede significar realizar intervenciones innecesarias y riesgosas para el paciente. La tomografía es un estudio de imagen útil para realizar el diagnóstico y según su severidad el manejo puede realizarse vía endoscópica de forma segura y confiable.

SINDROME DE WELLENS, UN INFARTO DESAPERCIBIDO: REPORTE DE UN CASO.

Javiera Rivas Pacheco, Andoni Asiain Neno, Ignacio Chavez Segura
Médicos EDF Hospital de Vilcun

INTRODUCCIÓN: El infarto agudo de miocardio es una de las principales causas de muerte en Chile y el mundo. Se han descrito patrones electrocardiográficos, que cuando se presentan en el contexto clínico de angina inestable o infarto y asociado a elevación de enzimas cardiacas, predicen la presencia de obstrucciones coronarias severas. Sin embargo, existen situaciones en las que aun en presencia de RESULTADOS normales, hay una enfermedad grave subyascente. Uno de estos casos es llamado síndrome de Wellens (SW), entidad caracterizada electrocardiográficamente por la presencia de ondas T invertidas o bifásicas en precordiales derechas con una elevación insignificante o inexistente del segmento ST. Descubierto en 1982 por Wellens y Zwaan como un subtipo de angina inestable con alto riesgo de progresar a un infarto agudo de miocardio de la cara anterior. **PRESENTACIÓN DEL CASO**: Mujer de 66 años con antecedentes de dislipidemia, resistencia insulinica y tabaquismo descontinuado. Cursa con historia de consultas repetidas en servicio de urgencia por cuadro de dolor precordial inespecífico, inicio en reposo, sin síntomas vasovagales y electrocardiograma (ECG) sin signos de isquemia. Cuadro interpretado como crisis de pánico. Durante la cuarta consulta por dolor torácico, esta vez opresivo, en reposo 4/10 EVA, nuevo ECG evidencia cambio evolutivo de onda t en pared anterior, sin elevación de CKMB y troponina T de 52 ng/l. Se activa hemodinamia de urgencia por patrón de alto riesgo, por sospecha Patron de Wellens. Coronariografia concluye lesión hipercrítica obstructiva en arteria descendente anterior de 99% y en la arteria coronaria derecha de 95%. Se realiza plastía con implante de stent en ambas, ADA y ACD, quedando con flujo TIMI III. Procedimiento sin incidentes. Paciente evoluciona de manera favorable, dándose de alta con controles periódicos. **DISCUSIÓN:** El SW es de difícil diagnóstico y requiere de una alta sospecha clínica, ya que las ondas T negativas no solo están presentes en este sino también en otro tipo de patologías cardiacas. Además, ante una clínica dudosa y enzimas cardiacas poco relevantes en estos casos, llevara a la interpretación de los cambios electrocardiográficos como inespecíficos. Es indispensable que el SW sea sospechado y diagnosticado de manera oportuna debido a la gravedad que implica su cuadro clínico en términos de desenlaces. El ECG juega un papel imprescindible en su diagnóstico, por tanto, el conocimiento de sus características debe ser una prioridad en los médicos de atención primaria de salud.

SINDROME FEBRIL PROLONGADO A CAUSA DE ENFERMEDAD POR ARAÑAZO DE GATO, REPORTE DE CASO.

Javiera Rivas Pacheco (1), Andoni Asiain Neno (1), Alex Sabattin Vallejos (1), Araseli Martinez Escobar (2)
(1) Médicos EDF Hospital de Vilcun, (2) Interna Medicina Universidad Mayor de Temuco

INTRODUCCIÓN: El síndrome febril prolongado es aquel con temperatura mayor a 38ºC por al menos 7 días sin un diagnóstico etiológico claro con un estudio preliminar, siendo la causa más común de este síndrome la presentación atípica de una enfermedad común. La enfermedad por arañazo de gato es una patología infrecuente, sin datos confiables respecto a incidencia en nuestro país, provocada por la bacteria Bartonella Henselae, cuya presentación se caracteriza por fiebre y adenopatías regionales dolorosas de semanas de evolución. **RESUMEN:** Paciente pediátrico de 12 años con antecedentes de asma bronquial consulta en urgencias por fiebre cuantificada 39ºC de dos días de evolución asociado a importante compromiso de estado general y dolor abdominal tipo cólico, difuso, exacerbado a la palpación en hipocondrio izquierdo sin signos de irritación peritoneal. Sin otro foco al examen físico. Exámenes destacan PCR de 79.1 y leucocitos 14390 con predominio neutrófilo. Se derivó a hospital de mayor complejidad para estudio. Por contexto pandemia se realizó toma de PCR COVID19 y radiografía de tórax, ambas negativas. Se derivó a domicilio para observación. Segunda consulta durante el quinto día de fiebre. Exámenes con aumento significativo de parámetros inflamatorios, además debutó con signos dudosos de irritación peritoneal. Ecografía abdominal no resulta concluyente, por lo que, se realiza tomografía de abdomen y pelvis que informó adenopatías inflamatorias mesentéricas siendo enviado con reposo a domicilio. Nueva consulta en hospital de origen al décimo día de fiebre intermitente, se ahonda en anamnesis destacando presencia de mascotas en el hogar, específicamente un gato. Se realizó toma de pruebas inmunológicas incluyendo Bartonella Henselae, cuyo resultado, 5 días después resultó ser positivo. Al cumplir 15 días de cuadros febriles se inicia tratamiento con azitromicina con buena respuesta. **DISCUSIÓN:** Los avances de los estudios diagnósticos han sido de gran ayuda en el proceso de descarte de patologías en síndrome febril prolongado, sin embargo, una hipótesis diagnostica nos ayuda a guiar el estudio, siendo el pilar de esta, una anamnesis detallada que nos permita dirigir nuestro estudio. Posiblemente hubiésemos podido disminuir en gran medida el tiempo de evolución de este cuadro realizando una buena historia clínica inicial evitando así derivaciones, múltiples punciones y tomas de imagen innecesarias.

MASA CERVICAL EN ESTUDIO, UNA PRESENTACIÓN POCO FRECUENTE

Álvaro Rivera Tapia (1), Guillermo Mora Araya (2), Cecilia Segura Pallacan (3)
(1) Médico EDF Centro de Salud Familiar Bellavista, (2) Médico EDF, Hospital Los Vilos.
(3) Médico EDF Centro de Salud Familiar Yandry Añazco.

INTRODUCCIÓN y OBJETIVOs: Los tumores malignos de cuello corresponden a la sexta neoplasia maligna más frecuente en el mundo, puede ser primario de estructuras cervicales o la manifestación de otros tumores a distancia. De las manifestaciones a distancia, las más frecuentes corresponden a carcinomas escamosos y/o tumores gastrointestinales o pulmonares. El presente caso clínico expone una realidad poco frecuente en el abordaje de estudio de tumores cervicales.
CASO CLÍNICO: Usuario presenta 6 meses de evolución de cuadro caracterizado por aumento de volumen cervical izquierdo supraclavicular progresivo indurado e indoloro, en el último mes al cuadro de le agrega dolor abdominal 6/10 EVA, astenia, adinamia y pérdida de peso (18 kg en 2 meses). Debido a esto consulta en APS donde se solicita ecografía cervical:

- Ecografía cervical (08-09-2020): Masa sólida cervical inferior izquierda compatible con adenopatía grupo IV, indispensable descartar síndrome linfoproliferativo.

Con este resultado se deriva a hematología del hospital La Florida, sin embargo, usuario rechaza derivación y consulta en Hospital Clínico Universidad de Chile con el diagnóstico de "Sospeche de linfoma" por lo que se hospitaliza para realización de biopsia cervical.

- Informe Anatomopatológico (22-10-2020): Masa compatible con metástasis de carcinoma embrionario.

Por lo tanto, se plantea una nueva sospecha diagnóstica: "Cáncer testicular metastásico" y es por esto que se solicita el siguiente estudio de extensión.

- Ecografía testicular (03-11-2020): Asimetría testicular, con testículo izquierdo disminuido de tamaño, con pequeñas micro calcificaciones en su espesor, sin nódulos ni masas intra parenquimatosas. Dg compatible con Testículo quemado.
- TC Tórax con contraste (03-11-2020): Masas retroperitoneal-retrocrural y cervical izquierda, concordante con neoplasia linfoproliferativa.
- Marcadores Tumorales: Lactato deshidrogenasa (LDH): 830 UI/L (200-500) - Alfa-fetoproteína (AFP): 45,6 ng/mL (0-15) - Gonadotrofina coriónica humana (HCG): 4 ng/mL (0-5)

Debido a lo anterior en comité oncológico se decide realizar quimioterapia neoadyuvante con 4 ciclos de Etoposido 190 mg – Cisplatino 38 mg – Bleomicina 30 mg. Al tercer ciclo de quimioterapia el paciente se encuentra en buenas condiciones generales con dolor 0/10 EVA y buena tolerancia a la quimioterapia. **DISCUSIÓN:** La masa cervical, como primera manifestación de un carcinoma embrionario es poco frecuente. De todos los tumores testiculares tan solo el 10% se presentan con manifestaciones extra-testiculares siendo el 1,5% del total los que se manifiestan con masa cervical. Para conocer con certeza el diagnóstico etiológico de una masa cervical es indispensable la realización de una biopsia. De este modo se puede orientar el estudio de extensión y tratamiento con certeza.

PRUEBAS NO TREPONÉMICAS REACTIVAS, NO TODO LO QUE BRILLA ES ORO

Álvaro Andrés Rivera Tapia (1), María Jesús Godoy Bravo (2), Vivian Nicolle Yévenes López (2)
(1) Médico EDF Centro de Salud Familiar Bellavista, (2) Médica EDF Centro de Salud Familiar Alejandro del Río.

INTRODUCCIÓN y OBJETIVOS: Se estima que entre 1-2% de la población de EUA tiene RESULTADOS falsos positivos en las pruebas no treponémicas. Por lo tanto, una prueba no treponémica reactiva debe ir seguida de una prueba treponémica específica para descartar la sífilis activa. El principal OBJETIVO del caso clínico es entender lo necesario que es, ante un escenario clínico plantearnos un diverso margen de diagnósticos diferenciales y no enfrascarnos en los patrones más conocidos. **CASO CLÍNICO:** Usuario de sexo masculino de 25 años con antecedentes de sífilis en abandono de tratamiento, consulta el día (21-11-2019) por cuadro de 1 mes de eritema en tronco y sensación febril. Consulta en APS donde se sospecha sífilis, solicitándose RPR: Reactivo ½ Test rápido VIH (-). Se administra dos dosis de 2,4 millones de Penicilina-Benzatina. En control enUNACESS, debido a clínica se establece que posee falso positivo para sífilis. Consulta en APS (10-02-2020) agregándose al cuadro anterior dolor en columna cervical, articulaciones metacarpofalángicas y interfalángicas distales de ambas manos. Al examen físico se encuentra afebril, con edema en manos y presencia de nódulos sub cutáneos, no se evidencia eritema en tronco, al consultar dirigidamente paciente comunica que el eritema es evanescente y se relaciona con la fiebre. Se controla con exámenes (11-02-2020) Hemoglobina: 9,6 gr/dL - Leucocitos: 12.000 mm3 - Plaquetas: 212.000 - VHS: 55 - Factor reumatoídeo: No reactivo. Se inicia tratamiento esteroidal, presentando una favorable evolución. Se controla en extrasistema (08-03-2020) donde destaca: Ferritina 4100 ng/dL. Presentándose una alta sospecha de enfermedad de Still. **DISCUSIÓN: S**iempre se debe integrar la cínica, el examen físico y el resultado de exámenes en cada paciente que atendemos, debido a que evaluar cada variable por separado genera errores que siempre repercuten en los pacientes.

CARACTERIZACIÓN DE PACIENTES ESCOLARES DE 5-9 AÑOS INGRESADOS AL PROGRAMA SALUD MENTAL INFANTIL EN CESFAM VICTOR BERTIN SOTO ENTRE LOS AÑOS 2019-2021

Camila Rivera Bugueño (1), Mónica Urrutia Tapia (2), Felipe Molina Jiménez (3)
(1) Médica EDF CESFAM Víctor Bertín Soto, (2) Médica EDF, CESFAM Salvador Allende Gossens Tierra Amarrilla,
(3) Médico EDF, CESFAM Rendic Antofagasta.

INTRODUCCIÓN y OBJETIVOS: En nuestro país existe una alta prevalencia de trastornos mentales en los niños los que pueden continuar presentes hasta la adultez de no ser adecuadamente pesquisados y tratados. Por tal motivo es necesario identificar los principales trastornos mentales en niños en la actualidad; con tal de otorgar una respuesta integral a las necesidades de este grupo etario. OBJETIVO: Caracterizar la prevalencia de los diagnósticos ingresados por médicos en programa de apoyo a la salud mental infantil (PASMI) desde el 2019-2021 en niños de 5-9 años en CESFAM Víctor Bertín Soto **MATERIAL y MÉTODO**: Se realizó un estudio descriptivo en el cual se obtuvieron todos los datos de los pacientes ingresados al programa de apoyo a la salud mental infantil (PASMI) de cesfam V.B.S registrado en cartolas del programa ,desde enero del 2019 hasta marzo del 2021 , se realiza prevalencia mediante porcentaje. **RESULTADOS y CONCLUSIÓN:** De un total de 42 pacientes ingresados en el intervalo de tiempo descrito, el 69% son hombres y el 31% mujeres. El diagnóstico más frecuente fue trastorno por déficit de atención con hiperactividad con 38% (10 hombres, 6 mujeres), seguido por trastornos disruptivos del comportamiento (trastorno de conducta , trastorno oposicionista desafiante) con un 12% , trastorno de lenguaje 12%, trastorno de adaptación 10% , trastornos ansiosos (ansiedad generalizada , trastorno de ansiedad por separación) con un 7% , trastornos afectivos (episodio depresivo) 7% , trastorno del espectro autista 7% , trastorno estrés post-traumáticos 5% y finalmente déficit intelectual con un 2%. **DISCUSIÓN o COMENTARIOS:** Según lo evaluado en este estudio descriptivo se evidencia concordancia con lo descrito en la literatura sobre el inicio a temprana edad de los trastornos del neurodesarrollo (trastorno de la comunicación, trastorno por déficit de atención con hiperactividad y trastorno del espectro autista), los cuales fueron los diagnósticos con más ingresos con preponderancia en los hombres. Se observa diferencias entre las prevalencias de la literatura versus el trabajo descrito con respecto a los trastornos ansiosos y afectivos los cuales tiene mayor prevalencia en mujeres, lo cual pudo tener relación al bajo ingreso en este grupo. La infancia es una de las etapas importantes para el desarrollo de la salud mental, ya que trastornos detectados en este periodo pueden predecir trastornos en el futuro, en efecto la mayoría de los trastornos mentales en la adultez provienen de la infancia; generando a lo largo de la vida graves afectaciones en la funcionalidad de las personas. Por este motivo la promoción, prevención, detección y tratamiento de estos trastornos en este ciclo vital es de alta importancia.

CARACTERIZACIÓN DEL USO DE FÁRMACOS EN PACIENTES MAYORES DE 65 AÑOS EN HOSPITAL COMUNITARIO DE TOCOPILLA

Pablo Rivera R. (1) Gonzalo Caminada C. (1), Maoli Cardona M. (1).
(1) Médico Cirujano en Etapa de Destinación y Formación. Hospital Marcos Macuada, Tocopilla.

INTRODUCCIÓN: La población geriátrica consta de un uso de medicamentos mayor a otros grupos etarios por varios motivos; el aumento de patologías principalmente. El 2017 un 89% de adultos mayores utiliza al menos un fármaco. En este contexto aparece la polifarmacia, definida como el uso de dos o más fármacos, afectando y poniendo en riesgo la calidad de vida en este grupo de pacientes dada su asociación con otros síndromes geriátricos. Por esta razón es que el uso de medicamentos debe ser totalmente justificado y se debe prescindir de los que no se obtiene ningún beneficio. **OBJETIVO**: Caracterizar el uso de fármacos en la población mayor de 65 años evaluada en hospital de Tocopilla. **MATERIAL Y MÉTODO**: Estudio descriptivo transversal. Se analizaron datos de pacientes en espera de evaluación por geriatra. **RESULTADOS**: Se evaluaron 66 pacientes. De estos un 72% sexo femenino y un 28% sexo masculino. El promedio de edad de los participantes es de 79.3 años. En promedio los pacientes ocupan 6.77 fármacos. De estos un 6% no usa fármacos, un 87.8% ocupa más de dos fármacos, y un 66.7% ocupa 5 o más, siendo en su mayoría entre 6 a 8 fármacos con un 36.4%; cabe destacar que un 17,9% 10 o más fármacos y un 6.1% mayor a 12. **CONCLUSIÓN**: Es importante de parte del equipo de salud tomar conciencia de la polifarmacia en el paciente anciano, evitarla en caso de ser necesario y actuar de forma activa en la educación del paciente para evitar el uso de fármacos innecesarios. **DISCUSIÓN**: El sobreuso de fármacos en el adulto mayor muchas veces es infravalorado por el médico de atención primaria, lo cual lleva a error en la administración de tratamiento, aumenta el riesgo de interacción farmacológica y conlleva a empeorar la condición del paciente.

CARACTERIZACIÓN DE RESULTADOS DE EVALUACION POR ULTRASONIDO PULMONAR EN PACIENTES COVID-19 POSITIVOS CON REQUERIMIENTOS DE OXIGENO EN HOSPITAL DE TOCOPILLA.

Pablo Rivera R. (1), Ignacia Rivera R. (1), Maoli Cardona M. (1).
(1) Medico EDF, Hospital de Tocopilla.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS: En la pandemia que vivimos actualmente el uso de herramientas para el apoyo diagnóstico y de manejo de pacientes respiratorios se ha hecho de suma importancia. Entre ellos se encuentra la evaluación por ecografía pulmonar, una herramienta versátil que no emite radiación, se puede realizar a pie de cama, es repetible y tiene buena relación entre especificidad y sensibilidad con TAC de tórax. Este además aporta mucha información del compromiso pulmonar a causa de la infección por Covid-19 al interpretar los diferentes artefactos que emiten, en este caso, las líneas B y su distribución, que representan afección de tipo alveolo intersticial en neumonía viral. **MATERIAL Y MÉTODO:** Se realizó ecografía pulmonar a 13 pacientes dentro de las 24 hrs desde el ingreso al servicio de urgencias en el Hospital de Tocopilla entre septiembre de 2020 y marzo de 2021 y se les asignó puntaje a 12 cuadrantes pulmonares según Lung ultrasound score (LUS score). El puntaje obtenido se correlacionó con grado de saturación por oxímetro de pulso y requerimientos de FiO2. **RESULTADOS:** De los 13 pacientes evaluados 57% (n=8) presentó saturación menor a 94%. Estos pacientes se encontraron sobre los 15 puntos de score. Los requerimientos de FiO2 en pacientes con score sobre 15 puntos (n= 8) fue en promedio de 43% sin tener una relación directa entre puntaje de score y porcentaje de requerimiento de FiO2. **DISCUSIÓN**: Los pacientes ingresados con requerimientos de Oxígeno en su mayoría dieron puntaje sobre 15 puntos en la evaluación de 12 campos pulmonares, lo que representa compromiso alveolo intersticial del parénquima pulmonar en grado variable al menos en 5 campos. Los requerimientos de FiO2 no tuvieron relación directa con el puntaje del score, lo que pudiese ser explicado porque los campos evaluados tiene distintas cantidad de masa pulmonar, por ejemplo el campo postero ínferior derecho tiene más masa pulmonar que el antero inferior izquierdo por su relación con el mediastino. **CONCLUSIÓN:** La evaluación con ultrasonido pulmonar en época de pandemia se ha vuelto un recurso sumamente importante que pudiese estar al alcance de cualquier servicio de atención de urgencias de atención básica, media o terciaria, con el cuál se puede estratificar severidad de la afección pulmonar. Lo que pudiese orientar a la conducta clínica de pacientes con SARS-CoV-2 que presenten, por ejemplo, saturación límite a la consulta de urgencias en condiciones de no disponibilidad de TAC de Tórax.

PLASTRON APENDICULAR ABSCEDADO A CAVIDAD PELVICA SOSPECHADO POR ECOGRAFÍA EN ATENCION DE URGENCIAS EN HOSPITAL DE BAJA COMPLEJIDAD, REPORTE DE UN CASO.

Pablo Rivera Rojas (1), Eloisa Tobar Palma (1), Ignacia Rivera Reyes (1).
(1) Medicos EDF, Hospital de Tocopilla.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS: El dolor abdominal es una causa frecuente de consulta en servicios de urgencias. La ecografía por su parte ha sido una herramienta de apoyo diagnóstico en el área de la medicina desde 1958. El OBJETIVO de este reporte es demostrar la utilidad de la ecografía como herramienta de apoyo diagnóstico en dolor abdominal en unidades de atención primaria y de baja complejidad. **CASO CLÍNICO:** Paciente femenina de 12 años de edad sin antecedentes mórbidos. Consulta traída por madre por cuadro de 1 semana de evolución de dolor abdominal en mesogastrio de moderada a fuerte intensidad, de carácter urente y opresivo acompañado en su inicio de evacuaciones liquidas y vómitos que autolimitan a las 72 hrs, además sensación febril, temperatura máxima de 37.6°C, con manejo AINEs en domicilio con buena respuesta. A 48 horas previo a la consulta reinicia síntomas, dolor en meso e hipogastrio, tipo cólico, eva 7/10, diarrea, vómitos, sin anorexia, anicterica, sin dolor migratorio. Al exámen físico: Buenas condiciones generales, afebril, hidratada, anicterica, RR2TSS, abdomen blando, depresible, sensible en hemiabdomen inferior, blumberg esbozado. Exámenes: Test de embarazo negativo, PCR 8.8 mg/dl, Leucocitos 9300 k/uL, Neutrofilos 80%, orina completa sin alteraciones patológicas. Se realiza ecografía abdominal Eco FAST, no se observa liquido libre intrabdominal, en región retrouterina impresiona imagen focal anecoica que emite sombra acústica posterior de bordes bien delimitados, con eco internos heterogéneos, sin tinción al doppler color, de 5.4 x 5.8 x 6 cm, volumen aproximado de 100cc. Se deriva a centro de mayor complejidad por sospecha de abdomen agudo más imagen compleja en ecografía, para manejo por especialidad. Se realiza TAC que concluye: imagen en fosa iliaca, plastrón apendicular asociado a colección organizada hacia hipogastrio de 7 x 6.6 x 5.7 cm. La paciente es resuelta de su patología quirúrgica con eventual alta a al décimo día desde su ingreso. **DISCUSIÓN:** La presentación de la apendicitis en la paciente no tuvo la sintomatología clásica, lo que lleva a su madre a manejo sintomático; eventualmente ante la persistencia de síntomas acuden a servicio de urgencias donde la historia del cuadro al ser tan larvado y de escasos síntomas, además de exámenes de laboratorio infecciosos no categóricos pudiese haber llevado a tomar una conducta expectante. Al contar con la ecografía se pudo llegar a una sospecha diagnóstica de mayor importancia por la pesquisa de una imagen compleja que resultó ser un absceso intracavitario pélvico. **CONCLUSIÓN:** La ecografía actualmente tiene gran relevancia sobre todo en servicios de urgencia primarios. Tener conocimientos básicos de anatomía ecográfica y de los artefactos más comunes hallados en las exploraciones abdominales pudiese orientar como en este caso a sospechar patologías de mayor complejidad donde el tratamiento oportuno es esencial para la sobrevida de los pacientes.

DIAGNÓSTICO DE NEUROCISTICERCOSIS: A PROPÓSITO DE UN CASO DE EPILEPSIA DE LARGA DATA ASOCIADO COMPROMISO NEUROLÓGICO FLUCTUANTE.

Makarenne Rodríguez Letelier (1), Andrés Verdugo Arriagada (1), Fabiola Urrutia Medina, Médica APS (2)
(1) Médica EDF Hospital de Cauquenes, (2) CESFAM Armando Williams, Cauquenes

INTRODUCCIÓN: La cisticercosis se produce por la invasión de Taenia solium. La ingestión de huevos y la posterior liberación de los embriones y traspaso por la barrera intestinal, permiten el trasporte vía hematógena hasta el sistema nervioso central (SNC) causando neurocisticercosis (NCC). La NCC es una causa frecuente y prevenible de epilepsia, con una distribución elevada en entornos rurales. Del total de casos de epilepsia 0.6 – 1.8% son secundarias a NCC en Latino América.
La NCC es una "enfermedad desatendida": existe falta de información sobre su carga, transmisión, además de escasez de herramientas diagnósticas disponibles en centros de baja complejidad donde los casos son más prevalentes. **CASO CLÍNICO:** Paciente femenina de 54 años, rural, con epilepsia desde la infancia y antecedente de múltiples caídas los últimos meses. Consultó en urgencias por cuadro de agitación psicomotora de 12 horas de evolución. Ingresó Glasgow 13, con múltiples equimosis en rodillas, sin focalidad motora, destaca verborrea y desorientación. Exámenes de laboratorios dentro de rango normal. Se derivó a centro de referencia para neuroimagen donde se realizó estudio con Tomografia axial computada (TAC) de cráneo con contraste que mostró múltiples imágenes de calcificaciones intracraneales y lesión occipital izquierda en anillo que se rodeaba de edema. Se realizó craneoctomía occipital con drenaje completo de lesión calcificada, con biopsia rápida que descartó lesión tumoral maligna. **DISCUSIÓN:** En el caso presentado, dentro de los *Criterios diagnósticos y Grado de Certeza de Neurocisticercosis según Del Brutto et al.*, revisados el año 2016, se encuentran: presencia de calcificaciones cerebrales parenquimatosas típicas múltiples y presencia de lesión con realce anular con edema (2 criterios de neuroimagen principal) asociado a manifestaciones clínicas sugestivas (convulsión en rango etario típico, deterioro cognitivo) y antecedente de persona que vive en área endémica (2 criterios clínicos de exposición menores), que permiten realizar el diagnóstico definitivo. Por lo tanto, parece relevante mantener alta sospecha clínica y considerar la NCC como diagnóstico diferencial probable de epilepsia asociado a síntomas neurológicos atípicos en lugares endémicos de cisticercosis. **CONCLUSIÓN:** La diversidad de manifestaciones clínicas inespecíficas sumado a que el diagnóstico definitivo o probable requiere añadir varios criterios en la mayor parte de los casos no patognomónicos, obliga a que cada caso sea analizado en particular, resultando de ayuda para el problema diagnóstico que subsiste conocer los criterios vigentes propuestos en esta revisión.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO DE LAS CONSULTAS RESPIRATORIAS EN SERVICIO DE URGENCIAS DE HOSPITAL DE CHAITÉN, PERIODO 2018-2021, CAMBIOS ASOCIADOS A LA PANDEMIA.

Martín Rodríguez Laporte (1), Ignacio Pozo Márquez (1), Silvana Bustos Astudillo (1), Dulce Lara Martínez (2),
Diego Hidalgo Vergara (3), Belén Vásquez Silva (4)
(1) Médico Cirujano en Etapa de Destinación y Formación. Hospital de Chaitén, (2) Médico Cirujano Articulo 9. Hospital de Chaitén, (3) Médico Cirujano Articulo, Hospital Padre Hurtado, Santiago, (4) Fonoaudióloga, Hospital de Chaitén

INTRODUCCIÓN: El SARS-CoV-2 llegó a Chile en marzo de 2020. El gobierno implementó una serie de medidas estratégicas y restrictivas para evitar el contagio masivo del virus. Los centros de salud también realizaron modificaciones, como la suspensión de APS, limitando al público a solo consultar por urgencias. Estas medidas cambiaron la cantidad de consultas realizadas al servicio de urgencias durante este periodo. Por esto, decidimos hacer un análisis estadístico sobre el número de consultas respiratorias, y compararlas entre los años 2018-2021, pre y en pandemia. **OBJETIVO:** Comparar consultas respiratorias entre enero del 2018 hasta marzo de 2021, del total y subtipo de las consultas en el Servicio de Urgencias del Hospital de Chaitén, centro de baja complejidad en zona extrema rural del país. **MÉTODO:** Estudio descriptivo retrospectivo, se revisaron las atenciones de urgencias entre los años 2018 y 2021 en sistema IRIS, se analizaron datos aislando solo consultas respiratorias. **RESULTADOS y CONCLUSIONES:** Se observa una disminución total de las consultas respiratorias por cualquier causa en el año 2020, siendo un 41% de las consultas del año 2018 y un 34,5% de las del 2019. En 2020 hubo menos consultas por Infecciones respiratorias altas (34.6% del 2019 y 41.2% del 2018), y en Infecciones respiratorias Bajas, 27% del año 2019 y 32.1% del año 2018. En cuanto a sospechas Covid-19, destaca que el año 2021 solo entre el 1 de enero- 31 de marzo hubo un 150% de casos sospechoso en comparación a la totalidad del año 2020. **DISCUSIÓN y COMENTARIOS:** La pandemia trajo consigo muchos cambios en la Salud Pública, recomendados por la OMS y otros impuestos por el gobierno. En Chaitén no estuvimos exentos, la población mostró preocupación, adoptando medidas de autocuidado y aislamiento social. Además, como equipo de salud se realizó constante labor de difusión de información sobre cuidados y priorizando las consultas al servicio de urgencias.

VÉRTIGO POSTURAL PAROXÍSTICO BENIGNO DEL CANAL SEMICIRCULAR HORIZONTAL COMO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE VÉRTIGO PERIFÉRICO: A PROPÓSITO DE UN CASO.

Jorge Rojas Gutiérrez, Sebastián Villa Barros, José Canihuante Calderón
Médicos EDF Hospital de Lanco

INTRODUCCIÓN: El vértigo postural paroxístico benigno (VPPB) corresponde a un cuadro de múltiples crisis de vértigo rotatorio, de segundos a minutos de duración, de aparición brusca, asociado a cambios de posición de la cabeza. Es la causa más frecuente de vértigo periférico de causa vestibular. Se estima que la prevalencia general varía entre 10 y 140 por cada 100.000 habitantes y es posible que un 2,4% de la población presente un episodio de VPPB a lo largo de su vida. Es más frecuente en mujeres que en hombres y la edad media de presentación es entre los 50 y 70 años, siendo la causa más común de vértigo en personas mayores con gran impacto en la calidad de vida. El VPPB del canal semicircular horizontal (CSH) corresponde a la segunda causa en frecuencia dentro de los VPPB, alcanzando entre 10 a 25% de los casos.
El diagnostico requiere de la exploración mediante la técnica de Roll test, siendo confirmatorio la aparición de nistagmo horizontal de dirección cambiante al situar al paciente en decúbito supino.
El tratamiento se basa en la realización de maniobras de reposición de partículas siendo las más descritas la maniobra de Lempert o barbacoa y la maniobra de Guffoni, que alcanzan hasta un 80% de eficacia tras el primer intento, con resolución completa del cuadro. **CASO CLÍNICO**: Paciente femenina de 57 años sin antecedentes médicos, consulta en Servicio de Urgencia por cuadro de 3 días de evolución de episodios de vértigo que inician al levantarse de la cama de segundos de duración y gatillados por cambios de posición. Refiere además náuseas sin vómitos, sin otros síntomas oto-neurológicos. Al examen físico: vigil, orientada en tiempo y espacio, pupilas isocóricas, reactivas, sin nistagmo espontáneo. Protocolo HINTS negativo para vértigo central. Maniobras de provocación: Dix Hallpike normal. Maniobra de Roll test alterada con nistagmo horizontal geotropico a izquierda. Romberg normal. Otoscopía normal. Se diagnostica VPPB del CSH izquierdo y se realiza maniobra de Lempert con mejoría sintomática completa al momento de la atención. Se cita paciente a control a las 72 horas, donde se evidencia remisión total del cuadro. **DISCUSIÓN:** El VPPB es el trastorno vestibular más frecuente en la consulta médica y tiene un enorme impacto sobre la calidad de vida de la persona que lo padece, pudiendo ser invalidante en muchos de los casos. El VPPB – CSH es la segunda causa en frecuencia de esta patología y no por ello menos importante, siendo necesario y perentorio por parte del médico general, el conocimiento sobre las pruebas diagnósticas específicas, así como también, las diversas maniobras para realizar el tratamiento adecuado, según sea el caso. Es una patología que puede resolverse a nivel primario, sin necesidad de derivación al especialista en la mayoría de los casos.

HALLAZGO DE TUMOR ÓSEO POR RADIOGRAFÍA: PRESENTACIÓN DE UN MIELOMA MÚLTIPLE

Francisca Rojas Espinoza (1), Constanza Echeverria Reyes (2), Camilo Huerta Mejías (2)
(1) Médico General, Hospital Comunitario de Til Til, (2) Médico EDF, Hospital Comunitario de Til Til

INTRODUCCIÓN: El mieloma múltiple (MM) es la neoplasia plasmocelular más frecuente, se presenta a una edad mediana de 65 años y se caracteriza por la proliferación tumoral de plasmocitos y la producción de proteína monoclonal, pudiendo provocar lesiones óseas, anemia, hipercalcemia y falla orgánica. **PRESENTACIÓN DEL CASO**: Mujer de 74 años, con antecedentes de hipotiroidismo e hipertensión arterial, presentó cuadro de 7 meses de coxalgia y dolor lumbar de predominio derecho, impotencia funcional, asociado a astenia, anorexia y baja de peso mayor a 10% en 2 meses. La radiografía de cadera y exámenes de laboratorio evidenciaron lesión ósea en rama isquiática derecha mayor a 4 cm, calcemia de 13,4 mg/dL, albuminemia de 4,2 g/dL y β2-microglobulina de 4.06 mg/L. Se continuó estudio con tomografía computada (TC) de tórax, abdomen y pelvis con contraste que evidenció una lesión lítica expansiva en rama isquiática derecha de 50x33 mm con extensión al techo acetabular, y otra lesión similar de 15 mm en el segundo segmento sacro (S2). La biopsia de médula ósea (MO) identificó ocupación por células plasmáticas en un 40% e inmunohistoquímica positiva para CD138, CD79a y Kappa, compatible con neoplasia plasmocelular. La tomografía por emisión de positrones/tomografía computada (PET-CT) mostró lesión lítica hipermetabólica isquioacetabular derecha y a nivel S2. Se diagnosticó MM en estadio III, indicándose radioterapia, ciclos de quimioterapia con ciclofosfamida y bortezomib, y manejo de hipercalcemia con corticoides y zolendronato.**CONCLUSIÓN**: Se puede concluir en este caso clínico, el diagnóstico diferencial de síndrome consuntivo y la importancia de imágenes para aproximación diagnósticas especialmente en pacientes adulto mayor con artralgias, las cuales en este caso dieron inicio a un estudio de mayor extensión dado el hallazgo de un tumor óseo de características malignas a la radiografía. **DISCUSIÓN:** Para el diagnóstico de lesiones óseas en pacientes con MM se prefiere un estudio transversal con TC, PET-CT y resonancia magnética dada su mayor sensibilidad. En este caso se realizó radiografía de cadera que permitió pesquisar una lesión osteolítica que, asociada a un síndrome consuntivo e hipercalcemia, planteó la posibilidad diagnóstica de un MM para estudio y tratamiento temprano.

TUBERCULOSIS, ¿CAUSA O CONSECUENCIA DE SÌNDROME MIELODISPLÁSICO?: A PROPÓSITO DE UN CASO.

Francisca Rojas Espinoza (1), Bárbara Dewulf Román (2), Constanza Echeverría Reyes (2)
(1) Médico General, Hospital Comunitario de Til Til, (2) Médico EDF Hospital Comunitario de Til Til

INTRODUCCIÓN: Es conocida la relación entre Tuberculosis (TBC) y síndromes mielodisplásicos, existen dudas si la TBC es un agente etiológico, o bien debido a la inmunosupresión en una hematopatía primaria como la mielodisplasia facilitaría la aparición de infecciones oportunistas tales como Mycobacterium tuberculosis. **CASO CLÍNICO:** Paciente de 67 años, con antecedente de silicosis en tratamiento con broncodilatadores, en consulta ambulatoria por cuadro de 6 meses de tos expectorante crónica, baja de peso y sudoración nocturna. Se solicita baciloscopía y PCR TBC, ésta última resulta positiva en escasa cantidad. Dentro de los exámenes preliminares pre tratamiento antituberculosis destaca en el hemograma: Hematocrito: 34.9%; Hemoglobina (Hb);11.9; VCM: 100.9, Leucocitos 3.900, Plaquetas 14.0000. RAN 2000. Radiografìa de tórax: destaca patrón intersticial micronodular, bilateral de ápice a base. Paciente luego de inicio de tratamiento primario para tuberculosis, se hospitaliza en sala medicina. Al examen físico destaca piel lesiones hemorrágicas equimóticas y purpúricas en ambos antebrazos y muslo. Al examen pulmonar destaca murmullo pulmonar disminuido general, crépitos difusos, broncofonia, estertores y roncus. Se decide hospitalización con diagnósticos de ingreso de Aplasia Medular en estudio, Trombocitopenia severa y Tuberculosis Pulmonar Primaria. Paciente evoluciona con mayor plaquetopenia llegando a las 7.000 plaquetas, hematuria, y mayor lesiones hemorrágicas, dado empeoramiento del cuadro se decide traslado a centro de mayor complejidad y suspensión tratamiento tuberculoso, dosis fija combinada. Dentro del estudio hematológico destaca Mielograma con escasa celularidad, hipoplasia medular, no concluyente con infiltración por linfoma o leucemia, PCR TBC en médula ósea no detectado, biopsia médula ósea destaca celularidad del 30% con distribución irregular de células hematopoyéticas, sin blastos, examen apoyo diagnóstico de Síndrome Mielodisplásico con linfocitosis leve a moderada y marcada plaquetopenia, TAC de tórax sin contraste destaca signos de silicosis con fibrosis pulmonar confluente bilateral, ecografía abdominal bazo e hígado sin alteraciones, estudio VIH, Virus Hepatitis B y C (-). Se inicia tratamiento con prednisona oral y suplementos vitamínicos con baja respuesta, transfusión de plaquetas filtradas en 4 ocasiones, se re-inicia tratamiento primario antituberculoso. **CONCLUSIÓN:** Podemos concluir con este caso clínico la importancia del diagnóstico diferencial en pacientes con citopenias hematológicas de origen indeterminado. La correlación de esta patología con la tuberculosis no está bien documentada en la literatura actual, por lo que este caso clínico abre nuevas lineas de investigacion, ademas creemos que son necesarios mayores estudios para determinar la relación directa entres ambas patologías. **DISCUSIÓN:** Las enfermedades mielodisplásicas constituyen neoplásicas clonales hematopoyéticas que reúnen características clínicas, laboratorio y morfológicas, tales como anemia, leucopenia y trombocitopenia, además de celularidad anormal. Es un hecho conocido la asociación de enfermedades mielodisplásicas con complicaciones infecciosas. Sin embargo, la infección por Mycobacterium tuberculosis, local o diseminada es muy infrecuente en paciente con síndromes mielodisplásicos.

CARACTERIZACIÓN DE PACIENTES INGRESADOS EN PROGRAMA ENFERMEDADES RESPIRATORIAS DEL ADULTO DEL CENTRO DE SALUD FAMILIAR DE RIO HURTADO HASTA ABRIL DEL AÑO 2020.

Hans Rojas Bruna, Consuelo Varas Gonzalez, Emilio Cerda Dinamarca, Victoria Salazar Campos
Medicos EDF CESFAM Rio Hurtado

INTRODUCCIÓN: La estrategia sanitaria que establece las salas ERAS nace del aumento considerable de patologías respiratorias. Buscando procurar cobertura adecuada de inmunizaciones y mejorar la prevención y tratamiento de las neumonías. En este sentido, se hace necesario evaluar de manera constante la epidemiología local de la población perteneciente a este programa. **OBJETIVO GENERAL:** Caracterizar al grupo de pacientes ingresados al programa ERA del Centro de salud familiar de Rio hurtado hasta el mes de marzo del 2021. **MATERIAL Y MÉTODO:** Se realizó un estudio transversal descriptivo, mediante el análisis de la base de datos Excel del programa ERA. Se consideraron las siguientes variables: sexo, edad, diagnóstico de ingreso, esquema terapéutico utilizado y fecha de ultima vacunación contra influenza. Los análisis se realizaron con Microsoft Excel 2016. Se utilizó un formato standard para consentimiento informado. **RESULTADOS**. De 174 pacientes con una edad promedio de 66 años (rango 21-100), 40.8 % correspondieron a hombres y 59,2% a mujeres. Los diagnósticos de ingreso más prevalentes fueron: EPOC 51.15%, Asma 44,86%, LCFA 2.87% y Enfisema 0.57. En relación a los esquemas terapéuticos utilizados, destacan: Brexotide-Salbutamol 31.89%, Budesonida-Salbutamol 15.94% y Brexotide-Bromuro de Ipratropio 15.4%. Finalmente, un 28 % del total de pacientes recibió vacunación contra la influenza el año 2019. **CONCLUSIONES.** Del total de pacientes ingresados al programa ERA, la mayoría corresponde a mujeres (59.2%), siendo la patología de ingreso más frecuente el EPOC (51.15%), seguido de ASMA (44.86%) y LCFA (2.87%). El esquema terapéutico más utilizado fue Broxotide-Salbutamol (31.8%). Finalmente, solo un 28% de los pacientes ingresados al programa recibió vacunación contra la influenza, lo que denota la necesidad de plantear nuevas estrategias para lograr una mayor adherencia a la vacunación por este grupo de pacientes.

CARACTERIZACIÓN DEL PACIENTE EN EL PROGRAMA DE ATENCIÓN DOMICILIARIA INTEGRAL DEL CENTRO DE SALUD FAMILIAR DE RIO HURTADO.

Hans Rojas Bruna, Consuelo Varas Gonzalez, Emilio Cerda Dinamarca, Victoria Salazar Campos,
Medicos EDF CESFAM Rio Hurtado

INTRODUCCIÓN. El programa de atención domiciliaria integral (PADI) nace en base al enfoque biopsicosocial y ecológico como una estrategia sanitaria. Una de las acciones que debe ser realizada por el equipo de Salud, corresponde a la visita domiciliaria integral (VDI), la que se define como la Atención Integral de Salud proporcionada en el hogar a grupos específicos de alto riesgo. La evidencia científica sobre el impacto de la VDI data desde hace más de 30 años. En este sentido, se hace necesario evaluar de manera constante la epidemiología local de la población perteneciente a este programa. **OBJETIVO GENERAL.** Caracterizar al grupo de pacientes del PADI del Centro de Salud familiar de Rio hurtado. **MATERIAL Y MÉTODO**. Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal, mediante la base de datos Excel del PADI del Centro de Salud con el 100% de los pacientes del programa. Se evaluaron variables biológicas y funcionales (índice de Barthel). Los análisis se realizaron con Microsoft Excel 365. **RESULTADOS**. De un total de 16 pacientes con edad promedio de ingreso al programa de 78.5 años (rango 30-101); 53,8% fueron mujeres. Siendo las patologías de ingreso al programa más prevalentes: Demencia no especificada 50%, Trastorno neurológico 23.1%, Causa traumática 11.5%. Registrando a la Hipertensión Arterial crónica (HTA) 61.5%, Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) 23.1% y Diabetes Mellitus (DM) 15.4% como las comorbilidades más frecuentes en esta población. Presentando en un 94.5% de la totalidad de los pacientes un grado de dependencia severo, según índice de Barthel. **CONCLUSIONES.** Del total de pacientes pertenecientes al PADI, el mayor porcentaje corresponde a mujeres, con un 53,8%. Siendo la demencia en su totalidad, la patología más frecuente de ingreso con un 50%, seguida por los trastornos de origen neurológico. Gran parte de los pacientes presentaron un grado de dependencia severo. Destaca la HTA como la comorbilidad con mayor prevalencia.

ADICCIÓN A OPIOIDES DE PRESCRIPCIÓN MÉDICA. A PROPÓSITO DE UN CASO

Felipe Andrés Romero Vega (1), Matias Alberto Lyner Bravo (2), Cristian Ignacio Correa Vega (2)
(1) Médico Cirujano CESFAM Miguel Ángel Arenas López, (2) Médico EDF CESFAM Miguel Ángel Arenas López

INTRODUCCIÓN: Los opiodes, usados frecuentemente para aliviar el dolor en la práctica clínica, con efecto analgésico y depresor del sistema nervioso central, tiene el potencial de causar euforia. El trastorno por consumo indebido de opioides farmacéuticos, como el tramadol, no es algo infrecuente de ver en la atención primaria, lo que deberia conllevar a que una enfermedad crónica y recurrente, sea enfrentada por un equipo multidisciplinario mediante intervenciones precoces.
CASO CLÍNICO: Paciente femenina de 39 años de edad, sin antecedentes morbidos, consulta el día 22 de febrero del 2021, por consumo de tramadol de larga data (aproximadamente 5 años), 40 gotas cada 2 horas de forma diaria, comenzando paulatinamente, posterior a un tratamiento recetado por cuadro de dolor leve-moderado (lumbago mecánico).
DISCUSIÓN: Los analgésicos opioides recetados son los tipos de opiodes con más abuso por la población norteamericana, faltan estudios que señalen la frecuencia en la población nacional, debido al subdiagnóstico y tratamiento de esta patología por la atención primaria. Las consecuencias de la adicción a los opiodes incluyen aumento de la mortalidad, por sobredosis, por lo que la intervención y la monitorización de pacientes con posibles adicciones debe ser evaluado de forma constante en la población de alto riesgo.

MIXOMA AURICULAR IZQUIERDO, REPORTE DE UN CASO.

Yorman Miguel Romero Bateca (1), Juan Bravo Redondo (2), Alex Luchsinger Schneeberger (3)
(1) Médico EDF Consultorio Miraflores, (2) Médico EDF Cesfam Raúl Cuevas de San Bernardo.
(3) Médico EDF Departamento Salud Municipal de Traiguén.

INTRODUCCION: Los tumores cardiacos primarios tienen una baja incidencia del 0.1%, considerándose tumores raros, de los cuales un 75% son benignos, y el 50% corresponden a mixomas. La mayoría de las veces aparecen en adultos de 30 a 50 años, aunque pueden presentarse en prácticamente cualquier grupo de edad. Son mas frecuentes en mujeres con una relación 2:1. El mixoma es conocido como “gran simulador”, y su sintomatología depende principalmente del tamaño y localización, asi como por otros factores como la movilidad, la friabilidad. **CASO CLINICO**: Paciente masculino de 82 años con antecedente gonartrosis, HPB, cancer de colon y recto resuelto quirurgicamente en2016, portador de ileostomia, quien refiere de 1 mes de evolucion, sensacion de palpitaciones, disnea de grandes esfuerzos que progresa a medianos esfuerzos, asociado a edema en miembros inferiores, astenia e hiporexia de 2 semanas de evolucion. Niega tos, dolor torácico, síncope y DPN. Al examen físico: PA: 137/66 mmHg, FC: 70 lpm, FR: de 22 rpm, Temp: 36 oC, SatO2: 98%. Tórax simetricio, taquipnea y crepitantes pulmonares en bases. Cardiovascular: RR2T, sin soplo. EEII: edema de miembros inferiores grado 2/4, sin varices o signos de TVP. Laboratorio: funcion renal: creatinina: 0.87 mg/dL; discreta elevacion de transaminasas GOT: 48 U/L, GPT: 58 U/L; Troponina T: 26 ng/L (control 25 ng/L); NT-proBNP: 164. ECG: dentro de los parámetros normales. Radiografía de tórax: aumento de la silueta cardíaca, ICT: 0.65, cardiomegalia grado IV. Ecocardiograma: dilatacion de la aurícula izquierda (AI) leve, hipertrofia del ventriculo izquierdo leve con función sistolica global y segmentario normal, FE: 61%; disfucion diastolica tipo I. Masa a nivel del septum interauricular y adherida a él, de 20 x 17mm, borde libre escasamente movil, y sin pedículo evidente, con primera posibilidad diagnóstica un mixoma intracardiaco según las caracteríasticas descritas, por lo que fue remitido al servicio de cirugía cardiovascular para su tratamiento quirúrgico. **DISCUSIÓN**: El paciente presenta síntomas obstructivo descritos en la literatura y asociados a tumores primarios como el mixoma; sí bien la relacion del cuadro clinico con la presencia de insuficencia cardiaca (IC) a consecuencia de tumor primario es cuestionable, ya que el paciente no muestra una clinica florida de IC, presenta elevación de marcadores de daño miocardico (Troponina T), los cuales se pueden elevar en el contexto de IC, y un NT-proBNP en lo que se denomina zona gris que no descarta la IC, mas aún sí el paciente tiene una fraccion de eyeccion conservada, con silueta cardiaca aumentada de tamaño en radiografia de torax y ecocardiograma que muestra hipertrofia del VI, se podria correlacionar el cuadro clinico como una manifestacion leve o precoz de IC a causa del mixoma, al no encontrar otras posibles causas. **CONCLUSION**: Paciente fuera del rango de edad más común (30-60 años), pertenece al sexo masculino donde los casos son menos frecuentes. La localización del tumor en la paciente es interauricular, poco habitual. A pesar de ser tumores raros, los mixomas son parte de los diagnósticos diferenciales de las masas intracardiacas y las más frecuentes dentro de su clasificación. La ecocardiografía es el metodo diagnóstico de elección. Su manejo es quirúrgico y el diagnóstico es certero con el estudio histopatológico.

MIASTENIA GRAVIS JUVENIL GENERALIZADA DE DIFÍCIL MANEJO, REPORTE DE CASO.

Francisca Rosso Miranda (1), Felipe Jara Aniñir (1), Javier Soto Pizarro (2), Astrid Mendoza Toro (2)
(1) Médico EDF CESFAM Cordillera Andina, Los Andes (2) Neuróloga Infanto-juvenil, Hospital San Camilo, San Felipe

INTRODUCCIÓN y OBJETIVOS: La Miastenia Gravis (MG) es un trastorno autoinmune crónico de la unión neuromuscular postsináptica caracterizado por debilidad fluctuante y fatigabilidad muscular que compromete combinaciones variables de músculos. El OBJETIVO terapéutico en MG es que los pacientes presenten síntomas mínimos y evitar efectos secundarios de los fármacos. Muchos pacientes logran remisión sostenida de síntomas y capacidad funcional completa.
En este trabajo, se presenta paciente femenina de 12 años con diagnóstico de MG desde los 10, cuyos tratamientos han fluctuado entre Inhibidores de la Colinesterasa, Corticosteroides, Micofenolato y Timectomía, con escasa respuesta, requiriendo manejo en unidad de paciente crítico para administración de Inmunoglobulina EV o plasmaféresis. Todo lo anterior con parciales RESULTADOS, ajustando esquemas terapéuticos de forma periódica. El OBJETIVO de este Reporte de Caso es documentar paciente cuya MG es de difícil manejo, que ha disminuido sus crisis miasténicas, pero ha presentado un progresivo deterioro de su calidad de vida a pesar de las modificaciones del tratamiento. **MATERIAL y MÉTODO**: Se describe y analiza ficha clínica en papel de paciente cuya tutora legal firma Consentimiento Informado, dicha ficha fue facilitada por Hospital San Camilo de San Felipe, Hospital de origen. **RESULTADOS y CONCLUSIONES**: Corresponde a un caso clínico de cuidado y digno de análisis, al tratarse de una paciente pediátrica que ha requerido hasta la fecha 6 pulsos de inmunoglobulinas entre otros tratamientos, con los efectos secundarios que ello significa (ejemplo cursa Síndrome Cushingoide por corticoterapia). Este caso ha requerido consultas tanto en su Hospital de origen, como en Hospital San Borja, y vía telemática en Boston Children Hospital en EE.UU. En la actualidad y por evolución subóptima de síntomas se decide escalar en tratamiento a Rituximab, con eventual pulso de metilprednisolona, según clínica. Hasta la fecha con considerable sintomatología y con dificultades en realización de actividades de la vida diaria, como vestirse o alimentarse. **DISCUSIÓN o COMENTARIOS**: Es destacable este caso de MG de difícil manejo, patología que suele tener mejor evolución en casos de edad similar con manejo estándar, dado que desde el inicio del cuadro ha presentado varias crisis miasténicas, en mayor o menor medida con todos los esquemas terapéuticos indicados, y con los efectos secundarios de los mismos fármacos, es importante señalar el detrimento en la calidad de vida de una adolescente tanto por la patología en sí misma, como por el amplio espectro de fármacos e intervenciones que ha requerido, donde aún no se ha podido alcanzar el OBJETIVO terapéutico en la MG. Es de esperar que en el corto plazo se logre el esquema terapéutico eficaz y personalizado para la paciente, lo cual constituye un desafío para el equipo tratante.

ANOSMIA PERSISTENTE SECUNDARIO A INFECCIÓN POR COVID 19: REPORTE DE UN CASO

Ludwig Rubina Jorquera, Carolina Goic Vilaso, Felipe Torres Morales,
Medicos EDF Hospital Lord Cochrane

INTRODUCCION: A más de un año del inicio de la pandemia del SARS-CoV-2, causante de la enfermedad COVID-19, todavía nos falta entender la fisiopatología de esta enfermedad y las consecuencias aún son difíciles de estimar. El siguiente caso se trata de un paciente con anosmia de 4 meses de evolución post infección COVID-19. **OBJETIVO:** Aportar a la literatura emergente del COVID-19 con el reporte de un caso. **DESARROLLO:** Se ha descrito un porcentaje no menor de pacientes que desarrollan alteraciones del olfato, sin embargo, la mayoría de los estudios se enfocan en la incidencia de este síntoma, pero aun la información es muy escasa sobre la durabilidad y pronostico final. Hasta la fecha, se han propuesto dos posibles mecanismos que podrían resultar en esta alteración del olfato: una obstrucción inflamatoria de las hendiduras olfatorias como causa conductiva, o una anosmia posviral con alteración del neuroepitelio olfatorio como causa sensorioneural. Con respecto al tratamiento, se ha descrito el uso de corticoides y rehabilitación olfatoria, pero tanto las dosis, **MÉTODOS**: como la duración del tratamiento muestra gran variación y se mantiene controversial. Nuestro reporte se trata de un paciente de 31 años, funcionario de nuestro hospital, con antecedentes de hipotiroidismo, quien presentó enfermedad COVID-19 a inicios de diciembre del 2020 caracterizada por anosmia, ageusia y cefalea frontal intensa que no cedía a analgesia habitual. La ageusia se resolvió progresivamente en el curso de una semana, la cefalea en un mes y la anosmia persiste hasta la fecha cumpliendo 4 meses. En enero de este año, el paciente fue evaluado por neurología quien solicitó TAC y RNM de cerebro que resultaron normales. Posteriormente fue evaluado por otorrinolaringología concluyendo un examen normal, se indicó tratamiento con Mometasona 50mcg/dosis, 2 puff en cada fosa nasal cada 24 hrs. A la fecha, luego de más de un mes de tratamiento, persiste anosmia y las dificultades que implica. **CONCLUSIONES Y/O COMENTARIOS**: La pérdida del olfato implica perder la capacidad de relacionar, prevenir, alertar y también de evocar recuerdos y sensaciones a través de este. La anosmia puede poner en riesgo a los pacientes a intoxicaciones por gases, humo, ingerir alimentos en mal estado e incluso afectar en la práctica clínica como el caso de nuestro funcionario médico. Los estudios de terapias son prometedores y todos estos han utilizado como insumo principal los reportes de casos publicados, por lo que es de suma importancia seguir aportando a bibliografía.

LEUCEMIA MIELOIDE CRÓNICA COMO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE FIEBRE DE ORIGEN DESCONOCIDO, REPORTE DE UN CASO

Cristian Javier Saavedra Díaz (1), Maria Paz Wiehoff Barría (1), Javier Andrés Monsalve Fuentes (2)
(1) Médico EDF CESFAM Lorenzo Arenas, Servicio Salud de Concepción,
(2) Médico EDF CESFAM Pudahuel Poniente, Servicio de Salud Metropolitano Occidente

INTRODUCCIÓN: La fiebre de origen desconocido, corresponde a un cuadro de temperatura corporal mayor a 38°C de más de 3 semanas de evolución, sin causa identificable después de un estudio exhaustivo. Según su etiología pueden considerarse cinco grandes grupos: infecciones, conectivopatías, neoplasias, origen diverso e idiopática. **CASO CLÍNICO**: Paciente de 75 años de edad, sexo masculino, con antecedentes de hipertensión arterial, fibrilación auricular en tratamiento anticoagulante, limitación crónica de flujo aéreo por asbestosis, accidente cerebrovascular (2017), cáncer prostático tratado con radio hormonoterapia (2018). Consulta en Servicio de Urgencia por cuadro de 1 mes de evolución de peak febriles autolimitados, asociado a compromiso de estado general, disnea de esfuerzo y tos ocasional no productiva. Examen físico sin alteraciones sugerentes de infección aguda. Exámenes: Destaca leucocitosis de 35.000 con predominio de polimorfonucleares, formula diferencial normal; resto de hemograma y exámenes normales, radiografía de tórax sin alteraciones sugerente de infección aguda. Se decide hospitalizar para completar estudio e inicio de tratamiento antibiótico (ATB) empírico. Durante hospitalización urocultivo, hemocultivos y baciloscopias negativos, LDH 600; VHS 2, TAC tórax/abdomen/pelvis sin alteraciones. Evaluado por medicina interna quienes indican suspensión de ATB, y evaluación por hematología. Paciente dado de alta de hospitalización a la espera de evaluación por subespecialidad; evaluado posteriormente, solicitándosele estudio genético y mielograma con citometría flujo. **RESULTADOS**: PCR BCR ABL negativo; p210 y p190 negativo. Mielograma: Sangre periférica con aumento proporcional de monocitos clásicos y precursores hematopoyéticos, sin evidencias de transformación. Se diagnostica como Leucemia Mieloide Crónica, decidiendo realizar terapia de soporte y controles con subespecialidad. **CONCLUSIÓN**: La Fiebre de Origen Desconocido, representa un reto clínico en el campo de estudio de la medicina. Incluye realizar un proceso diagnóstico adecuado utilizando los recursos clínicos y complementarios disponibles en forma racional, para llegar a la causa del proceso febril e instaurar el tratamiento lo más pronto posible**.**

PARAGANGLIOMA COMO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL SECUNDARIA. REPORTE DE UN CASO

Cristian Javier Saavedra Díaz (1), Maria Paz Wiehoff Barría (1), Javier Andrés Monsalve Fuentes (2)
(1) Médico EDF CESFAM Lorenzo Arenas, Servicio Salud de Concepción,
(2) Médico EDF CESFAM Pudahuel Poniente, Servicio de Salud Metropolitano Occidente

INTRODUCCIÓN: El Paraganglioma es un tumor productor de catecolaminas, que se localiza en cualquier parte de la cadena simpática. A pesar de ser un tumor infrecuente, junto con su contraparte (Feocromocitoma), son uno de los diagnósticos diferenciales importantes a considerar como causa endocrinológica de Hipertensión Arterial (HTA) Secundaria. **CASO CLÍNICO**: Varón de 29 años con antecedentes a los 8 meses de Nefrectomia Izquierda por Hidronefrosis, secundario a Estenosis Uretral, sin otros antecedentes. Diagnóstico de HTA a los 14 años de edad, con estudios secundarios incompletos y abandono de tratamiento y controles del mismo. Debuta en junio 2020 con diagnóstico de Encefalopatía Hipertensiva, siendo hospitalizado para manejo y estudio. Exámenes: Perfil bioquímico completo normal, con excepción de la creatinina (3.0), TSH normal. Ecocardiograma: Leve dilatación de aurícula izquierda, Fondo de ojo normal, TAC TAP: Monorreno derecho, leve a moderada hidroureteronefrosis con pelvis extrarrenal y signos sugerentes de Estenosis Pieloureteral, sin otras alteraciones. Tomografía renal MAG 3: Hidronefrosis derecha de comportamiento no obstructivo. Eco Doppler renal: sin signos de estenosis significativa de arteria renal. Evaluado por urología, quienes descartan necesidad de intervención. Al momento del alta con necesidad de 5 medicamentos antihipertensivos, presiones promedio de 170/90 y creatinina de 1.5. Posterior control en policlínico, se descarta Hiperaldosteronismo y destaca estudio positivo de tumor productor de catecolaminas (Metanefrinas urinarias 177ug - Normetanefrinas 1017 mg). Se repite examen, persistiendo alteración de normetanefrinas (Metanefrinas Urinarias 213 ug – Normetanefrinas 1300 mg), por lo cual se solicita PET/Scan en búsqueda de paraganglioma. Actualmente a la espera de realización de dicha imagen. **CONCLUSIÓN**: La hipertensión arterial es una de las causas más importantes de enfermedades crónicas y muerte prematura en Chile y el mundo. Del total de hipertensos un 10% corresponde a causas secundarias. La importancia de la detección de dichas entidades radica en la posibilidad de un tratamiento médico o quirúrgico específico y de esta manera poder corregir completa o parcialmente la HTA, mejorando la sobrevida o evitando sus complicaciones.

TUBERCULOSIS PULMONAR RESISTENTE, UNA NUEVA REALIDAD, REPORTE DE UN CASO.
Cristian Javier Saavedra Díaz, Maria Paz Wiehoff Barría
Médicos EDF, CESFAM Lorenzo Arenas, Servicio Salud de Concepción

INTRODUCCIÓN: La tuberculosis (TBC) es una infección bacteriana que afecta principalmente los pulmones, pero puede comprometer cualquier órgano. Actualmente constituye una emergencia sanitaria mundial, debido al incremento de las formas resistentes a la farmacoterapia en los últimos años. **CASO CLÍNICO**: Paciente de 36 años de edad, sexo femenino, con antecedentes de consumo de pasta base y tuberculosis pulmonar tratada de forma irregular por abandono de tratamiento (2017). Consulta en servicio de urgencia por episodio único de hemoptisis, sin otros síntomas. Examen físico sin alteraciones. Radiografía de tórax infiltrado hipodenso mayor en campo derecho, exámenes de sangre normales. Se decide hospitalización para estudio y tratamiento. Durante hospitalización baciloscopia (BK) I y II positivo. Se inicia tratamiento antituberculoso de primera línea. Paciente completa 31 dosis de esquema diario, sin embargo, persiste sintomática, exámenes primer mes control (BK y radiografía tórax) sin cambios. Resultado cultivo primera BK evidencia resistencia a rifampicina por mutación gen rpoB, estudio adicional no revela resistencia fluoroquinolonas, ni aminoglucósidos. Evaluación por broncopulmonar indica manejo como tuberculosis multidrogaresistente (MDR) y se indica esquema acortado MDR de lunes a viernes. BK de control primeros dos meses positivos. Cultivo de BK sin nuevos genes de resistencia. Radiografía de tórax en mejoría respecto imágenes previas. Se decide alta y continuar tratamiento acortado MDR hasta completar nueve meses en total, suspender kanamicina al cuarto mes. **CONCLUSIÓN**: La tuberculosis resistente a fármacos, se ha convertido en una amenaza y un reto para la salud pública. Generalmente consecuencia del mal manejo/tratamiento que determina la selección de mutantes resistentes, por lo que es prioritario, el manejo de la enfermedad, con enfoque de salud pública y la incorporación de medidas adecuadas de control y eliminación en todos los establecimientos.

ENFRENTAMIENTO DE LAS ADENOPATÍAS EN PEDIATRÍA A PARTIR DE UN CASO CLÍNICO
José Saavedra Correa (1), María Torres Torres (2), Magdalena Cobo Lewin
(1) Médico EDF CESFAM Cholchol, (2) Médico EDF CESFAM Nueva Imperial, (2) Médico General Hospital Nueva Imperial

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS: Usualmente las adenopatías en pediatría no son clínicamente importantes en sí mismas, sin embargo, en ocasiones pueden traducir una enfermedad subyacente grave. A continuación, se presentará un caso clínico de enfermedad por arañazo de gato, donde la linfadenopatía regional es el sello distintivo de la patología. **CASO CLÍNICO-** Paciente femenino de 12 años, con antecedentes de rinitis alérgica, asma e hipertrofia adenoidea, en tratamiento con broncodilatadores, antihistamínicos y corticoide tópico. Es llevada a urgencias por cuadro de 2 semanas de fiebre hasta 40ºC intermitente sin patrón determinado, mialgias, astenia y aumento de volumen sensible en axila izquierda. En anamnesis dirigida, se constata como antecedentes importantes la baja de peso de 2.5 kg en la última semana, una hospitalización 2 semanas previas a la consulta por dolor abdominal en estudio que no fue concluyente, de causa no quirúrgica y que en la vivienda convive con gatos cachorros Al examen físico, con palidez mucocutánea y adenopatía axilar izquierda de 5 cm, consistencia gomosa, móvil. Abdomen sin megalias. Resto normal. Dentro del estudio que se realizó destacó: hemograma con anemia microcítica hipocrómica, trombocitosis y leucocitosis y alza de PCR sobre 100. Se solicita estudio de Bartonella henselae destacando IgM (-) e IgG (+) 1:320 y una ecografía abdominal que mostró nódulos esplénicos de 5 mm y adenopatías retroperitoneales. Se indicó tratamiento con azitromicina y hospitalización para continuar manejo **DISCUSIÓN:** La linfadenopatía periférica en niños generalmente es benigna y autolimitada. Sin embargo, previamente requiere una evaluación clínica completa y sistemática para evitar pasar por alto patologías de mayor gravedad. Es fundamental hacer una anamnesis y examen físico acabados, solicitar estudios según la sospecha clínica y evitar la evaluación agresiva y la biopsia a la mayoría de los niños.

ERITEMA AB IGNE, A PROPÓSITO DE UN CASO
José Saavedra Correa (1), María Torres Torres, Magdalena Cobo Lewin,
(1) Médico EDF CESFAM Cholchol, (2) Médico EDF CESFAM Nueva Imperial, (3) Médico General Hospital Nueva Imperial

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS: El Eritema Ab Igne es un trastorno cutáneo adquirido que se manifiesta como lesiones eritematosas o hiperpigmentadas en patrón reticulado característico, secundario a la exposición crónica de bajos niveles de radiación infrarroja. Suele afectar a personas de edad media o mayores y los principales factores de riesgo son afecciones musculoesqueléticas que se alivian con calor y condiciones en que la sensibilidad térmica está disminuída como el caso de la neuropatía diabética. También puede ser considerada una dermatosis laboral cuando la ocupación conlleva exposición a calor. A continuación, se presenta un caso clínico a partir del cual se realizará una revisión de la literatura. **CASO CLÍNICO:** Mujer de 28 años con antecedente de escoliosis severa que requirió manejo quirúrgico hace 10 años atrás. Consulta por presentar hace 4 meses lesión cutánea en región lumbar. Al examen físico, se constatan máculas confluentes, en patrón reticular, eritematosas, pigmentadas y asintomáticas. Al interrogatorio dirigido la paciente refiere que tras la cirugía lumbar evoluciona con dolor crónico de difícil manejo que cede con la aplicación de calor local, por lo que es usuaria de bolsas de agua caliente a diario. Se optimiza analgesia, se deriva a traumatología para reevalaución y se indica suspender uso de fuentes de calor. Se reevalúa al año destacando atenuación importante de las lesiones. **DISCUSIÓN:** El Eritema Ab Igne es una entidad benigna de diagnóstico clínico y fácil manejo. Sin embargo, puede tener implicancias estéticas irreversibles de no ser detectado. Requiere una completa anamnesis para indagar en aspectos culturales, médicos y laborales que permitan identificar el agente causal. Esto evita incurrir en estudios o derivaciones innecesarias. Situaciones en que el calor se use para tratar el dolor, como el caso presentado, debe motivar la búsqueda de su origen.

FISTULA AORTOBRONQUIAL; UNA CAUSA RARA DE HEMOPTISIS: REPORTE DE UN CASO

Alex Leonardo Sabattin Vallejos (1), Carla Rocio Saez Berrios (2), Andoni Nicolas Asiain Neno (1), Sebastian Esteban Castillo Toro (3) Felipe Antonio Barnert Sanhueza (1)
(1) Médico EDF Hospital de Vilcún, (2) Médica EDF Hospital Familiar de Carahue, (3) Interno Medicina Universidad de Santiago

INTRODUCCIÓN: La fístula aortobronquial (FAB) es una comunicación patológica entre la aorta torácica y el árbol bronquial, habitualmente del hemitórax izquierdo. Se trata de un cuadro muy poco frecuente en la actualidad, y requiere de un diagnóstico certero de forma temprana. El principal síntoma es la hemoptisis intermitente que a su vez puede ser leve, moderada y en ocasiones masiva, es ahí su importancia, ya que puede llegar a ser letal. **PRESENTACIÓN DE CASO**: Paciente masculino de 79 años con antecedentes de diabetes mellitus y cáncer de próstata operado, consulta en servicio de urgencias por cuadro de hematemesis de 3 meses de evolución de escasa a moderada cuantía, intermitente con deposiciones negras, sin tos ni epistaxis. Se hospitaliza para tramitación de Gastroscopia de urgencias la cual concluye: Pangastropatía atrófica, sin signos de sangrado. Se da de alta sin nuevos episodios de sangrado, solicitando colonoscopia ambulatoria. Un mes después, paciente reconsulta en servicio de urgencias por episodio de hematemesis abundante, aproximadamente 800cc. Se indaga en anamnesis remota, paciente hace 3 años cursó con episodios de hemoptisis, ante lo cual, se solicita esta vez radiografía de tórax para completar estudio, la cual destaca ensanchamiento del mediastino. Por lo anterior, se solicita Tomografía computarizada (TC) de tórax que informa: Aorta torácica a nivel del tercio medio de su porción descendente con extenso aneurisma sacular multilobulado con signos de rotura inminente. Este mide aprox 8.4 x 5.4 cm en sus ejes axiales y 6.7 cm eje craneocaudal. Pulmones con arquitectura conservada observando adyacente al pseudoaneurisma algunas áreas de relleno alveolar, pudiendo ser hemorragia alveolar con probable presencia de fístula aortobronquial. Con lo anterior se deriva a hospital de mayor complejidad donde se hospitaliza y se realiza cirugía con instalación de prótesis de reparación endovascular de la aorta torácica. Posteriormente, el paciente evoluciona de forma favorable. **DISCUSION Y CONCLUSION:** La prevalencia de la FAB es baja pero extremadamente mortal. De estas el 79% proviene de pseudoaneurimas y el 10% de aneurismas. La hemoptisis es el síntoma principal en el 95% de los casos. En el diagnóstico por imagen la radiografía simple de tórax puede mostrar un infiltrado de hemorragia parenquimatosa o una masa en relación a la aorta o incluso puede ser normal. El TC de tórax junto a la angiografía son los MÉTODOs más específicos para el diagnóstico. En **CONCLUSIÓN**, la FAB debe tenerse presente en el diagnóstico diferencial de hemoptisis o en hematemesis sin causa aparente. Existen exámenes de bajo costo que pueden orientar el diagnóstico, pero aún así al ser una patología con alta mortalidad es necesario una alta sospecha diagnóstica y una correcta anamnesis.

COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS EN RELACIÓN A PENECTOMÍA PARCIAL Y MANIPULACION TEMPRANA DE VIAS URINARIAS EN CÁNCER DE PENE, REPORTE DE UN CASO

Sebastián Saenz Schuffeneger, Paulina Pérez Morales, Víctor Cruzat Bastías,
Médicos EDF Hospital San Agustín de Florida

INTRODUCCIÓN: El cáncer de pene es una patología muy poco frecuente que se presenta en hombres entre los 50 y 70 años y cuya máxima incidencia se encuentra entre la sexta y séptima década de la vida. Representa solamente el 2-5% de los tumores urogenitales masculinos. La incidencia global oscila entre 0,1 y 0,9 casos por 100.000 habitantes. Existen ciertas condiciones asociadas que han sido implicadas como factores causales, se incluyen falta de circuncisión, procesos inflamatorios crónicos y la exposición al virus del papiloma humano. Su tratamiento consiste en la resección de la tumoración primaria tratando de preservar la mayor longitud de tejido sano posible y para esto es importante un diagnóstico temprano. **PRESENTACIÓN DEL CASO/DISCUSIÓN**: El caso reportado trata acerca de un paciente masculino de 71 años con antecedentes de hipertensión arterial, con lesión en pene en tercio distal característica de cáncer de pene, de 4 años de evolución, con aumento progresivo de tamaño, que lo hace consultar por primera vez por parafimosis asociada a balanitis. Una vez solucionada urgencia, el 3/6/20 se realiza sección circunferencial de pene en tercio distal (penectomía parcial) y se instala sonda uretro vesical número 18. Biopsia informa carcinoma escamoso queratinizante de pene. El día 6/6/20 paciente consulta en servicio de urgencias con dolor peneano, donde se realiza cambio de sonda Foley. Posteriormente el 8/6/20 consulta en servicio de urgencias por cuadro de fiebre, dolor lumbar, secreción uretral purulenta a través de meato urinario. Se decide hospitalizar por pielonefritis aguda e inicia tratamiento antibiótico con Ceftriaxona + Clindamicina. En urocultivo destaca E. Coli multisensible, por lo que luego de 4 días se realiza traslape a Clindamicina oral. Al 5to día de hospitalización paciente evoluciona con dificultad evacuatoria, dolor perineal y dolor a la palpación prostática asociado a elevación de APE. Por lo que se decide extender tratamiento antibiótico oral por 14 días con buena respuesta clínica. A los 14 dias con disminución de parámetros inflamatorios, APE y ausencia de dolor. Se realiza retiro de s. Foley, sin complicaciones, micción adecuada sin dolor. **RESULTADOS y CONCLUSIONES**: Se recalca la importancia de no manipular en forma temprana las vías urinarias en un paciente postoperatorio de penectomía y si fuera estrictamente necesario usar técnica aséptica estricta para evitar infecciones ascendentes del tracto urinario.

CARACTERIZACIÓN EPIDEMIOLÓGICA DE BROTE COVID-19 EN PACIENTES CON ANTECEDENTES PSIQUIÁTRICOS, EN EL HOSPITAL PSIQUIÁTRICO DOCTOR PHILIPPE PINEL DE PUTAENDO

Gonzalo Sáez Caro (1), Christian Flores Neumann (1), Felipe Vargas Amar (2)
(1) Médico EDF, Hospital Psiquiátrico Dr. Philippe Pinel, Putaendo, (2) Médico EDF, CESFAM de Llay Llay.

INTRODUCCIÓN y OBJETIVOS: A pesar del esfuerzo de la comunidad científica y médica a nivel mundial, hasta el día de hoy la pandemia por enfermedad por Coronavirus-2019 (COVID-19) no ha sido contenida. Existe vasta evidencia respecto al comportamiento epidemiológico de la COVID-19 en población general, sin embargo, hay escasa literatura respecto a la COVID-19 y su epidemiología específica en pacientes con antecedentes psiquiátricos. El OBJETIVO del estudio es realizar una descripción de las características epidemiológicas del brote de COVID-19 ocurrido en el Hospital Psiquiátrico Dr. Philippe Pinel de Putaendo (HPPP). **MATERIAL y MÉTODO:** Se realizó un estudio descriptivo, observacional, a partir de base de datos encriptada de 26 pacientes con COVID-19 de la oficina de estadística del HPPP, teniendo cada uno de ellos al menos un antecedente psiquiátrico. **RESULTADOS Y CONCLUSIONES:** Del total de 26 pacientes incluidos en el estudio, 16 eran hombres (61.5%) – 10 mujeres (38.4%), 25 presentaban al menos un factor de riesgo/comorbilidad (96.1% total), destacando 7 pacientes con enfermedad cardiovascular (hipertensión arterial, diabetes Mellitus, enfermedad renal crónica) 26.9%, 9 presentaban enfermedad pulmonar obstructiva crónica/EPOC (34.6%), 18 tabaquismo crónico (69.2%), 10 requirieron hospitalización-oxigenoterapia (38.4%), 4 muertes (15.3%). A partir de los datos descritos, se puede concluir que hay una predominancia considerable de pacientes masculinos contagiados, habiendo una diferencia con los datos del Ministerio de Salud (MINSAL) chileno en la población general contagiada hasta el 08/04/2021 (56.5% hombres, 43% mujeres). Respecto a la presencia de al menos 1 comorbilidad destaca que en nuestros pacientes el 96.1% la poseía, mientras que, en la población general chilena, la presentarían el 32.2%, siendo una diferencia considerable. Respecto a la presencia de EPOC y tabaquismo en nuestros pacientes son 34.65% y 69.2% respectivamente, mientras que entre los contagiados de la población general chilena contagiada la presencia de EPOC alcanza un 0.95%, diferencia considerable. La presencia de comorbilidad cardiovascular en nuestros pacientes alcanza un 26.9%, mientras que entre los contagiados en la población general chilena alcanza un 22.8%, cifras similares. El porcentaje de muertes respecto al total de pacientes contagiados en nuestro hospital alcanza un 15.3%, mientras que las muertes entre contagiados respecto al total en cifras chilenas es de 2.28%, siendo una diferencia considerable. **COMENTARIOS:** Dada la alta comorbilidad de enfermedades cardiovasculares y respiratorias asociado a una importante polifarmacia, consideramos que la condición de paciente psiquiátrico debiera ser tomada en cuenta como prioritaria en la toma de decisiones clínico – terapéuticas y preventivas en el contexto de la actual pandemia de COVID – 19.

VDRL PERSISTENTEMENTE POSITIVO, ABORDAJE CLÍNICO A PROPÓSITO DE UN CASO.

Paulina Sáez Venegas, Nelyda Cáceres Suazo, Andrea Contreras Alfaro, Marcelo Contreras Chávez,
Médicos EDF Hospital de Constitución.

INTRODUCCIÓN: VDRL es un examen no treponémico que permite el diagnóstico de sífilis tanto de forma sintomática como asintomática. Presentamos este caso para diferenciar cuando los pacientes requieren nuevamente tratamiento y cuando es necesario ampliar el estudio en estos casos. **CASO CLÍNICO:** Paciente femenina de 64 años, con historia de sífilis latente tardía en 1990, que fue tratada con tres dosis de penicilina, con VDRL de control en 1:8, no contamos con VDRL inicial. Luego, se realizan a lo largo de los años RPR que aparecen reactivos en su historial y que recibió nuevamente tratamiento con Penicilina, sin tener VDRL de control. El año 2019, paciente se realiza por control VDRL que resulta en 1:32, recibiendo nuevamente 3 dosis de penicilina, sin control de VDRL posterior a tratamiento. El año 2021 nuevamente se realiza VDRL que persiste 1:32, por lo que se indica nuevamente tres dosis de Penicilina. En vista de recibir numerosas veces el tratamiento, se decide ampliar el estudio con VDRL de LCR, el cual resulta negativo. Se solicita nuevo VDRL de control al mes del último tratamiento con penicilina, que resulta nuevamente en 1:32. **DISCUSIÓN:** El examen VDRL se utiliza tanto para el diagnóstico como para el seguimiento de los pacientes con sífilis. Para objetivar que un tratamiento ha sido exitoso debe existir una disminución de 2 diluciones. Los exámenes no treponémicos pueden presentar falsos positivos, generalmente en diluciones menores a 1:8, secundario a infecciones agudas virales, parasitarias, enfermedades autoinmunes, embarazo o hasta error de laboratorio, entre otras. En caso de que el VDRL se mantenga en la misma dilución después del tratamiento, se llama seropersistencia y no debe ser alarmante. Pero, ¿qué es importante en este caso? Nuestra paciente presentó diluciones menores al inicio de enfermedad, que con los años fueron en aumento hasta ser persistente en 1:32, por lo que es importante descartar en primera instancia sífilis terciaria. Si esta última ha sido descartada, se sugiere tratar nuevamente por la sospecha de reinfección y que estemos en una fase latente tardía, pero en casos de que la posibilidad de re-infección es baja, se sugiere vigilancia.

LACTANTE MENOR DE RAZA NEGRA CON LESIONES HIPOPIGMENTADAS EN LA PIEL, UN DESAFÍO CLÍNICO EN ATENCIÓN PRIMARIA.

Paulo Sáez Gutiérrez (1), Mitzy Navarrete Arias (2), Alvaro Pérez Cabezas (3)
(1) Médico EDF Cesfam Monte Águila, (2) Médico EDF Cesfam Nuevo Horizonte, (3) Médico EDF Cesfam Cabrero

INTRODUCCIÓN y OBJETIVOS: Se estima que las consultas pediátricas por motivo dermatológico corresponden a un 30 % en el ambulatorio y a un 4 % en la urgencia. Al 31 de diciembre de 2019, según el instituto nacional de estadísticas, en Chile hay 1,5 millones de inmigrantes residentes, de los cuales 12,5 % provienen de Haití precedidos por Venezuela y Perú. Por otra parte, existen características histológicas en la piel de raza de negra que por sí solas determinan variantes en la presentación clínica de las lesiones. El OBJETIVO es revisar literatura que permita familiarizar al clínico en el reconocimiento de estas lesiones y orientar su etología. **MATERIAL y MÉTODO:** Se describe caso clínico de un lactante menor masculino de 4 meses 3 dias de edad, nacido en Chile. Ambos padres de origen Haitiano viviendo hace 2 años en el país, con todos sus controles perinatales realizados por matrona de nuestro Cesfam informados como normales. Parto vaginal único espontaneo de 39 semanas de gestación, sin complicaciones. Ambos padres sin patologías, hermano de 5 años sano que vive en Haití. Alimentación en base a lactancia materna exclusiva a libre demanda, eutrófico y con antropometría normal según último control de niño sano de 3 meses, cuenta con todas las inmunizaciones programáticas administradas. Paciente traído a servicio de urgencia rural por su madre tras la aparición hace 3 dias de manchas ovaladas hipocrómicas no descamativas con borde neto, de 2 a 5 cm de diámetro, no confluentes, sin eritema asociado. Localizadas en región peri auricular derecha, base de cuello y torácica anterior, espalda, ambos pliegues axilares, abdomen bajo, pliegue inguinal derecho y región suprapúbica, región flexora de rodillas, con respeto de manos, pies y mucosas, sin fiebre, sin descamación, sin signos de grataje, apetito conservado, padres sin lesiones similares, sin presencia de mascotas en casa. Se indicó vaselina liquida 3 aplicaciones por día, durante 7 días tras los cuales no hay mejoría, por lo cual se derivó a teledermatología manteniéndose aún conducta expectante frente al diagnóstico. **RESULTADOS y CONCLUSIONES:** Por el momento no hay estudios que relacionen lesiones y raza a nivel nacional para contrastar datos, un estudio realizado en 2005 en población pediátrica nacional con lesiones hipopigmentadas indicó que los diagnósticos dermatológicos fueron en frecuencia: 38% vitíligo, 18% pitiriasis alba, 18% nevo acrómico, 7% mosaicismo hipopigmentado, 6% hipopigmentación postinflamatoria, 5% liquen estriado, 5% pitiriasis versicolor, 3% pitiriasis liquenoide crónica y 1% albinismo. A diferencia de un estudio en 2010 realizado en cuba que dejo a la pitiriasis alba en el primer lugar. **DISCUSIÓN y COMENTARIOS**: En la literatura dermatológica hay mayor MATERIAL sobre pieles caucásicas que negras. Destacan algunas variantes funcionales, como la ausencia de eritema como signo guía de inflamación en pieles oscuras. Estas se revisarán en detalle junto a los diagnósticos diferenciales.

MIASIS FURUNCULOSA POR *DERMATOBIA HOMINIS*, REPORTE DE UN CASO.

Ana Salas Sandoval (1), Loreto Navarro Aldea (2)
(1) Médico EDF CESFAM Dr. Víctor Manuel Fernández, (2) Médico EDF CESFAM La Floresta.

INTRODUCCIÓN: Las miasis cutáneas corresponden a la colonización de la piel por larvas de díptero, siendo la más frecuente la de tipo furunculosa causada por la larva de la mosca Dermatobia Hominis. Su mayor incidencia es en zonas tropicales de América, en Chile los casos son aislados e importados. El diagnóstico definitivo se realiza a través de observación macroscópica de la larva o en histología. El tratamiento va desde la evolución natural a la o la exéresis de la larva, considerando como complicación sobreinfección bacteriana y el tétanos. **PRESENTACIÓN DEL CASO:** Paciente de 73 años de edad, sin antecedentes mórbidos. Con historia de viaje reciente al interior de Sao Paulo, Brasil. Sufre picadura por insecto desconocido en dorso del pie izquierdo. Tres días más tarde inicia cuadro de fiebre, dolor, aumento de volumen, eritema local y salida de secreción. Acude a servicio de urgencias donde se diagnostica celulitis y se inicia tratamiento antibiótico. Durante el mes siguiente persiste con molestias, por lo que consulta en múltiples ocasiones a servicios de urgencias, donde recibe varios cursos de antibioticoterapia, sin respuesta. A las 6 semanas acude a policlínico donde se ve lesión redondeada de unos 5mm diámetro, halo eritematoso con orificio central, contenido central inespecífico blanquecino y salida de secreción serohemática. Durante la exploración, se pesquisa que contenido presenta movimiento, se aplica presión manual, dando salida espontánea a larva viva. Se envía espécimen a laboratorio, donde es clasificado como Pupa, crisálida de *Dermatobia Hominis Linnaeus*. Finalmente, paciente es evaluada por Infectología donde se indica tratar sobreinfección bacteriana y controles, con buena evolución clínica. **DISCUSIÓN:** Las lesiones cutáneas son una consulta frecuente en viajeros, donde las picaduras de insectos son de un 10% aproximadamente. El incremento de los viajes al extranjero ha provocado un aumento significativo en patologías importadas desde zonas endémicas, siendo estas consideradas como Enfermedades Emergentes; Por lo que la prevención debe ser fundamental y recomendar a viajeros el uso de repelentes, vestimenta y calzado apropiado, detectar lesiones iniciales y consultar tempranamente. Por otra parte, los signos clínicos de la enfermedad están relacionados a la historia natural de la infección parasitaria y generalmente en zonas endémicas el diagnóstico se realiza con examen clínico sin necesidad de estudio histopatológico. En nuestro medio, al ser casos aislados, se debe sospechar correlacionando con el antecedente de viaje reciente. **CONCLUSIÓN:** Es necesaria la difusión y educación con respecto a estas patologías dentro del personal médico, para mejorar la vigilancia epidemiológica y la prevención. Además, para poder dar un tratamiento precoz y apropiado, previniendo así sus posibles complicaciones.

ATROFIA MULTISISTÉMICA: A PROPÓSITO DE UN CASO

Felicia Salas Sepúlveda, Nicolás Fuentes Villablanca, Jorge Zepeda Vargas,
Médicos EDF, CESFAM Quebrada Verde, Valparaíso

INTRODUCCION Y OBJETIVOS: La Atrofia Multisistémica (AMS) es una enfermedad neurodegenerativa producida por el depósito anormal de la proteína alfa-sinucleina en el citoplasma de neuronas o de células gliales. Es una enfermedad rara con una prevalencia estimada entre 2 a 5 casos por 100.000 habitantes. La etiología permanece no clara. El promedio de sobrevivencia desde el inicio de los síntomas motores es de 8-9 años. Clínicamente hay compromiso del sistema periférico autonómico y del sistema nervioso central, con disfunción genitourinaria e hipotensión ortostática inicialmente para luego progresar con alteraciones en el equilibrio, la coordinación, la marcha y el habla. El diagnóstico es fundamentalmente clínico y no existe hasta hoy un tratamiento modificador de enfermedad. El OBJETIVO es presentar un caso clínico de una enfermedad poco común para lograr sospechas diagnósticas mas oportunas. **MATERIAL Y MÉTODO**: Trabajo descriptivo de un caso clínico que se atiende en sala de rehabilitación de CESFAM. Los antecedentes médicos fueron entregados por la misma paciente y conjuntamente se realizó una búsqueda bibliográfica. **RESULTADOS**: Paciente de 63 años, sexo femenino. Consultó en el servicio de urgencias por un cuadro progresivo de nueve meses de evolución, caracterizado por inestabilidad de la marcha y lateropulsiones, asociado a reiteradas caídas. En últimos meses se agregó disartria, temblor de acción, bradiquinesia, alteraciones conductuales del sueño y cognitivas como apatía y abulia. A la anamnesis dirigida, cinco años antes la paciente refería consultas por episodios de lipotimias asociadas a hipotensión ortostática y ocho años antes por incontinencia urinaria. Se decidió hospitalización para estudio. La resonancia magnética de encéfalo mostraba atrofia cortical generalizada y mayor atrofia en mesencéfalo, puente y cerebelo. Resto de exámenes dentro de rangos normales. Luego de estudio inicial se decide alta con sospecha diagnóstica de AMS. Posteriormente en controles ambulatorios sucesivos se confirma diagnóstico y se deriva a terapia de rehabilitación. **DISCUSIÓN:** La AMS es un diagnóstico difícil, que generalmente se realiza de manera tardía, varios años después del inicio de los síntomas. Es difícil de distinguir clínicamente de otros desórdenes en estadios tempranos de la enfermedad confundiéndose frecuentemente con otras patologías. Un diagnóstico errado puede resultar en un tratamiento inadecuado y en expectativas frustradas tanto del paciente como del grupo familiar. Es por esto que una anamnesis detallada considerando sintomatología motora como no motora, de largo tiempo de evolución y un examen físico general y neurológico completo son esenciales para la sospecha diagnóstica inicial.

SÍNDROME DE NARP (Neuropatía, ataxia y retinitis pigmentaria): A PROPÓSITO DE UN CASO

Felicia Salas Sepúlveda, Nicolás Fuentes Villablanca, Jorge Zepeda Vargas,
Médicos EDF CESFAM Quebrada Verde, Valparaíso

INTRODUCCIÓN y OBJETIVOS: El síndrome de NARP es una enfermedad mitocondrial, causada por una mutación en el genoma de la ATPasa mitocondrial. Se presenta como un desorden neurodegenerativo progresivo heterogéneo, pero se caracteriza típicamente por una debilidad muscular proximal neurogénica con neuropatía sensorial, ataxia y retinitis pigmentaria. Puede presentarse también con convulsiones, hipoacusia sensorioneural, talla baja, diabetes mellitus, deterioro cognitivo, cardiomiopatía, apnea del sueño y acidosis láctica. La prevalencia mundial es desconocida, pero se ha estimado en 0.8 a 1 por 100.000 habitantes. El inicio de los síntomas ocurre más a menudo en la primera infancia, pero suele manifestarse de manera completa en la adultez. El diagnóstico se establece con el cuadro clínico sugerente y el estudio genético. No existe tratamiento modificador de enfermedad aún. El OBJETIVO es presentar el caso clínico de una patología rara, con escasa evidencia publicada. **MATERIAL Y MÉTODO**: Trabajo descriptivo de un caso clínico que se atiende en sala de rehabilitación de CESFAM. Los antecedentes médicos fueron entregados por mismo paciente y conjuntamente se realizó una búsqueda bibliográfica. **RESULTADOS**: Paciente de 38 años, sexo masculino. Inició a los 13 años con espasmos musculares a nivel de columna dorsolumbar esporádicos y alteraciones en la visión con compromiso de campo visual. Alrededor de cuatro años después tuvo un episodio convulsivo único. Estudio oftalmológico mostró retinopatía pigmentaria. Al año siguiente evolucionó con mialgias en extremidades inferiores, fatiga muscular, pérdida de fuerza, inestabilidad de la marcha, alteraciones del equilibrio, descoordinación, pérdida de sensibilidad táctil sobretodo en extremidades inferiores y mayor compromiso visual. Luego de múltiples exámenes y consultas a distintos especialistas se confirmó el diagnóstico de síndrome de NARP. A los 24 años el paciente perdió visión de manera completa. Se derivó con kinesiólogo y terapeuta ocupacional para terapia física de mantención. Actualmente paciente con compromiso progresivo. Dependiente para las actividades de la vida diaria. Se moviliza escasamente con mucha dificultad y de manera asistida, pasa la mayor parte del tiempo en silla de ruedas. Perdió control de esfínteres y se agregó disartria, temblores a nivel cefálico y de extremidades. **DISCUSIÓN:** A pesar de que el síndrome de NARP es una entidad poco frecuente, pertenece a un conjunto de múltiples enfermedades mitocondriales, que según sugiere la evidencia están entre las enfermedades metabólicas hereditarias mas comunes. Tienen un amplio espectro de presentación y muchos de sus síntomas y signos se comparten. El conocer este caso clínico puede acercar y ampliar las posibilidades diagnósticas al momento de evaluar a un paciente, para así realizar una derivación correcta, un diagnóstico oportuno y un seguimiento multidisciplinario adecuado.

PREVALENCIA Y FACTORES DE RIESGO DE DEPRESIÓN EN MÉDICOS GENERALES DE ZONA CAPÍTULO TARAPACÁ ANTES Y DURANTE PANDEMIA COVID-19

Paulina Salas Cornejo (1), Daniel Lira Muñoz (2), Tahía Alarcón Sarria (2)
(1) Médico EDF CESFAM Cirujano Guzmán, Iquique, (2) Médico EDF CGU Héctor Reyno, Alto Hospicio.

INTRODUCCIÓN: En diciembre de 2019 un tipo nuevo de coronavirus empezó a transmitirse entre humanos (COVID-19). Existe una relación directa entre esta pandemia y el deterioro de la salud mental en trabajadores de la salud, generando mayor riesgo de depresión, ansiedad, insomnio y suicidio. **OBJETIVOS:** Conocer si existió un aumento de la prevalencia de depresión en los médicos generales de zona de la región de Tarapacá durante la pandemia de COVID-19, así como también observar posibles factores de riesgo que pudiesen estar asociados a esta patología. **SUJETOS y MÉTODOS:** De 77 médicos en etapa de destinación y formación de la región de Tarapacá se respondieron 57 encuestas estandarizadas para pesquisa de depresión GHQ-12 antes y 50 después de iniciada la pandemia por COVID-19. Se recolectó información respecto a género, edad, centro urbano o rural, antecedente previo de depresión y 12 preguntas de la encuesta, más sus RESULTADOS. **RESULTADOS**: Durante la pandemia de COVID-19 un 58% de las encuestas resultaron con ausencia de psicopatología y 30% tuvieron sospecha de depresión. Se encontró asociación entre depresión, un menor año de formación y ubicación urbana del centro. No existieron diferencias para edad, género y antecedentes previos de depresión. La frecuencia de depresión aumentó de 17,5% a 30%. **CONCLUSIÓN y DISCUSIÓN:** Se observó un aumento en la frecuencia de depresión durante la pandemia de COVID-19. Se logró demostrar como factores de riesgo un menor año de destinación y el desempeño en plazas urbanas. Debido a las condiciones laborales de emergencia y la falta de descansos se proyecta que estas cifras empeoren. Es imperativo implementar estrategias de tamizaje, prevención y tratamiento de depresión a nuestro personal de salud durante la pandemia.

PREVALENCIA DE ANEMIA E HIPERKALEMIA EN PACIENTES EN HEMODIÁLISIS CRÓNICA EN UN CENTRO DE DIÁLISIS PÚBLICO DE LA REGIÓN DE COQUIMBO.

Verónica Salazar San Martín, Daniel Toro Maldonado
Médicos EDF Hospital San Pedro de Los Vilos.

INTRODUCCIÓN y OBJETIVOS: La enfermedad renal crónica está asociada a una serie de complicaciones entre las que destacan la anemia, e hiperkalemia. La anemia es una de las complicaciones más frecuentes de los pacientes con enfermedad renal crónica, aumentando su frecuencia en la medida que avanzan los grados de insuficiencia renal; aunque es multifactorial, está explicada principalmente por la disminución de producción de eritropoyetina renal. Para los pacientes en diálisis, el uso de Eritropoyetina (EPO) está indicado cuando la hemoglobina (Hb) disminuye bajo 10 g/d, con un OBJETIVO de Hb entre 10 y 11.5 gr/dl, metas mayores de Hb no aumentan la sobrevida. El OBJETIVO de esta investigación fue evaluar la prevalencia de anemia e hiperkalemia de los usuarios del Centro de Diálisis del Hospital San Pedro de Los Vilos, durante el mes de marzo del 2021. En relación con estos exámenes se realizan ajustes en la prescripción de hemodiálisis crónica y ajuste de fármacos.
MATERIAL y MÉTODO: Estudio observacional, descriptivo y transversal. Se realizó revisión de los exámenes mensuales prediálisis de los pacientes. La información se ordenó con herramienta Excel. **RESULTADOS:** Evaluamos la población total de 50 usuarios de hemodiálisis. El valor promedio de hemoglobina fue de 11.5g/dL, un valor mínimo de 8 g/dL y un valor máximo de 15.9 g/dL . En relación con la anemia con indicación de tratamiento con eritropoyetina, 8 usuarios (16%) tienen hemoglobina menor a 10 g/dl y 42 pacientes tienen hemoglobina mayor a 10(84%). En relación con el potasio, el valor promedio fue de potasio de 5.3 mEq/L con un valor mínimo de 4.4 mEq/L y máximo de 6.2 mEq/L. Encontramos hiperkalemia con K mayor a 5 mEq/L en 22 pacientes (44%), de éstos 5 pacientes con valores mayores a 6 mEq/L. **DISCUSIÓN o COMENTARIOS**. Observamos una alta frecuencia de anemia e hiperkalemia en los usuarios, alteraciones que debemos tener presentes al enfrentarnos en el manejo de estos pacientes. En el servicio de urgencia, debemos tener especial consideración con los niveles de potasio elevados que pueden generar arritmias y son una causa eventualmente reversible de paro cardiorespiratorio.

CARACTERIZACIÓN DE PATOLOGÍAS EN LA POBLACIÓN DE USUARIOS DEL PROGRAMA SALUD MENTAL INTEGRAL (PSMI) DE UN HOSPITAL COMUNITARIO DE LA CUARTA REGIÓN DURANTE EL AÑO 2020.

Verónica Salazar San Martín, Daniel Toro Maldonado
Médicos EDF Hospital San Pedro de Los Vilos

INTRODUCCIÓN y OBJETIVOS: El PSMI comprende las actividades realizadas en los establecimientos de salud primaria para la promoción de salud mental y la prevención, detección, tratamiento y rehabilitación de los trastornos mentales. El OBJETIVO de esta investigación fue caracterizar a los usuarios del PSMI bajo control en el Hospital San Pedro de Los Vilos durante el año 2020. **MATERIAL y MÉTODO**: Estudio observacional, descriptivo y transversal. Se analizó de la estadística anual 2020 de la población bajo control del PSMI. La información se tabuló con la herramienta Excel. **RESULTADOS:** La población bajo control corresponde a un total de 318 usuarios, de los cuales eran 220 mujeres (69,2%) y 98 hombres (30,8%).
Las patologías bajo control de agrupan en:

- Trastornos del ánimo: Cuadros depresivos: 82 usuarios. 66 mujeres (80%) y 16 hombres (20%). Se clasificaron en leve (19), moderados (38) y graves (17). Además 1 depresión post parto y 7 correspondían a trastornos bipolares.
- Trastornos adaptativos: 50 usuarios.
- Trastornos de ansiedad: 100 usuarios, siendo 72 mujeres y 28 hombres. Clasificándose en trastorno de ansiedad generalizada (56), otros trastornos de ansiedad (32),
- Demencias: 27 usuarios. 18 mujeres (66,7%), 9 hombres (33%), todos mayores de 65 años.
- Trastornos conductuales de la infancia y adolescencia: 12 usuarios, 10 masculinos (83%) y 2 femeninos (16%).
- Esquizofrenia: 4.
- Consumo de sustancias: 21: clasificándose segùn consumo: alcohol (4), otras drogas (12) y policonsumo (9).
- Otros diagnósticos: 26
-

DISCUSIÓN o COMENTARIOS: Las patologías más prevalentes fueron los trastornos ansiosos y depresivos. Las diferencias por sexo tienen concordancia con los RESULTADOS expuestos en la encuesta nacional de salud, donde todas las patologías de salud mental son más prevalentes en el sexo femenino, en especial los cuadros depresivos, lo cual es destacable para considerar una perspectiva de género en las atenciones de salud.

SÍNDROME DE GUILLAIN BARRÉ COMO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE PARESIA FLÁCIDA EN PEDIATRÍA A PROPÓSITO DE UN CASO

Daniela Salazar Barros (1), Camila Pacheco Vergara (2), Daniela Silva Fuentes (3)
(1) Médico EDF Hospital Familiar y Comunitario de Carahue, Región de la Araucanía, (2) Médico EDF Hospital Comunitario Eduardo Contreras Trabuco, Región de Ñuble, (3) Médico, CESFAM Hualqui, Región del Bio Bio.

INTRODUCCIÓN: Síndrome de Guillain Barré (SGB) constituye una polineuropatía aguda inmunomediada, siendo la principal causa de Parálisis Flácidas Agudas (PFA) en niños. Su incidencia es de 0,6 a 4 por 100.000 habitantes en menores de 15 años. Caracterizándose por debilidad muscular o parálisis motora flácida rápidamente progresiva ascendente, simétrica o no, con disminución o ausencia de reflejos osteotendinosos. Su presentación clásica es la poliradiculoneuropatía desmielinizante. Determinar si PFA corresponde a SGB es un desafío, por ende, la clínica, exámenes de laboratorios y electromiográficos son claves para establecer el diagnóstico. **MATERIAL y MÉTODO:** Revisión retrospectiva de ficha clínica de paciente recibido en Hospital de Carahue. **RESULTADOS y CONCLUSIONES:** Adolescente masculino de 13 años consultó en Urgencias Hospital Carahue por múltiples caídas, pérdida de fuerza axial y de extremidades inferiores (EEII) asociado a parestesias de nueve días de evolución. Se constató dificultad de bipedestación, paraparesia flácida arrefléctica, fuerza motora (M) 2/5 en EEII. Derivándose a Unidad de Tratamientos Intermedios del Hospital Regional de Temuco por sospecha de SGB. Estudio descartó patología tóxica-metabólica, infecciosa e inmunológica; estudio de líquido cefalorraquídeo (LCR) sin disociación albumino-citológica. Resonancia Magnética (RM) de columna mostró reforzamiento de la captación del radiofármaco en raíz de L1. RM cerebro normal. Se inicia tratamiento con Gammaglobulina endovenosa con buena respuesta clínica. RM de control y electromiografía evidenció: SGB variante sensitiva motora desmielinizante. Paciente evolucionó favorablemente con M4/5 en EEII y en cintura pélvica y fue dado de alta. **DISCUSIÓN:** Ante PFA resulta esencial descartar compresión del canal medular, mielitis transversa, botulismo, ataxia cerebelosa y mielopatías no compresivas. Requiere RM de urgencias para descartar enfermedades medulares, así como para realizar estudio de laboratorio, LCR, y pruebas electromiográficas evolutivas. No obstante, frente a sospecha de SGB predomina criterio clínico para iniciar tratamiento con Inmunoglobulinas, e ingreso a Unidad Intermedia para monitorización dado riesgo de falla respiratoria.

ENCEFALOPATÍA HEPÁTICA-URÉMICA COMO DIAGNOSTICO DIFERENCIAL DE DEMENCIA EN PACIENTE ADULTO MAYOR, A PARTIR DE UN CASO CLÍNICO.

Vicente San Juan Gómez (1), Javiera Díaz Martinez (2), Yasna Carrillo Belmar (3)
(1) Médico EDF, CESFAM Peñaflor, (2) Médico EDF, CESFAM Garín, (3) Médico EDF, Cesfam Pudahuel estrella

INTRODUCCIÓN: El deterioro cognitivo y las demencias son síndromes de alta prevalencia alcanzando sobre el 7% en la población mayor de 60 años en chile. En el año 2019 fue ingresada como patología GES, entregando herramientas a la atención primaria para realizar el diagnostico, estudio y confirmación diagnostica de esta patología. **CASO CLÍNICO:** Paciente femenina de 65 años con antecedente de asma e hipertensión, es derivada para ingreso de programa demencia por cuadro de 1 año de evolución de cefalea crónica, asociado a 3 meses de deterioro progresivo acelerado de funciones cognitivas afectando memoria, atención, orientación, praxias y funciones ejecutivas. Durante el ultimo mes se asocian alucinaciones visuales frecuentes. MMSE: 12 puntos. Escala de Pfeffer: 23 pts. Al examen mental, paciente vigil, desorientada, inatenta sin otras alteraciones del examen neurológico. Al examen físico con leve tinte ictérico y edema bilateral de EEII.
Laboratorio:
Hto 30, Hb 12, GB 3.900, Plq 70.000, Na 139, K 3.9, Glicemia 101.
Crea 1.17, VFGE 46, BiliT 2.36 BiliD 1.16 FA 122 GOT 39 GPT 22 GGT 31 INR 1.17
Niveles B12 345. Ca 8.3. OC con proteinuria. P. Lipídico normal.
TAC cerebro: Examen sin hallazgos patológicos
EVOLUCIÓN: Paciente derivada a medicina interna por DHC descompensado, Falla renal en estudio y bicitopenia. Evoluciona con hospitalización abreviada para compensación de DHC e indicación de tratamiento de mantención con resolución importante de síntomas neurológicos manteniendo solo desorientación parcial, retomando autovalencia en AVD.
DISCUSIÓN: Las demencias si bien son prevalentes, deben ser cuidadosa y esquemáticamente confirmadas para evitar pasar por alto causas corregibles. Si bien el caso clínico presentaba un deterioro cognitivo similar al de una demencia, es necesario buscar activamente REDFLAGS como la presencia de una rápida progresión, edad joven del paciente, alteraciones al examen físico y neurológico y por supuesto un laboratorio e imágenes dirigido a descartar las causas secundarias mas frecuentes.

DIABETES TIPO I EN ADULTO JOVEN. REPORTE DE UN CASO.

Rayen San Martin Negrete (1). María Constanza Jorquera Cancino (2), Víctor Vicencio Catalán (1),
María José Mena Escobar (1)
(1) Medicos EDF CESFAM La Bandera, (2) Medica EDF CESFAM Lo Amor.

INTRODUCCIÓN: La diabetes mellitus (DM) es una enfermedad frecuente en nuestro medio, tiene una prevalencia de de 10% y posee una alta carga de morbi-mortalidad. Su diagnostico se realiza principalmente en base a la medición de glicemias tanto en ayuno y/o postcarga de glucosa. Principalmente existen dos tipos, la tipo 1 asociada a un proceso autoinmune que lleva a insulinopenia por destruccion de las celulas beta pancreatias y la tipo 2, asociada a procesos multifactoriales que provocan insulinorresistencia. Presentamos a continuación un caso clínico que enfretan estos dos diagnosticos. **DESARROLLO**: Mujer de 35 años con antecedentes de hipotiroidismo y DM desde 19 años asintomática. Sobrepeso leve. Antecedentes familiares relevantes: Madre diabética insulinorequirente joven Retinopatía severa, Hermana hipotiroidismo e hijo con hipertirodisimo. Iniciamente en tratamiento con Metformina con mala respuesta. Inicia insulina a los 23 años por embarazo. Nunca alcanza metas metabólicas, HbA1c mejor valor en 8.8%. Abandona controles por 1 año y reconsulta por cuadro de 6 meses de evolución de parestesias, anodinia en extremidades inferiores y entopsias bilaterales. Asociado a múltiples consultas en urgencias por hiperglicemias, en una ocasión con compromiso de conciencia, se derivó a hospital base y se descartó CAD. Continúa con síntomas de polidipsia poliuria y se atiende en consultorio. Fondo de ojo compatible con Retinopatía diabética proliferativa severa bilateral. Función renal: Creatinina 0.85 BUN13 Glucosuria ++ HbA1c: 13%. Se decide solicitar estudio de autoinmunidad: GAD 1.6 (+ 10) IA 2.1 (+10) Anti insulina negativo ICA Negativo Znt8 6.7 (+ 15) Peptido C basal : 0.33 ng/ml (0.9-7.1) **CONCLUSIÓN y COMENTARIOS**: Se trata de un caso de paciente joven, con historia propia y familiar de autoinmunidad con daño órgano blanco severo, retinopatía diabética y probable neuropatía diabética, por lo que en este contexto se sospechó de DM Tipo 1. Estudio de autoinmunidad positivo, e insulinopenia, lo que confirma nuestro planteamiento. Es importante tener alto indice de sospecha en pacientes jovenes con Diabetes a pesar de tener caracteristicas fenotipicas que sugieran DM Tipo 2. Con el propósito de evitar complicaciones agudas y crónicas. Actualmente nuestra paciente se encuentra en control con especialidad recibiendo tratamiento con esquema intensificado. Se aborda multifactorialmente. Cabe destacar que gasto de bolsillo en el estudio de exámenes de auntoinmunidad de diabetes tipo I, no se encuentran disponibles en hospital de referencia y son de alto costo, por lo que la sospecha clínica precoz presenta un valor sobre agregado para el manejo y repercusiones futuras de los pacientes en esta patología.

HIPOKALEMIA REFRACTARIA: HIPERALDOSTERONISMO PRIMARIO. REPORTE DE UN CASO

Rayen San Martin Negrete (1). Víctor Vicencio Catalán (1), María Constanza Jorquera Cancino (2)
María José Mena Escobar (1)
(1) Medica EDF CESFAM La Bandera, (2) Medica EDF CESFAM Lo Amor.

INTRODUCCIÓN: La hipokalemia es un trastorno hidroelectrolitico frecuente en el medio hospitalario, sin embargo, su hallazgo de en el setting ambulatorio es raro. Se deben sospechar patologias renales y extrarrenales, tambien enfermedades endocrinologicas como uso de farmacos por parte del paciente. Habitualmente puede presentarse asintomática o presentar síntomas inespecíficos como debilidad muscular, ileo, fatiga o trastornos en la conducción cardiaca. Presentamos en caso de una paciente con hipokalemia importante y su estudio clínico. **DESARROLLO** Mujer de 47 años sin antecedentes mórbidos, fumadora, Fármacos (-) Hospitalizaciones (-) Qx (-), OH: (-) Drogas (-). Consulta por cuadro de larga data de constipación crónica, asociado a fatiga, mialgias de ambas extremidades inferiores y baja de peso de 10 kg en 3 meses, con apetito conservado. No refiere otros síntomas. Destaca Cifras tensionales elevadas de forma aislada max 157/93 mmhg, se solicita mapeo de presiones arteriales en atención primaria, y luego con holter de presión arterial ambos normales. Por este motivo se solicitan exámenes generales y se pesquisa hipokalemia de al menos 1 año de evolución, según lo registrado en el historial de exámenes. Debido a valor critico K 2.3. se decide tomar ECG al instante, el cual permaneció sin alteraciones. En dicha oportunidad, se decide derivar a servicio de urgencia, donde se realiza carga endovenosa con mala respuesta por lo que se hospitaliza. En exámenes destaca la presencia de Potasio urinario elevado 63 mEq, magnesemia normal. Se solicitó Actividad de renina plasmatica y Aldosterona con Índice Aldosterona/Renina de 27,3, Ante sospecha diagnostica de hiperaldosteronismo primario. Se solicita escáner de abdomen el cual no evidencio lesiones a nivel de glándula suprarrenal, sin embargo, este no fue tomado con protocolo. **CONCLUSIÓN:** Si bien una hipokalemia en el ambulatorio es infrecuente, se debiera continuar con estudio algorítmico, según exista o no perdidas renales. La causa más frecuente es el uso crónico de laxantes o de diuréticos. La tercera opción es el hiperladoteronismo primario asociado a adenoma suprerenal, que se presenta asociado a hipertensión refractaria, sin embargo, esta diada está presente solo en el 13% de los casos. Dado sospecha diagnostica, se solicita relación aldosterona/renina, alterada en nuestra paciente. Otra herramienta diagnostica es el escáner de con protocolo de glándula suprarrenal, que detecta en cortes finos lesiones menores en corteza suprarrenal. El hiperaldosteronismo constituye una patología de baja prevalencia, pero en el grupo preseleccionado de mayores de 40 años hipertensos, esta está presente entre 5 a 12% de los casos. Si bien en el caso de nuestra paciente aún está pendiente la toma de un adecuado escáner de abdomen con wash out, también existe la opción de estudio secundario por especialista, para reconfirmar el exceso de mineralocorticoides. Debido a la pandemia el acceso a salud está restringido, por lo que nuestra paciente fue evaluada por medicina interna, quienes deciden comenzar tratamiento médico con espironolactona y slow k, con controles posteriores de kalemia entre 3.0 y 3.4. mEq/l.

AGENESIA DE INCISIVOS LATERALES SUPERIORES Y ALTERNATIVAS DE TRATAMIENTO

Roxana San Martín Antilef (1), Pilar Castillo Ramírez (2)
(1) Dentista EDF SS Arica, EDF Etapa de Formación UFRO, (2) Dentista EDF SS Araucanía Sur, en Etapa de Formación UFRO

INTRODUCCIÓN y OBJETIVOS: La agenesia dental es producida por un desorden durante el proceso de formación de la lámina dentaria que causa la ausencia de uno o más dientes. La agenesia de los incisivos laterales superiores es de la más comunes después de los segundos premolares inferiores (sin contar los terceros molares). 66,6% se presenta de manera unilateral, 79% del lado izquierdo, y 21% del lado derecho. La agenesia constituye un problema considerable tanto del punto de vista funcional como estético. El OBJETIVO de esta revisión bibliográfica es determinar las alternativas de tratamiento para esta patología. **MATERIAL y MÉTODO:** Se realizó una revisión de la literatura donde las bases de datos utilizadas fueron: PubMed, Scielo y Google Académico. Se incluyeron textos completos, en español, inglés y portugués, desde el año 2011 hasta el 2020; agenesias unilaterales y bilaterales; y revisiones sistemáticas, estudios de prevalencia y reportes de caso. Se excluyeron artículos cuyos pacientes presentaran agenesias por algún Síndrome o Fisura Labio-Palatina. **RESULTADOS y CONCLUSIONES:** Actualmente las alternativas terapéuticas se fundamentan en el cierre de espacios y sustitución de los incisivos laterales por los caninos, o en el aumento de la distancia entre el canino e incisivo central para la posterior colocación de una prótesis sobre implante. Esto estará sujeto a varios factores; presencia de maloclusiones, perfil del paciente, forma y color del canino, posición labial y sonrisa gingival, el espacio protésico, estética de los tejidos blandos, y la edad y crecimiento óseo. La agenesia de incisivos laterales además involucrará implantes, carillas, coronas, restauraciones, gingivectomía, blanqueamiento, cirugía, según corresponda a cada caso en particular. Cada una de las opciones de tratamiento tiene sus ventajas y desventajas, y serán o no recomendadas según los distintos parámetros a analizar en el paciente. Cada técnica puede llegar a excelentes RESULTADOS si se establece inicialmente un correcto diagnóstico y se cuenta con un abordaje multidisciplinario y plan de tratamiento claro desde el principio. **DISCUSIÓN o COMENTARIOS:** El tratamiento ideal será sin dudas aquel más conservador y que obtenga el mejor equilibrio individual tanto estética como funcionalmente para el paciente.

ENFERMEDAD DE KAWASAKI: DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE SÍNDROME FEBRIL EN PEDIATRÍA.
Alexis Sánchez Zúñiga, Estefanía León Rosales,
Médicos Cirujano EDF Hospital de Santa Bárbara, Santa Bárbara.

INTRODUCCIÓN: La enfermedad de Kawasaki (EK) es una patología febril autolimitada caracterizada histopatológicamente como una vasculitis de vaso mediano que afecta predominante las arterias coronarias, pudiendo presentar lesiones en un 25% de los casos no tratados. Afecta principalmente a niños menores de 5 años, con riesgo relativo aumentado en niños de ascendencia asiática, mayormente japoneses. Entre los años 2001 y 2011, la incidencia de la EK a nivel nacional fue de 8,4 casos por 100.000 niños menores de 5 años. Con etiología desconocida, se plantea una teoría de origen infeccioso, por agente desconocido, en hospederos susceptibles como la causa más probable. **DESCRIPCIÓN DEL CASO CLÍNICO:** Preescolar femenina de 3 años y 6 meses, sin antecedentes mórbidos ni perinatales de importancia, con inmunizaciones acorde a su edad, sin antecedentes epidemiológicos de COVID-19. Cursó con cuadro de 6 días de evolución de irritabilidad, disminución de apetito, odinofagia y fiebre diaria de hasta 39°C que no cedió a uso de antiinflamatorios por horario. A la anamnesis dirigida, padres refieren dolor abdominal, diarrea y vómitos autolimitados. Al examen físico en regulares condiciones generales, febril, hemodinamia estable, se observó conjuntivitis bilateral no exudativa, enantema faríngeo, labios fisurados, lengua "aframbuesada", eritema y edema palmoplantar, por lo que fue derivada a servicio de urgencias del Hospital de Los Ángeles con sospecha de Síndrome Inflamatorio Multisistémico por COVID-19 (SIM-C). En exámenes de ingreso destacó: Leucocitos 21.3 x10e3/uL, Neutrófilos de 83%, linfocitos 8 %, proteína C reactiva 192 mg/dl y procalcitonina 1.13 ng/ml, fibrinógeno 605 mg/dl, Dímero-D 1457 ng/ml, Pro-BNP 2286 pg/ml, IgM e IgG SARS-CoV-2 negativo. RT-PCR SARS-CoV-2 negativo. Paciente fue hospitalizada en la unidad de cuidados intensivos pediátrico con diagnóstico de EK. Se realizó ecocardiograma de ingreso que sólo demostró derrame pericárdico leve y se inició tratamiento con inmunoglobulina endovenosa 2mg/kg/dosis por 1 vez, ácido acetilsalicílico (AAS) a 50 mg/kg/día y pulsos de metilprednisolona por 3 días, con remisión de fiebre, además de mejoría clínica y de laboratorio, por lo que se decidió alta al séptimo día con indicación de tratamiento antiagregante con AAS y seguimiento ambulatorio por cardiología pediátrica. **DISCUSIÓN:** La EK es una patología infrecuente en la práctica clínica, con criterios de diagnóstico clínico que pueden ser incompletos hasta en el 50% de los casos, por lo que constituye un desafío diagnóstico, más aún considerando los casos documentados de SIM-C. La importancia del reconocimiento e inicio precoz del tratamiento, disminuye la mortalidad por complicaciones cardiacas, estimándose en un 0,5% al año gracias a este. Se desconoce el pronóstico cardiovascular a largo plazo de estos pacientes.

ANEMIA HEMOLÍTICA: REPORTE DE UN CASO EN SERVICIO DE URGENCIAS.
Carolina Sánchez Vergara (1), Melissa Mellado Pérez (1), Bayardo Cadena Sanchez (2)
(1) Médicos EDF Cesfam Los Álamos, (2) Médico EDF Hospital De Arauco

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVO: La anemia hemolítica incluye a un grupo heterogéneo de enfermedades que se caracterizan por una destrucción precoz e inadecuada de eritrocitos. Hay varias causas de anemia hemolítica, incluyendo adquiridas y congénitas, agudas y crónicas, entre otras. Su presentación clínica depende de la severidad y de la forma de presentación. En casos agudos se puede presentar como un síndrome anémico: debilidad, palidez mucocutánea, taquicardia, disnea, cefalea, astenia, adinamia. En casos crónicos el cuadro clínico puede ser menos marcado. Los signos de hemólisis principalmente son la ictericia de mucosas y esplenomegalia. Se presenta el siguiente caso para exponer el enfrentamiento inicial de una anemia hemolítica en el Servicio de Urgencia (SU). **PRESENTACIÓN DE CASO** Paciente de sexo femenino de 39 años, con antecedente de obesidad, consulta en SU por cuadro de 1 día de ictericia, fatiga, mareos, coluria y cefalea. Niega otros síntomas, sin embarazo actual, sin exposición a fármacos o alimentos, sin antecedentes de otros familiares con mismo cuadro. Niega enfermedades autoinmunes familiares, sin antecedentes de viajes. Se solicitaron exámenes en laboratorio básico que mostraron Anemia Severa con Hemoglobina de 6.6g/dL, Leucocitos de 21.400 mm3 con desviación a izquierda, hoja hepática con Bilirrubina total de 14.4 mg/dL, con predominio de Bilirrubina indirecta de 13.2 mg/dL, con moderada elevación de transaminasas. Con hipotensión se realiza apoyo hemodinámico y se deriva a Centro Hospitalario de mayor complejidad. Se descartó un cuadro infeccioso, se solicitó ecotomografía abdominal que mostró esplenomegalia y exámenes inmunológicos con RESULTADOS pendientes. Por anemia severa se realizó manejo con transfusión y pulsos de dexametasona, con buena respuesta. Posteriormente destaca resultado de Anticuerpo Anti-Ro positivo, que puede estar en contexto de Enfermedad Autoinmune y fue derivada a Hematología para continuar estudio. Actualmente sin nuevos episodios de anemia. **DISCUSIÓN Y COMENTARIOS**: La anemia hemolítica es un trastorno infrecuente, que requiere una anamnesis detallada y estudio indispensable en el enfrentamiento inicial en el Servicio de Urgencias, pues es esencial conocer la gravedad y etiología para el tratamiento y pronóstico adecuado, con la posterior evaluación por Especialista correspondiente. En ocasiones es difícil orientar el diagnóstico, sin embargo, no hay que retrasar las medidas que salvan vidas como transfusión, apoyo hemodinámico y plasmaféresis, en espera del resultado de exámenes.

ATRESIA BILIAR CONGÉNITA. REPORTE DE UN CASO.
Cristóbal Sánchez Troncoso (1), Ahmed Hidd Vivallos (2), Carolina Toro Lara (2)
(1) Médico EDF Cesfam Penco, Servicio de Salud Talcahuano, Chile
(2) Médicos EDF Cesfam Quiriquina, Servicio de Salud Ñuble, Chile
INTRODUCCIÓN: La atresia de vías biliares es una colangiopatía obstructiva neonatal causada por un proceso inflamatorio que cursa con fibrosis y obliteración progresiva de la vía biliar intrahepática y extrahepática asociada a lesión del parénquima hepático. Es la causa más común de obstrucción biliar y colestasis neonatal y se presenta en 1 de cada 15 000 a 20 000 nacidos vivos. Si no se trata, la colestasis resultante conduce a cirrosis e insuficiencia hepática. **PRESENTACIÓN DE CASO:** Lactante menor de 53 días de vida, sexo masculino con antecedentes maternos de diabetes gestacional tratado con dieta, sin complicaciones obstétricas, parto normal, peso y talla adecuado para la edad al nacer, evaluado al mes de vida en extrasistema se constata ictericia leve en cara y tórax, donde se indica exposición solar y aumentar frecuencia de lactancia materna, vuelve a consultar por persistencia de ictericia, se evidencia en box además presencia de acolia y peso estacionario, resto del examen físico normal. Se deriva paciente para hospitalización y estudio por sospecha de atresia biliar. Al ingreso exámenes de control destaca hiperbilirrubinemia de predominio directo, GGT y FA elevadas con pruebas de coagulación dentro de limites normales, ecografía abdominal demuestra hepatoesplenomegalia leve sin evidente alteración de morfología intestinal ni otros órganos abdominales, se presenta caso a gastroenterología para tratamiento quirúrgico. **DISCUSIÓN**: la atresia biliar tiene una baja incidencia, sin embargo, de no ser tratada precozmente tiene una mortalidad del 100% antes de los 3 años, por esto lo relevante de la acuciosa evaluación médica los primeros meses de vida, la interrogación directa del tipo de deposiciones, presencia o no de coluria y el examen físico son fundamentales para una sospecha clínica oportuna, lo que determinará el pronóstico del paciente.

SINDROME DE PRUNE BELLY Y ALTERACIONES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL, A PROPOSITO DE UN CASO.
Cristóbal Sánchez Troncoso (1), Ahmed Hidd Vivallos (2)
(1) Médico EDF, Cesfam Penco, Servicio de Salud Talcahuano, Chile
(2) Médico EDF, Cesfam Quiriquina, Servicio de Salud Ñuble, Chile
INTRODUCCIÓN: El Síndrome de Prune Belly (SPB) o síndrome del abdomen en ciruela pasa, consiste en una triada clásica: hipoplasia de la musculatura abdominal, anomalías del tracto urinario y criptorquídea, de muy baja incidencia, y origen desconocido. Se han descrito asociaciones con defectos musculoesqueléticos, gastrointestinales, pulmonares y cardiacos.
PRESENTACIÓN DEL CASO: Lactante de 5 meses de edad, portador de SPB, pie bot bilateral y comunicación interauricular. Cursa cuadro de 2 semanas de espasmos de extremidades superiores, en salvas, asociado a irritabilidad. Se hospitaliza para estudio por sospecha de espasmos epilépticos. El electroencefalograma muestra un patrón de hipsarritmia compatible con Síndrome de West. El estudio con resonancia magnética cerebral reveló una alteración de la organización cortical con extensas áreas de polimicrogiria bilateral y adelgazamiento del cuerpo calloso. Se inició manejo con ácido valproico y cura de ACTH, con completo control de las crisis a su alta. **DISCUSIÓN:** Si bien la etiología del SPB es hasta hoy desconocida, las teorías más aceptadas postulan que la tríada clásica sería secundaria a obstrucción urinaria baja o a un defecto en la migración celular en etapas tempranas del primer trimestre que abarcaría un defecto en la capa mesodérmica. Es por lo anterior que no es posible correlacionar el SPB a anomalías neurológicas desde el punto de vista fisiopatológico, sin embargo, existen escasos reportes en la literatura que relatan defectos del sistema nervioso central en portadores de SPB, tales como anencefalia, esquizencefalia y síndrome convulsivo. Es importante considerar que gran parte de los casos reportados en la literatura consisten en pacientes fallecidos a las pocas horas de vida por complicaciones respiratorias derivadas del síndrome, por lo que las malformaciones neurológicas asociadas pueden ser subreportadas.

SINDROME DE BOLSA DE ORINA DE COLOR PÚRPURA. PRESENTACIÓN DE UN CASO
Javier Sánchez Cornejo, Rodrigo Díaz Saavedra, Macarena Abarca Cruz,
Médicos EDF Hospital San Francisco de Llay-Llay

INTRODUCCIÓN: El síndrome de bolsa de orina de color púrpura, se refiere a un cuadro clínico poco frecuente, donde se observa un cambio de coloración de orina en pacientes usuarios de sonda Foley, generalmente dependientes severos, en el contexto de una infección urinaria, habitualmente multirresistente.
OBJETIVO: Presentar el caso de un paciente que consulta por coloración púrpura de orina en bolsa recolectora, donde se rescata un urocultivo con Proteus mirabilis multirresistente.
CASO CLÍNICO: Paciente de 75 años, dependiente severo, con antecedente de vejiga neurogénica, consulta en servicio de Urgencia por cuadro de 1 semana de evolución de orinas de mal olor en sonda Foley, asociado a coloración azulada de orina en bolsa recolectora. Se solicita examen de orina completa y urocultivo, se realiza cambio de Sonda Foley y se inicia tratamiento con Ceftriaxona. Al cuarto día de tratamiento, se rescata Urocultivo, el cual muestra un *Proteus mirabilis,* con unidades formadoras de colonias sobre 100.000, multirresistente, solo sensible a Ertapenem. Se inicia tratamiento antibiótico con Ertapenem por 7 días. Se completa terapia, evoluciona en buenas condiciones, con orina clara, por lo que se da de alta.
DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES: El síndrome de bolsa de orina púrpura es una entidad clínica poco frecuente, pero muy llamativa. Fue descrita por primera vez el año 1978. Aparece en contexto de una infección del tracto urinario en un paciente usuario de sonda Foley, y se produce cuando un derivado del triptófano, (sulfato de inoxidil) es excretado en la orina, y luego metabolizado por determinadas bacterias patógenas productoras de sulfatasas y fosfatasas, generando índigo, de coloración azulada, e indirrubina, de color rojo. La mezcla de estos dos compuestos ofrece un color púrpura. Las bacterias habitualmente asociadas son *Escherichia coli, Proteus sp, Pseudominas spp, Klebsiella pneumoniae,* entre otras.

DETERIORO COGNITIVO MODERADO ASOCIADO A TEC MODERADO: REVISIÓN DE UN CASO

Marianela Sánchez Álvarez (1), Barbara Bardessi Echenique (2) Crhistian Toapanta Armas (3)
(1) Médico AP Villa San Rafael Illapel, (2) Médico EDF Desam Illapel, (3) Médico cirujano ACHS -Illapel

INTRODUCCIÓN: El traumatismo encéfalo-craneano (TEC) es definido como aquella lesión física y/o deterioro funcional del encéfalo, producido como consecuencia de un intercambio brusco de energía mecánica, entre el conjunto encéfalo-craneano y un agente traumático. El TEC es un problema crítico de salud pública y socio-económico en todo el mundo, situándose como una de las principales causas de muerte, especialmente entre los adultos jóvenes, siendo frecuente la discapacidad permanente entre los que sobreviven. En Chile el TEC es la primera causa de muerte en la población de 20 a 40 años y es causa importante también de secuelas neurológicas en pacientes en edad productiva contemplando al deterioro cognitivo como una de ellas. **CASO CLÍNICO:** Paciente de 24 años sin antecedentes mórbidos previos, que sufre impacto directo en región fronto-orbitaria derecha, producto de riña con compromiso de conciencia inmediato por aprox. 2 minutos por lo que es trasladado hacia SU de hospital local donde es catalogado como TEC moderado y estado conmocional, recibe alta con indicación de analgesia y control SOS, 6 semanas posterior a suceso paciente consulta junto a familiar refiriendo debut de un "argumento delirante bien estructurado" sumado a reacciones violentas, por lo que médico indaga y determina presencia adicional de amnesia retrograda, y alteraciones en el lenguaje y función ejecutiva por lo que solicita neuroimagen (RMN cerebro S/C), misma que no arroja hallazgos de significancia patológica, derivándose a evaluación neuropsicológica misma que revela alteración de la memoria de trabajo, episódica inmediata y diferida, codificación, recuperación y planificación de la información, alteración en toma de decisiones, escasa tolerancia a frustración, impresionando como CONCLUSIÓN diagnóstica un deterioro cognitivo moderado pos-TEC moderado, siendo presentado el caso en el área de neurología y psiquiatría para complementar diagnóstico e inicio de rehabilitación neuropsicológica.**CONCLUSIÓN:** la rehabilitación después de un TEC moderado-grave debe iniciarse en la fase aguda de la atención hospitalaria para optimizar los RESULTADOS de los pacientes y el potencial de recuperación. Diversos estudios han concluido que la rehabilitación temprana obtiene buenos RESULTADOS en pacientes con TEC moderado-grave, contribuyendo a una estadía total de rehabilitación más corta y a una capacidad funcional mayor, asociada a una mayor tasa de empleo, entre otros.

GLOSITIS ATRÓFICA A CAUSA DE ANEMIA PERNICIOSA: REPORTE DE UN CASO

Máximo Sánchez Cornejo (1), Alvaro Zapata Mora (2), Rodrigo Figueroa Tapia (3)
(1) Odontólogo EDF Hospital Licantén, (2) Odontólogo EDF Hospital Constitución, (3) Cirujano Maxilofacial Hospital Curicó

INTRODUCCIÓN y OBJETIVOS: La cavidad oral tiene múltiples funciones y como parte de nuestro cuerpo, muchas veces es reflejo del estado de salud general. Cambios morfológicos en lengua pueden ser signos clínicos indirectos de enfermedades sistémicas, carencias nutricionales y signos tempranos o tardíos de enfermedades graves (metástasis). La glositis atrófica (GA) es un trastorno inflamatorio, caracterizado por un dorso lingual liso y de color rojo intenso, acompañado en la mayoría de los casos de sensación de ardor y dolor. Por esta razón se realizó una revisión de la literatura para profundizar en la evidencia más actual de GA como signo clínico de anemia. **Reporte del caso** Paciente sexo masculino, 75 años, asiste a su centro de atención primaria para confeccionar prótesis totales, maxilar y mandibular. Se realizó anamnesis y examen clínico detallado, encontrando mucosas orales pálidas, queilitis angular bilateral, correcto flujo salival, depapilación lingual completa y en su relato menciona "constante sensación de ardor lingual al comer", además de dolor en sus extremidades asociado a artritis. Como examen complementario se solicitó radiografía panorámica y hemograma, que confirmó bajo recuento de: eritrocitos, hemoglobina y hematocrito, VCM aumentado; todo lo anterior evidenció una anemia, que se decidió complementar con serología para vitamina B12, encontrándose bajos niveles de la misma. **MATERIAL y MÉTODO:** Búsqueda en metabuscadores académicos como PUBMED, SCIELO y WEB OF SICENCE de la mejor evidencia científica (2011-2021). Se utilizan palabras claves: "atrophic glositis" y "pernicious anemia" **DISCUSIÓN:** La glositis atrófica es causada por deficiencias nutricionales asociadas con disminución de vitamina B12, hierro, ácido fólico, riboflavina y niacina (1). Su presentación clínica ocurre cuando se observa una pérdida de las papilas fungiformes y filiformes en el dorso de la lengua (depapilación lingual parcial >50% o total) (2). GA se presenta generalmente en pacientes de edad avanzada (3), atribuible a varios factores, que incluyen la reducción de las funciones sensoriales, presencia de áreas desdentadas a causa de caries o enfermedad periodontal, que impiden una correcta masticación. Los factores médicos o de enfermedades en personas mayores y el consumo de ciertos medicamentos pueden afectar la absorción de nutrientes. Las deficiencias nutricionales pueden provocar cambios en la estructura tisular de la cavidad bucal, expresados como cambios en las papilas de la lengua (depapilación o atrofia), que pueden afectar considerablemente el apetito de una persona. Y viceversa, los cambios en las papilas linguales suelen ser también signos clínicos iniciales de las deficiencias alimenticias, por consiguiente, se genera un círculo causa-efecto, que el odontólogo debe ser capaz de diagnosticar e intervenir oportunamente (4,5).

Bibliografia

1. Montes GR, Vilella KD, Bonotto DV, Martins MC, Soares de lima AA. Atrophic glossitis as a clinical signs of severe anemia-report of two cases. Polish otornhinolaryngology. 2014; 3: 201-204.
2. Nilofer H, Chaithra Kalkur, Padmashree S, Anusha L R . Diagnosis of Iron Deficiency Anemia through Oral Manifestation - A Case Report. JOJ Case Stud. 2018; vol. 7(4): 001003.
3. Raju V, Arora A, Saddu S. Athropic glossitis; an indicator of iron deficiency anemia: report of three cases. International Journal of Dental Clinics. 2014; 6 (3): 30-31.
4. Schlosser B, Pirigyi M, Mirowski GW. Oralmanifestation of hematologic and nutritionaldiseases. Otolaryngol Clin N Am. 2011. Feb; 44(1): 183–203.
5. Saunders MJ, Yeh Chih-ko. Chapter 8: Oral health in elderly people dalam Geriatric Nutrition. 2013. P.165-210.

PRESENTACION CLINICA DE SINDROME RETROVIRAL EN EL ADULTO MAYOR A PROPOSITO DE UN CASO
Camila Sandia Zúñiga (1), Andrea González Barrientos (1), Juan Nauto Reyes (1), Camilo Muñoz Núñez (2)
(1) Médico EDF Hospital Mario Sánchez Vergara, La Calera, (2) Médico General Consultorio Marcelo Mena, Valparaíso

INTRODUCCIÓN: Según datos del Ministerio de Salud, la tasa de personas diagnosticadas con VIH entre los 60 y 69 años aumentó de 3,1 casos por cada 100.000 habitantes entre 1987 a 1991, a 15,8 casos entre el 2007 y 2011. Pese a esto, la sospecha clínica de infección por VIH se mantiene muy baja en esta población. **OBJETIVOS:** Presentación de caso clínico de una adulta mayor con infección por VIH y diagnóstico tardío con resultado de muerte. **MATERIAL y MÉTODO:** Estudio descriptivo retrospectivo tras análisis de ficha clínica del paciente. **DESARROLLO**: Paciente femenina de 77 años con síndrome consuntivo y anemia de aproximadamente 8 meses de evolución, hospitalizada por sospecha de neoplasia oculta. Marcadores tumorales (CA125, alfafetoproteína y CEA) con valores normales. TAC tórax, abdomen y pelvis sin hallazgos significativos. Se realiza endoscopía digestiva alta que muestra esofagitis por cándida spp. Dado estos hallazgos, se solicita test ELISA VIH que resulta positivo, siendo confirmado por el ISP. A la anamnesis dirigida, familiar refiere conductas sexuales de riesgo. Paciente en fase SIDA con CD4 73 céls/mm3 y carga viral 339.000 copias/mL inicia TARV por infectología de manera ambulatoria. Se hospitaliza posteriormente por insuficiencia respiratoria severa tras ser contacto estrecho de familiar con SARS COV2. Dada las condiciones clínicas basales, se decide adecuación de esfuerzo terapéutico, falleciendo a los pocos días. **CONCLUSIONES:** Existe un subdiagnóstico de la infección por VIH en los adultos mayores dado que persisten estereotipos que representan la vejez como una etapa asexual y sin riesgos comparables a la juventud. Lamentablemente, esto determina un diagnóstico más tardío de la infección y mayor probabilidad de progresión a fase SIDA.

SEROPREVALENCIA DE INMUNOGLOBULINA M Y G PARA SARS-COV-2 EN FUNCIONARIOS PERTENECIENTES AL HOSPITAL COMUNITARIO DE SALUD FAMILIAR DE BULNES.
Rodrigo Sandoval Contreras (1), Camila Navarrete Poblete (2), Julio Orrego Arroyo (1), Víctor Guíñez Varela (1)
Médico EDF Hospital de Bulnes (1), Médico EDF CESFAM Violeta Parra (2)

INTRODUCCIÓN: La reacción de polimerasa en cadena (PCR) es el principal test diagnóstico para enfermedad por SARS-CoV-2. Los test serológicos son complementarios a la PCR y detectan anticuerpos en la sangre, inmunoglobulinas M y G (IgM e IgG). La presencia de IgM indica una probable infección más aguda mientras que la IgG indica una infección pasada.
OBJETIVOS: determinar el porcentaje de positividad de IgM e IgG en funcionarios pertenecientes al hospital comunitario de salud familiar de Bulnes y compararlo con la evidencia actual disponible. **MATERIAL y MÉTODO:** Estudio observacional descriptivo. Se analizaron los resultado del test serológico para SARS-CoV-2 tomados al total de funcionarios activos en el hospital hasta fines de octubre del 2020, algunos de ellos presentaban PCR previa positiva.**RESULTADOS:** De un total de 328 funcionarios testeados, 17 (5,18%) presentaron ambos tipos de de anticuerpos positivos, ningún funcionario presentó sólo IgM positiva, 54 (16,46%) presentaron sólo IgG positiva, de estos, sólo 32 (9,75%) tenían el antecedente de PCR previa positiva, 9 funcionarios tenían el antecedente de PCR previa positiva y su test serológico resulto negativo para ambos anticuerpos. **CONCLUSIÓN:** La inmunidad humoral que otorga el SARS-CoV-2 es robusta y la evidencia actual disponible se correlaciona con nuestros hallazgos. Esta fue detectada en un 80% aproximadamente de los funcionarios con PCR previa positiva, por otro lado, no todos los funcionarios de salud que resultaron con test serológico positivo para IgG tenían el antecedente de confirmación por PCR.

SHOCK HIPOVOLÉMICO SECUNDARIO A HEMORRAGIA DIGESTIVA EN CONTEXTO DE INFECCIÓN POR ESCHERICHIA COLI ENTEROHEMORRÁGICA, A PROPÓSITO DE UN CASO.
Rodrigo Sandoval Contreras (1), Camila Navarrete Poblete (2), Julio Orrego Arroyo (1)
(1) Médico EDF, Hospital de Bulnes, (2) Médico EDF, CESFAM Violeta Parra.

INTRODUCCIÓN: El shock es un estado de hipoperfusión celular. Existen múltiples causas de shock y una de ellas es la hipovolemia secundaria al sangrado digestivo. El sangrado digestivo por otro lado tiene diversas causas siendo las ulceras gastroduodenales y las varices esofágicas las más frecuentes. **OBJETIVOS:** Se presenta el siguiente caso debido a que las causas infecciosas de sangrado digestivo no son frecuentes y rara vez se logra aislar el agente causal. **MATERIAL y MÉTODO:** Revisión del caso y de la literatura disponible. **Presentación del caso:** Masculino, 30 años, sin antecedentes mórbidos, consulta por historia de 3 días de evolución de vómitos y diarrea con sangre asociado a dolor abdominal. Al examen físico destaca hipertenso, taquicárdico, taquipneico, saturación de oxígeno límite bajo y febril, ademas llene capilar mayor a 3 segundos y abdomen en tabla. En exámenes sanguíneos destaca: leucocitos: 22.000 x 10^9/L, creatininemia: 2,1 mg/dl, proteína C reactiva: 220 mg/L. Tomografía axial computada de abdomen y pelvis revela: imagen gástrica con pared engrosada, intestino delgado normal en su contorno, ileo generalizado, colon con pared engrosada. Se hospitaliza para volemización, monitorización, estudio y terapia antibiótica. Colonoscopia con signos de colitis activa focal. Biopsia: destaca la presencia de criptitis y microabscesos crípticos, borramiento de vellosidades de distribución focal en la mucosa del colon. Coprocultivo positivo para escherichia coli, cultivo en agar MacConkey Sorbitol positivo para escherichia coli O157:H7 (E. Coli O157:H7). Se suspende terapia antibiótica y se mantiene solo con terapia de soporte hasta el alta. **DISCUSIÓN:** La infección por E. coli O157:H7 debe distinguirse de otras diarreas infecciosas mediante el coprocultivo. El tratamiento principal es sintomático, aunque el microorganismo es susceptible a antibióticos se sospecha que las fluoroquinolonas aumentan la liberación de enterotoxinas y el riesgo de síndrome hemolítico urémico.

ESPONDILODISCITIS BACTERIANA SECUNDARIA A ENDOCARDITIS BACTERIANA SUBAGUDA. A PROPÓSITO DE UN CASO.

Andrés Sanhueza Pedrero (1), Constanza Ramos Morales (1), Miguel Aros Hormazábal (2), María José Sánchez Baeza (3)
(1) Médico EDF, Hospital de Mulchén, (2) Médico EDF, Hospital de Huépil,
(3) Interna Medicina 6° año, Universidad Andrés Bello.

INTRODUCCIÓN: La espondilodiscitis bacteriana corresponde a la infección de dos vértebras y su disco intervertebral. Suele ser causada por Staphylococcus aureus seguido de gram negativos mediante vía hematógena principalmente o por contigüidad. Se sospecha ante cuadro febril prolongado, dolor lumbar que no cede al reposo, actividad ni analgesia y bacteremia positiva. El diagnóstico es mediante RNM lumbar y el tratamiento debe ser guiado según microbiología. **CASO CLÍNICO:** Paciente de 80 años con antecedentes de hipertensión arterial, reemplazo valvular aórtico con válvula biológica, consulta en Servicio de Urgencias por episodio de compromiso de conciencia y relajación de esfínter. Se solicita TAC cerebral sin lesiones hemorrágicas o isquémicas. AngioTAC negativo para Tromboembolismo Pulmonar, pero hallazgo incidental con evidencia condensación de lóbulo pulmonar superior derecho. Bioquímica con elevación de parámetros inflamatorios. Completa 9 días de antibioterapia biasociada con ceftriaxona y metronidazol por sospecha de neumonía aspirativa en contexto de compromiso de conciencia, pero persiste febril y elevación de parámetros inflamatorios. PCR SARS COV2 negativa en dos oportunidades. Hemocultivos negativos. A la revisión por sistema, destaca soplo sistólico en foco mitroaórtico y dolor lumbar L2-L3 desde el ingreso. Se sospecha espondilodiscitis bacteriana, se decide manejar con esquema de penicilina + cloxacilina + gentamicina y estudio con Resonancia Nuclear Magnética (RNM) lumbar. Evoluciona con persistencia febril y falla renal aguda. Se modifica antibioterapia a vancomicina – sulbactam, cultivos negativos. RNM con gadolinio evidencia espondilodiscitis L2-L3 con micro-abscesos del psoas bilateral. Ecocardiograma inicial sin vegetaciones, repetido a la semana con aparición de vegetaciones atribuibles a Endocarditis Bacteriana Subaguda (EBSA). Se realiza biopsia cultivos de espondilodiscitis que resultan negativos. En transcurso evoluciona con deterioro hemodinámico y ventilatorio atribuible a EBSA, falleciendo secundario a shock cardiogénico. **CONCLUSIÓN.** La espondilodiscitis bacteriana suele ser una enfermedad infecciosa de baja prevalencia e incidencia donde es fundamental la sospecha clínica, fundada mayormente ante pacientes febriles y con lumbago subagudo con banderas rojas. El diagnóstico suele ser tardío dado su infrecuencia y se realiza con RNM con contraste. En cuanto al tratamiento inicial es empírico con cobertura de gram positivos y gram negativos y posteriormente guiados según microbiología, generalmente en forma prolongada. Dada su diseminación principalmente hematógena es fundamental buscar el sitio primario de infección.

HIPERCALCEMIA SEVERA DE ETIOLOGÍA TUMORAL. A PROPÓSITO DE UN CASO.

Andrés Sanhueza Pedrero (1), Pía Cuevas Valdivia (1), Constanza Ramos Morales (1), María José Sánchez Baeza (2),
(1) Médicos EDF Hospital de Mulchén, (2) Interna Medicina 6° año, Universidad Andrés Bello

INTRODUCCIÓN. La hipercalcemia corresponde a un aumento de la concentración plasmática de calcio y se clasifican según severidad y su correlación con los niveles de Paratohormona (PTH). La clínica es variable, desde asintomáticos hasta diversos síntomas que dependerán de la severidad y velocidad de instauración, e incluyen poliuria, anorexia, nauseas, vómitos, constipación, debilidad muscular, disminución de reflejos osteotendíneos, cefalea, compromiso de conciencia y deshidratación. El diagnóstico es con valores séricos de calcio sobre 11 mg/dL, siempre corrigiendo según la albúmina y complementar con creatininemia, electrolitos plasmáticos, fosforo, magnesio, PTH, TSH, fosfatasas alcalinas. La hipercalcemia tumoral se debe sospechar ante hipercalcemias preferentemente severas y con concentración de PTH baja (suprimida) o normal, y suele ser secundaria a cáncer de mama, pulmón, renal y neoplasias hematológicas. **CASO CLÍNICO.** Paciente 56 años con antecedentes de Tumor Neuroendocrino Pulmonar etapa IV con metástasis ósea, hepática, suprarrenal y ureteral en Cuidados Paliativos, consulta en Servicio de Urgencias por historia de 1 mes de evolución de astenia, adinamia, anorexia, nauseas, vómitos y diarrea. Se pesquisa deshidratación severa, Hipercalemia Severa (16.8 mg/dL corregida según albumina) y falla renal aguda KDIGO III. Se hospitaliza para fluidoterapia con solución salina, corticoides, diuréticos de asa y Pamidronato. Durante hospitalización se mantiene terapia descrita excepto Furosemida debido a Hipokalemia secundaria y cifras tensionales límites. Evoluciona con inapetencia y pobre ingesta oral. Se corrige función renal. Estudio complementario evidencia PTH normal (13.7 pg/mL), TSH suprimida (0.0834 mUI/L). Exámenes complementarios destaca Hipoalbuminemia (1.9 g/dL), Hipofosfemia e Hipomagnesemia en contexto de paciente oncológico desnutrido.
Posteriormente con corrección de calcemia y mejoría sintomática. Se discute caso con Endocrinología, definiendo Hipercalcemia Maligna, indica optimizar manejo dietético y seguimiento ambulatorio por endocrinología. **CONCLUSIONES.** La hipercalcemia tumoral es una causa de hipercalcemia que se debe sospechar ante hipercalcemia severas y con antecedentes de pacientes con cáncer. El tratamiento fundamental es la hidratación endovenosa abundante, diuréticos de asa como Furosemida para aumentar la excreción renal, además de pamidronato o ácido zolendrónico; corticoides para disminuir la absorción intestinal y eventualmente diálisis.

POLICITEMIA VERA. A PROPÓSITO DE UN CASO.

Andrés Sanhueza Pedrero (1), Pía Cuevas Valdivia (1), Constanza Ramos Morales (1), María José Sánchez Baeza (2), (1) Médico EDF, Hospital de Mulchén, (2) Interna Medicina 6° año, Universidad Andrés Bello

INTRODUCCIÓN: La policitemia vera constituye una enfermedad mieloproliferativa crónica caracterizada por el aumento del recuento eritrocitario. Su diagnóstico suele ser incidental. Los síntomas se relacionan con aumento de la viscosidad sanguínea, como cefalea, tinitus, vértigo, eritromelalgia, fenómenos trombóticos y hemorrágicos. Puede haber hepatoesplenomegalia, rubicundez facial, eritema de mucosas. A largo plazo el riesgo lo otorga la enfermedad trombótica, transformación a mielofibrosis, leucemia mieloide aguda o síndrome mielodisplasico. El hemograma evidencia aumento de hematocrito y hemoglobina, con trombocitosis y/o leucocitosis. Sobre el 95% presenta mutación V617F del gen JAK2 y una médula ósea de celularidad aumentada con panmielosis. Es necesario diferenciarlas de causas secundarias como hipoxia crónica, cardiopatías cianóticas, síndrome apnea-hipopnea del sueño (SAHOS). **Caso Clínico:** Paciente de 71 años con antecedentes de hipertensión arterial crónica es citada a evaluación ante valor crítico de laboratorio en un hemograma rutinario, que evidencia Hematocrito 62.0% Hemoglobina 19.4 g/dL VCM 97.7 fL CHCM 31.3 g/dL Leucocitos 12710 10^3/mL Segmentados 75% Linfocitos 21% Monocitos 2% Eosinófilos 2% Plaquetas 564.000/mL VHS 2 mm/H. Al frotis con eritrocitos anisocitosis y macrocitosis. Hoja hepática, Ácido úrico, función renal normal. Cinética de hierro sin ferropenia. Al interrogatorio dirigido sin clínica de eventos trombóticos. Niega sudoración nocturna, baja de peso. Destaca prurito abdominal y rubicundez de cara y manos. Sin fenotipo de SAHOS, niega tabaquismo. Ecoscopía renal sin riñón poliquístico ni esplenomegelia. Nódulos evanescentes en casa posterior de los brazos, sin cambios en la piel. Manos con desviación cubital. Se agrega Ácido Acetilsalicílico y se deriva a Hematología, donde se realiza Biopsia de Médula ósea concordante donde se identifican elementos de las tres series con discreto predominio de la serie roja, discreto aumento de megacariocitos retículo levemente reforzado MF1, además de Mutación JAK – 2 que resulta positiva, diagnosticándose Policitemia Vera. Se inicia tratamiento con Hidroxicarbamida 1 gramo al día y seguimiento ambulatorio. **CONCLUSIONES:** La policitemia vera es un trastorno mieloproliferativo crónico de baja incidencia, pero alta morbilidad a largo plazo, siendo importante su pesquisa precoz. La sospecha se establece ante un hematocrito concentrado y es necesario descartar posibles causas secundarias y derivar al especialista a la brevedad para el diagnóstico. En espera de su evaluación es fundamental agregar ácido acetilsalicílico como parte de la disminución el riesgo trombótico que otorga el aumento de la viscosidad.

SÍNDROME FEBRIL PROLONGADO COMO MANIFESTACIÓN DE NEUMONÍA INTERSTICIAL NO ESPECÍFICA (NSIP), A PARTIR DE UN CASO CLÍNICO.

Camila Sanhueza Ureta, Catalina Araya Fernandez, Nadia Peñailillo Sepúlveda.
Médicos EDF, CESFAM Padre Piere Duboise.

INTRODUCCIÓN: Las enfermedades intersticiales se encuentran en un punto álgido de investigación científica. A continuación, presentamos un caso que representó un desafío diagnóstico. **CASO CLÍNICO**: Paciente masculino, 85 años, sin antecedentes mórbidos, exámenes rutinarios arrojan Pancitopenia leve. Posteriormente inicia fiebre 39°C y eritema nodoso en ambos antebrazos que ceden espontáneamente, pero la fiebre se prolonga hasta por más de 3 semanas. Es evaluado múltiples veces en SU, utilizando distintos esquemas antibióticos, sin un foco precisado. Es Hospitalizado por “Síndrome Febril sin foco” para estudio. Se pesquisa, además, tos seca hace 5 días. Realizan múltiples exámenes, destacando: Cultivo de orina y HC negativos, PCR COVID-19 negativo, estudio inmunológico negativo (ANA, ENA, ANCA, C3, C4 normales, AntiDNA negativo), serología IgMVEB (-), Chlamydia (-), VDRL(-),criptococo(-), VIH(-). PET-CT: opacidades de relleno alveolar parcheadas, probable etiología inflamatoria–infecciosa, considerar aspiración, leve derrame pleural bilateral, adenopatías mediastínicas e hiliares probablemente reactivas, sin evidencias metabólicas sugerentes de vasculitis. Mielograma: mielodisplasia, sin blastos. Citometría de flujo sin malignidad. Doppler temporal no evidencia vasculitis. El paciente cursa con aumento de infiltrados en RxTx y requerimientos de oxígeno, se plantea neumonía aspirativa e inician Tazonam, manteniendo fiebre, requerimientos altos de oxígeno y parámetros inflamatorios elevados, por lo que se escala a Imipenem y se realiza Fibrobroncoscopía con LBA en que todo resulta negativo (BK, PCR ampliado multipatógenos, Hongos, PCR TBC, VHS 1 y tipo 2, VVZ). Dado microbiología negativa y curso de ATB de amplio espectro sin respuesta, se decide suspender antibióticos e iniciar corticoides 1 mg/kg con excelente respuesta clínica e imagenológica. El paciente es dado de alta en buenas condiciones, sin requerimientos de oxígeno, con corticoides a la baja en domicilio y sin nuevos episodios febriles. Biopsia transbronquial: neumonía intersticial leve con patrón NSIP. **DISCUSIÓN:** El mayor reto de las Neumonias Intersticiales es realizar un diagnóstico preciso, conciertas claves diagnósticas que, como en este caso, no siempre se cumplen, representando un desafío.

ADENOPATÍA SUPRACLAVICULAR DERECHA COMO PRESENTACIÓN INUSUAL DE CÁNCER GÁSTRICO. REPORTE DE CASO.

Sebastián Sanhueza Viveros (1), Katherine Illanes Suánez (2), Alberto Vejar Mansilla (1)
(1) Médico EDF, Hospital de Río Bueno, (2) Médica EDF, CESFAM de Río Bueno

INTRODUCCIÓN: Las adenopatías supraclaviculares se asocian a un alto riesgo de malignidad. Las derechas se asocian con cáncer en el mediastino, pulmones y esófago. Las izquierdas (ganglio de Virchow) sugieren malignidad abdominal (estómago, vesícula, páncreas, riñones, testículos, ovarios, próstata). **Caso clínico**: Paciente masculino de 73 años, gran fumador (IPA 50). Consultó por cuadro de 2 meses de aumento de volumen supraclavicular derecho, indoloro. Refirió baja de peso de 15 kg en 6 meses, cervicobraquialgia derecha, parestesias intermitentes y tos crónica. Al examen enflaquecido, acropaquia. En región supraclavicular derecha aumento de volumen de 6 cm de diámetro, consistencia pétrea, indolora, adherido a planos profundos. Se realizó radiografía de tórax observándose nódulo pulmonar de 33x22 mm.
Se decidió ampliar estudio:

- Tac de cuello y tórax: Masas pulmonares sospechosas de malignidad. Adenopatías mediastínicas, perihiliar bilateral y supraclavicular derecho de 6 cm.
- Videobroncoscopía evidenció sólo pólipo laríngeo derecho. Se biopsia resultando no sugerente de neoplasia.
- Biopsia masa supraclavicular: Compatible con linfonodo y tejido conectivo infiltrado por Adenocarcinoma poco diferenciado. El patrón inmunohistoquímico apoya origen en tracto gastrointestinal alto y/o pancreato-biliar como primera opción.
- Endoscopía Digestiva Alta: En cuerpo medio se observa lesión ulcerada de 8 mm de bordes irregulares, fibrina en su centro y fiable. Se biopsia. compatibles con Adenocarcinoma bien diferenciado

DISCUSIÓN: Frente al hallazgo de una adenopatía supraclavicular se debe tener alta sospecha de malignidad. En un estudio de un total de 407 biopsias de ganglio supraclavicular, un 73% resultó ser neoplásico. En el caso de los primarios infradiafragmáticos un 88% se presentó como adenopatía supraclavicular izquierda y un 12% derecha.
Si bien, la ubicación de la adenopatía sugiere origen de la neoplasia, es necesario un estudio imagenológico e histológico para un diagnóstico precoz y un tratamiento oportuno.

PANCITOPENIA SEVERA SECUNDARIA A DÉFICIT DE VITAMINA B12 EN PACIENTE CON ABANDONO SOCIAL. REPORTE DE CASO

Sebastián Sanhueza Viveros, Mauricio Uribe Araneda
Médicos EDF Cesfam Río Bueno

INTRODUCCIÓN: El déficit de vitamina B12 es una entidad frecuente, principalmente en pacientes longevos, presente en el 12% de esta población. Su causa tiene un origen multifactorial. En cuanto a la clínica, suele ser oligonsintomática o incluso pasar inadvertida. Al laboratorio se suele evidenciar la presencia de un síndrome anémico, siendo el compromiso de las otras series hematológicas inusual. **Caso clínico**: Varón de 72 años, con antecedentes de Hipertensión Arterial, Diabetes Mellitus 2, secuelado de Tuberculosis Pulmonar, en estado de abandono; es llevado por SAMU al Servicio de Urgencia por compromiso del estado general, astenia y adinamia. Al examen físico destaca enflaquecido, palidez de mucosas, sin otros hallazgos. Exámenes muestran Hemoglobina 3.7, VCM 110, leucocitos 1.500, plaquetas 29.000 electrolitos, función renal y glicemia normales. Se hospitaliza por pancitopenia, con observación de neoplasia hematológica. Evoluciona con compromiso de conciencia cuali-cuantitativo, y trombopenia severa, por lo que realiza TC cerebro y Hemocultivos sin hallazgos. Por Niveles de vitamina B12 bajos (89pg/dL) y LDH elevados (2026 U/L) se decide terapia con Vitaminas B12 y K, además de transfusiones de hemoderivados, con mejoría clínica franca y recuperación de series hematológicas. **DISCUSIÓN**: La deficiencia de Vitamina B12 en ancianos obedece a distintos factores, destacando la disminución de aporte de proteínas animales en la ingesta (esencial en el paciente del caso clínico), malabsorción gástrica, presencia de gastritis atrófica y la presencia de polifarmacia que puede generar interferencia en su absorción. En cuanto al laboratorio, destaca la presencia de anemia severa macrocítica, siendo poco frecuente la presencia pancitopenia. No, así como en el caso clínico presentado, siendo el hallazgo inicial de la hipovitaminosis. El diagnóstico se obtiene por la determinación de vitamina B_{12} en suero (normal: 150-900 pg/ml)

EL COMA MIXEDEMATOSO COMO COMPLICACIÓN DEL HIPOTIROIDISMO, A PROPÓSITO DE UN CASO

Josefa Antonia Santa María Barrera (1), Vicente Manuel San Juan Gómez (2), Javiera Alena Gutierrez Cáceres (3)
(1) Médico EDF Cesfam Juan Antonio Ríos, Independencia, Santiago, (2) Médico EDF Cesfam Peñaflor, Peñaflor.
(3) Médico EDF Cesfam Carol Urzúa, San Bernardo, Santiago

INTRODUCCIÓN: El hipotiroidismo es una patología de muy alta prevalencia, siendo aun mas frecuente en pacientes con antecedente de trisomía 21. Dentro de sus manifestaciones clínicas encontramos cuadros leves asintomáticos y oligosintomáticos hasta sus presentaciones más graves como el coma mixedematoso (CM). Ya sea de etiología primaria o central, el CM es una complicación con mortalidad del 20-25% y se considera una emergencia endocrinológica. **RESUMEN:** Paciente de 39 años de sexo masculino con antecedente de trisomía 21 Consulta por episodio de compromiso de conciencia súbito, con posterior caída a nivel y movimientos tónico-clónico generalizados, asociado a relajación de esfínter. Post ictal con somnolencia y desorientación temporoespacial. Al interrogatorio dirigido destaca antecedente de cuadros similares hace 2 años, en controles por neurología, es dado de alta tras EEG sin alteraciones. Además, constipación de larga data**.** En servicio de urgencias se toman exámenes de laboratorio donde destacan los siguientes RESULTADOS: Glicemia Basal: 120, ELP: 129/3.3/93, Calcio: 9.2 Mg:2,4 Ck: 2242 Creatinina: 1,64 , Bun: 14 LDH: 301 Hcto: 39.4% Hb: 13.4, Leucocitos 9600, TSH: 474, T4L: 0.42, realizandose diagnostico de Hipotiroidismo severo descompensado asociado a hiponatremia **DISCUSIÓN**: La importancia del diagnóstico del CM radica en su alta mortalidad asociada y a la necesidad de un tratamiento rápido y efectivo, por lo cual es fundamental mantener una alta sospecha ante clínica concordante. El manejo es hospitalario en unidad monitorizada. Se deben utilizar corticoides EV ante la sospecha de insuficiencia suprarrenal, sin esperar confirmación por exámenes y uso de levotiroxina EV hasta recuperar vía oral. Es importante no olvidar el screening de hipotiroidismo en pacientes con síndrome de Síndrome de Down, donde guías internacionales, tales como la propuesta por Global Down Syndrome Foundation, recomiendan TSH anual o bianual desde los 21 años.

EL TUBERCULOMA COMO MANIFESTACIÓN EXTRAPULMONAR DE TUBERCULÓSIS: A PROPÓSITO DE UN CASO

Josefa Antonia Santa María Barrera (1), María José Aldunate Dominguez (2), Vicente González Isla (3)
(1) Médico EDF Cesfam Juan Antonio Ríos, Independencia, Santiago.
(2) Médico EDF Cesfam Dr. Mario Salcedo, El Bosque, Santiago, (3) Médico EDF Cesfam Raúl Brañes, San Bernardo, Stgo.

INTRODUCCIÓN: El tuberculoma corresponde a una manifestación extrapulmonar de la tuberculosis (TB). Entre 1-5% de los pacientes infectados con mycobacterium tuberculosis pueden presentar compromiso del sistema nervioso central (SNC) como complicación, aumentando este riesgo aproximadamente 5 veces en personas que viven con VIH. El tratamiento del tuberculoma corresponde al estándar para TBC del SNC, correspondiendo en Chile a una fase diaria de 2 meses con 4 fármacos seguida por una fase trisemanal de 7 meses con 2 fármacos. Frecuentemente se indica corticoterapia en caso de efecto de masa o edema cerebral significativo. El tratamiento por lo general lleva a la resolución en tiempo variable de la lesión. **RESUMEN:** Paciente de sexo masculino de 21 años, con diagnóstico reciente de VIH sin tratamiento consulta en servicio de urgencias por cuadro de 4 días de evolución de hemiparesia derecha progresiva asociado a cefalea occipital, que inicia con hipoestesia en extremidad superior derecha, posteriormente con paresia de la misma extremidad y finalmente con afasia, hemiparesia y desviación de comisura labial. En Servicio de urgencias se realiza TAC que muestra lesión focal tipo tuberculoma hemisférica izquierda. **DISCUSIÓN:** El paciente con VIH y síntomas neurológicos requiere estudio específico. Generalmente presenta lesiones visibles con TAC o RNM. El recuento de CD4 puede guiar hacia las etiologías, con CD4>500/microL se sospecha de lesiones tumorales benignas o malignas y metástasis cerebrales, mientras que para CD4 < 200/microL lesiones asociada a infecciones oportunistas y tumores asociados a AIDS. En este caso se pudo observar en el TAC signos radiológicos sugerentes a Tuberculoma tales como lesiones redondeadas que realzan un anillo y están rodeadas de edema perilesional. Es recomendable buscar activamente TBC en un paciente con diagnóstico de VIH, independiente del recuento de CD4, y tratarlo oportunamente, con el OBJETIVO de evitar complicaciones como en el caso recientemente expuesto.

ENCEFALOPATIA ASOCIADA A COVID-19: REPORTE DE CASO.

Rodrigo Santamaría González, Nicolás Gallardo Rebolledo, Patricio Mellado Vigueras,
Médicos EDF Hospital Kallvu Llanka

INTRODUCCIÓN. La infección por SARS-CoV-2 se ha transformado en una de las mayores pandemias del último tiempo. Los síntomas son principalmente respiratorios y gastrointestinales, aunque el compromiso de otros sistemas se reporta cada vez con mayor frecuencia. Las manifestaciones neurológicas descritas son variadas, algunas con alta morbimortalidad asociada. **CASO CLÍNICO**. Mujer, 50 años, antecedente obesidad, rural. Cursando 1 semana odinofagia, tos seca y mialgias, agregándose epigastralgia, vómitos y mala tolerancia oral. En servicio urgencias deshidratada, hemodinámicamente estable, sin necesidad de soporte ventilatorio. Laboratorio destaca leve aumento parámetros inflamatorios, LDH 558 y radiografía tórax leve infiltrado intersticial hacia bases pulmonares. Se hospitalizó para observación y manejo, a la espera de resultado PCR SARS-CoV-2 por hisopado nasofaríngeo que luego se confirma. Evoluciona con disminución de atención, cefalea, pérdida control esfínteres y ataxia. Evaluada por neurología, destaca en examen bradipsiquia, nistagmo (+), dismetría y disdiadococinecia (+) bilateral, resto conservado. Punción lumbar con glucosa 60, proteínas 2, células 0, panel meningitis viral (-), cultivos sin DESARROLLO bacteriano. TAC cerebro s/c sin hallazgos agudos evidentes. Dado síndrome cerebeloso se realizó RNM cerebro que evidencia pequeños y aislados focos de incremento de señal de sustancia blanca frontoparietal bilateral. Resto estudio inmunológico negativo, hormonas tiroideas normales, VIH, VDRL, serología Chagas y hepatitis B-C no reactivos. Se maneja enfermedad basal, con buena evolución y regresión completa de síntomas neurológicos, catalogándose finalmente como encefalopatía asociada a COVID-19. **DISCUSIÓN**. Nuevas manifestaciones clínicas de COVID-19 se siguen reportando diariamente. Hasta la fecha, la encefalopatía asociada a COVID-19 se describe con mayor frecuencia en adultos desde los 50 años, concordante con nuestro caso. Además del énfasis que se da a las manifestaciones clásicas mayormente pulmonares y vasculares, es fundamental mantener una búsqueda activa permanente de compromiso de otros sistemas dado complicaciones asociadas, algunas incluso letales.

SINDROME GUILLAIN-BARRÉ CON EVOLUCIÓN ATÍPICA: REPORTE DE CASO.

Rodrigo Santamaría González, Sebastián Blackburn Bersezio, Nicolás Chomalí Esparza,
Médicos EDF Hospital Kallvu Llanka

INTRODUCCIÓN: El síndrome de Guillain-Barré (SGB) corresponde a una poliradiculopatía inflamatoria aguda de causa disinmune, generalmente luego de un proceso infeccioso respiratorio o gastrointestinal, siendo la causa más frecuente de parálisis flácida aguda. Manifestándose clásicamente con debilidad motora simétrica ascendente progresiva, con reflejos osteotendíneos disminuidos, y disautonomía en casos más graves. **CASO CLÍNICO**. Masculino, 45 años, sin antecedentes mórbidos, presenta cuadro de gastroenteritis autolimitada. Seis días después inicia debilidad de extremidades inferiores (EEII) y mano derecha, marcha inestable, sin compromiso sensitivo, hemodinámico ni respiratorio. Examen físico destaca disminución motora M4 ambas EEII y para prensión-extensión palmar derecha, reflejos aquilianos abolidos. Se realizó TAC cerebro s/c, RNM cerebro y columna total sin evidenciar lesiones asociadas, laboratorio convencional en rangos normales, VIH y VDRL no reactivos y LCR con disociación albumino-citológica, cultivos negativos. Se realizó electromiografía + velocidad conducción nerviosa (EMG+VCN): elementos de proceso desmielinizante y daño axonal asimétrico principalmente de extremidades superiores (EESS). Evoluciona con regresión sintomática en EEII, pero manteniendo debilidad mano derecha, disfagia leve, hipofonía y fasciculaciones linguales. Repite EMG+VCN tres meses después: signos de compromiso axonal motor asimétrico, elementos de denervación crónica y reinervación activa ambas EESS. Evaluado por unidad especializada de neurología para descartar enfermedad de motoneurona dado evolución y hallazgos del EMG, impresionando SGB variante neuropatía axonal motora aguda (AMAN). Actualmente paciente en rehabilitación multidisciplinaria con mejor evolución y seguimiento por especialidad. **DISCUSIÓN**. La variante AMAN corresponde a un subtipo determinado mediante estudio neurofisiológico. En América Latina la información es escasa, pero se estima una incidencia entre 1,1-1,8 x 100.000 habitantes, similar a cifras norteamericanas, con un 5% correspondiente a variantes axonales. Su clasificación orientaría el eventual comportamiento y pronóstico de la enfermedad. Aún hace falta un mayor número de estudios que contribuya a su caracterización en Chile.

DERMATOMIOSITIS: REPORTE DE UN CASO.

Rodrigo Santamaría González, Sebastián Blackburn Bersezio, Ignacio Barrera Carrasco,
Médicos EDF Hospital Kallvu Llanka

INTRODUCCIÓN: La dermatomiositis es una miopatía inflamatoria infrecuente con signos cutáneos característicos. En su evaluación es fundamental la clínica, junto al apoyo de laboratorio, electromiografía, y estudio imagenológico dado su asociación a múltiples neoplasias. Su manejo se basa en el tratamiento inmunosupresor. **CASO CLÍNICO:** Mujer, 48 años, sin antecedentes. Cursó cuadro de 3 meses de lesiones cutáneas eritematopapulares en cara, tronco y extremidades. Evaluada inicialmente por dermatología y tratada como dermatitis, con regular respuesta. Evoluciona con mialgias, debilidad muscular progresiva de predominio proximal y disfagia. Consultó en múltiples oportunidades en servicio de urgencias, destacando finalmente en examen físico eritema heliotropo y pápulas de Gottron, voz hipofónica, compromiso motor M3 de 4 extremidades, reflejos osteotendíneos disminuidos globalmente, y laboratorio con alza de creatinkinasa total 3200, LDH 600, GOT 272, GPT 109, resto sin hallazgos. Se hospitalizó para manejo por neurología y medicina interna dado sospecha de dermatomiositis, y se complementó estudio con marcadores tumorales que resultan negativos, y estudio inmunológico con ANA (+) 1/160 patrón nucleolar. Estudio imagenológico con TAC tórax, abdomen y pelvis sin hallazgos patológicos. Se manejó con metilprednisolona 1g al día ev por 5 días con posterior cambio a prednisona 80mg dia vo + azatioprina 50mg dia vo, rehabilitación fonoaudiológica y kinésica motora, con buena respuesta clínica y mejoría progresiva de parámetros de laboratorio, por lo que se brindó alta y controles ambulatorios, con EMG pendiente. **DISCUSIÓN:** Al ser una enfermedad infrecuente con una incidencia de 0,5 x100.000 habitantes, a menudo se confunde con patologías dermatológicas más prevalentes y se cataloga anticipadamente a los pacientes como policonsultantes. Así, nuevamente se reafirma la importancia de la anamnesis y examen físico completo para lograr la sospecha diagnóstica inicial, fundamental para no retrasar su manejo precoz y mejorando así su pronóstico, dado su alta morbimortalidad asociada.

ROL DE LA ECOGRAFÍA TESTICULAR EN EL DIAGNÓSTICO DE GANGRENA DE FOURNIER. A PROPÓSITO DE UN CASO

Felipe Seguel Yáñez (1), Pedro López Moya (2), Luis Morgado Araya (3)
(1) Médico Becado Radiología III año, Hospital del Salvador, Santiago, (2) Medico EDF, CESFAM La Higuera.
(3) Interno medicina, UCN

INTRODUCCIÓN: La gangrena de Fournier es una fascitis necrotizante de rápida progresión que afecta las regiones perineal, perianal o genital y constituye una verdadera urgencia quirúrgica. Su importancia radica en que la mortalidad asociada puede llegar hasta un 67%. El tratamiento incluye estabilización hemodinámica, la administración intravenosa de antibióticos de amplio espectro y el desbridamiento quirúrgico completo e inmediato del tejido necrótico. **Caso clínico:** Paciente masculino de 62 años de edad, en situación de calle, sin antecedentes mórbidos conocidos. Consulta en servicio de urgencia del Hospital del Salvador por aumento de volumen escrotal doloroso de una semana de evolución, asociado a eritema de la región urogenital. Se solicita ecotomografia testicular como primer exámen, que muestra abundante edema del tejido celular subcutáneo escrotal, asociado a pérdida de la diferencicación dermis-hipodermis y gas en el plano celular subcutáneo compatible con gangrena de Fournier. Se identifica además hidrocele derecho y signos de orquiepididemitis y funiculitis bilateral. **DISCUSIÓN:** El diagnóstico temprano de gangrena de Fournier es fundamental puesto que están indicados tanto el desbridamiento quirúrgico inmediato como el tratamiento antibiótico agresivo. Aunque el diagnóstico a menudo se sospecha de forma clínica, las imágenes radiológicas juegan un papel fundamental, especialmente la tomografía computada, exámen de mayor especificidad diagnóstica. La ecografía testicular, no obstante, puede demostrar una pared escrotal engrosada y edematosa con focos hiperecoicos que demuestran artefactos de reverberación, que representa gas dentro de la pared escrotal, como así hidrocele reactivo uni o bilateral, hallazgos observados en este caso.

TUMOR RENAL EN CONTEXTO DE HEMATURIA. A PROPÓSITO DE UN CASO

Felipe Seguel Yáñez (1), Pedro López Moya (2), Luis Morgado Araya (3)
(1) Médico, Becado Radiología III año, Hospital del Salvador, (2) Medico EDF, CESFAM La Higuera.
(3) Interno medicina, UCN

INTRODUCCIÓN: Los tumores renales sólidos corresponden al 2-3% de todos los cánceres, correspondiendo en su mayoría a tumores malignos, siendo el carcinoma de células renales el tipo más común (90%). Por otro parte, las neoplasias renales benignas constituyen un grupo heterogéneo de tumores con características histológicas y perfiles clínico-biológicos variables. El esquema de la Organización Mundial de la Salud del 2016 las clasifica sobre la base de la histogénesis e histopatología en: tumores de células renales, metanéfricos, nefroblásticos y tumores quísticos, mesenquimales, mixtos epiteliales y mesenquimales, neuroendocrinos y misceláneos, siendo fundamental su caracterización imagenológica para evitar intervenciones quirúrgicas innecesarias. **Caso clínico:** Paciente femenino de 71 años, con antecedente de HTA. En control de rutina se pesquiza hematuria microscopica en dos exámenes de orina consecutivos. Se solicita ecotomografia abdominal que muestra lesión noduar, de bordes bien definidos, homogénea, hiperecogénica de 2,3 cm, en el tercio medio del riñón derecho sin vascularizacion al estudio Doppler color, asociado a quistes renales bilaterales de aspecto simple. En UROTAC, se caracteriza imagen nodular descrita previamente, siendo parcialmente exofítica, con una densidad promedio de -45 UH, sugerente de angiomiolipoma. **DISCUSIÓN:** La caracterización imagenológica de los tumores renales sólidos es fundamental, ya que evita cirugías innecesarias y el riesgo quirúrgico que ello implica. El angiomiolipoma es un tumor benigno poco frecuente (0,1-0,3% de la población general), compuesto por vasos sanguíneos, músculo liso y tejido adiposo; generalmente unilateral que se presenta mayormente en mujeres entre 40 y 60 años con esclerosis tuberosa. Es mayoritariamente asintomático, aunque puede presentar dolor en flanco, hematuria y hemorragia. Su diagnostico es imagenológico, siendo la TC el estudio de elección, que describe sus características clásicas: masa homogenea de baja densidad (por contenido graso) con unidades Hounsfield entre -20 y -80. Su tratamiento depende fundamentalmente del tamaño, siendo mayor a 4 cms quirurgico por su alto riesgo de hemorragia perirrenal (síndrome de Wünderlich).

DIAGNÓSTICO DE DAÑO HEPÁTICO CRÓNICO EN PACIENTE CON HEPATITIS VIRAL A DE CURSO BIFÁSICO

Carolina Segura Llanos, Paulina Perez Morales, Valentina Nuñez Pino.
Médicos EDF Hospital de Florida

INTRODUCCION: El virus hepatitis A (VHA) es una de las causas más frecuentes de hepatitis aguda infecciosa en el mundo. Se describen 5 perfiles clinicos: infección asintomática, infección sintomática aguda, hepatitis colestásica, hepatitis bifasica (reaparición de los marcadores clínicos, bioquímicos y virológicos de la hepatitis A aguda tras la resolución inicial, 15% de los casos) y hepatitis fulminante. Al contrario que las hepatitis B, D, E y C, la infección por el VHA no avanza nunca a una infección crónica. **OBJETIVOS:** Valorar etiología de una presentación atípica de hepatitis por VHA y considerar daño hepático crónico subyacente como factor de riesgo. **MATERIAL Y METODO:** Reporte de caso clínico. **CASO CLINICO**: Paciente femenina de 58 años de edad, sin antecedentes mórbidos previos, sin historia de consumo de alcohol, normopeso, con hospitalización reciente por cuadro de hepatitis aguda por VHA moderada, evoluciona asintomática tras alta por un periodo de 2 meses. Inicia nuevo cuadro de ictericia y prurito, consulta en Servicio de Urgencia, pesquisándose TP disminuido (42%) siendo derivada a Hospital Regional de Concepción. A su ingreso en buenas condiciones generales, sin encefalopatía, sin sangrado, al laboratorio destaca Hb 10.6, plaquetas 125.000 TP% 49,8 INR 2, función renal conservada, glicemia 120, albumina 2.2, bilirrubina total 10.14, bilirrubina directa 6.75, GOT 779, GPT 548, GGT 91, FA 211, amonio 74, PCR 22, IgM anti VHA 1.14 (Reactivo), serología Hepatitis B y C, y VHI no reactiva. Ecografía abdominal informa: signos de daño hepático crónico, esplenomegalia. Se decide hospitalizar para estudio. TAC de abdomen: signos de daño hepático crónico, con ascitis y circulación colateral porto sistémica como marcadores de hipertensión portal. Se solicita estudio inmunológico: ANA positivo 1/80, IgG Sérica elevada (3330), anti RO positivo, AC anti musculo liso positivo 1/320, hipoclomplementemia C3 y C4 (52.4/ 4.8), AC anti mitocondrial negativo. Se plantea hepatitis autoinmune con observación de Síndrome de Sjogren. Test de Schirmer y Cintigrafía de glándulas salivales normales. Evaluada por Gastroenterologia, se solicita EDA que muestra esofagitis micótica, duodenitis leve, test ureasa positivo. Se decide profilaxis de varices esofágicas con propranolol e inicio de tratamiento con Prednisona 40mg día. Paciente evoluciona de forma favorable, con normalización de enzimas hepáticas. Se decide alta, con controles en policlínico de Gastroenterología y Reumatología, planteándose eventual biopsia hepática diferida para confirmación diagnostica. **DISCUSION O COMENTARIOS**: La evolución prolongada de una hepatitis viral por VHA debe estudiarse. El caso presentado de la paciente, con alteración prolongada de perfil hepático e hipergammaglobulinemia, sugiere un proceso inflamatorio crónico a nivel hepático, lo que es demostrado en estudio imagenológico, planteándose etiología autoinmune. Finalmente, resulta interesante, en este caso, considerar un estudio histopatológico para confirmación diagnostica.

TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA SECUNDARIA A *TENNIS LEG*, REPORTE DE UN CASO

Cecilia Segura Pallacán (1), Guillermo Mora Araya (2), Álvaro Rivera Tapia (3)
(1) Médica EDF CESFAM Yandry Añazco, (2) Médico EDF Hospital Los Vilos.
(3) Médico EDF Centro de Salud Familiar Bellavista.

INTRODUCCIÓN y OBJETIVOS: El desgarro del vientre medial del gastrocnemio interno, usualmente llamado en la literatura científica deportiva como *tennis leg*, es una lesión muscular que frecuentemente afecta a personas de mediana edad, y suele relacionarse con la práctica deportiva aficionada. La literatura describe la complicación de esta lesión con Trombosis Venosa Profunda, aunque no existe un estudio oficial al respecto. A continuación, se expone un caso clínico de Trombosis Venosa Profunda secundaria a *tennis leg* y la importancia de su sospecha diagnóstica. **Caso clínico:** Paciente de 28 años, sin antecedentes mórbidos. Consulta en hora de morbilidad en APS por edema y dolor en extremidad inferior izquierda. A la anamnesis destaca: desgarro por práctica deportiva en gastrocnemio izquierdo. Trae ecotomografía.
-Ecotomografía Partes Blandas pierna izquierda: hallazgos compatibles con desgarro miofascial en el margen lateral del tercio medio del gastrocnemio interno, de 9,6 x 2,1 x 6,3 mm en sus ejes mayores.
Refiere que lesión evolucionó con dolor leve que no cedía, por lo que luego de 1 semana se le indica kinesioterapia en extrasistema, la cual no realiza. El dolor persiste, y luego de tres semanas aumenta en intensidad, asociándose a edema y claudicación intermitente, por lo que consulta hoy.
Al examen físico destaca: EEII: edema pierna izquierda (+++/+++), Signo de Homans positivo.
Se deriva a SU para toma de Ecografía Doppler por sospecha de Trombosis Venosa Profunda
- Ecotomografía Doppler Color Venoso de la Extremidad Inferior Izquierda: Se observa un trombo de características recientes de la vena poplítea, hacia distal se recupera el flujo. Las venas safenas internas y externas son de calibre normal y están permeabñes, sin evidencia de trombosis ni insuficiencia. Impresión ecográfica: TVP de extremidad inferior izquierda.
Por edad y ausencia de comorbilidades, especialista decide iniciar terapia ambulatoria VO con ribaroxaván, evolucionando de forma favorable. Se repite ecotomografía 13 días posterior al inicio del tratamiento, la cual confirma resolución del cuadro trombótico. **DISCUSIÓN:** Si bien la literatura no describe estudios oficiales sobre la relación entre desgarro muscular y TVP, sí se estima que aproximadamente un 10% de pacientes con lesiones tipo *tennis leg* pueden presentar TVP infrapoplítea (distal). En el caso clínico descrito, la TVP es poplítea (proximal), en paciente joven sin comorbilidades ni factores de riesgo, quedando como único FR el desgarro presentado. Por esto podemos sospechar que este tipo de lesiones también pueden cursar con TVP proximal. Del caso clínico descrito, también destaca la importancia de la APS y la sospecha diagnóstica que se realiza en esta, pues el paciente consultó de forma ambulatoria en hora de morbilidad, y gracias a la correcta anamnesis y examen físico se logra una adecuada sospecha diagnóstica y derivación pertinente, evitando así un TEP.

RINOSINUSITIS COMO DIFERENCIAL DE FÍSTULA DE LÍQUIDO CEFALORRAQUÍDEO ESPONTÁNEA, A PROPÓSITO DE UN CASO CON DIAGNÓSTICO INTRINCADO

Camila Sepúlveda Galleguillos (1), Josefina Daneri Ehlers (2), Josefa Flores Gutiérrez (3)
(1) Médico EDF CECOSF Lo Chacón, El Monte, (2) Médico EDF Cesfam Marcos Macuada Ogalde, Ovalle,
(3) Médico EDF Cesfam Santa Cecilia, Coquimbo.

INTRODUCCIÓN y OBJETIVOS: Las fístulas de líquido cefalorraquídeo (FLCR) son una comunicación patológica entre el espacio subaracnoideo y, en este caso, la cavidad nasal, que compromete meninges y base de cráneo. Son 3 los factores necesarios para que se produzcan: defecto óseo, disrupción meníngea y gradiente de presión. Las fístulas pueden ser adquiridas o espontáneas, siendo las primeras las más frecuentes y, en su mayoría, causadas por fracturas de base de cráneo. Las espontáneas pueden ser congénitas, o por una hipertensión endocranena sostenida que erosiona la base de cráneo y meninges. Las FLCR espontáneas presentan rinorraquia sin antecedentes traumáticos ni quirúrgicos, son tratadas habitualmente como rinitis sin respuesta. El OBJETIVO del siguiente trabajo es promover la sospecha diagnóstica de FLCR ante cuadros riníticos, para lograr un diagnóstico y resolución precoz, evitando así sus potenciales complicaciones. **MATERIAL y MÉTODO:** Mujer de 32 años, con antecedentes de asma, obesidad y trauma nasal hace 5 años. Relata cefalea holocraneana de 1 mes, EVA 5/10, que cede con AINES y sin banderas rojas, asociada a rinorrea hialina derecha desencadenada con la inclinación frontal. Con una RNM cerebral sin alteraciones, es manejada como sinusitis sin cese de síntomas. Se solicita TC cerebral, que impresiona normal, derivándose a neurocirugía por sospecha de FLCR. Neurorradiólogo valora RNM y TC sin identificar brecha osteomeníngea en base de cráneo. Se realizan: endoscopía nasal, que sólo informa cambios inflamatorios etmoidales, y cisternoTC sin hallazgos sugerentes de FLCR. Neuroftalmología descarta edema de papila como manifestación de hipertensión endocraneana. Luego de 24 hrs sin rinorrea se da de alta con AINES, antihistamínicos y corticoides tópicos nasales. En control ambulatorio se aprecia persistencia de síntomas, solicitando estudio patognomónico de FLCR, la Beta 2 transferrina en líquido nasal, (aún pendiente dado contingencia sanitaria). **RESULTADOS y CONCLUSIONES:** Si bien, los exámenes no lograron confirmar FLCR, la rinorrea refractaria a tratamiento y desencadenanada por maniobras de Valsalva impide descartar el diagnóstico. Queda pendiente un examen de alto valor predictivo positivo, la Beta 2 transferrina en líquido nasal, proteína presente sólo en LCR y humor vítro, lamentablemente es un examen costoso y de difícil acceso. Como CONCLUSIÓN, es importante destacar las graves complicaciones de las FLCR espontáneas, siendo fundamental tener presente la patología para un oportuno diagnóstico y tratamiento. **DISCUSIÓN:** La FLCR tiene complicaciones potencialmente graves como meningitis bacteriana. Es fundamental la sospecha diagnóstica ante cuadros de rinosinusitis, dando énfasis en el desencadenante postural y las denominadas 5 “F” clásicas en pacientes susceptibles de FLCR, *female, fat, forty, five feet tall y fearfullnes.* Un IMC sobre 35 predispone a maniobras de Valsalva sostenidas durante la actividad diaria, esto eleva la presión intracraneal favoreciendo la erosión ósea y meningea. Es fundamental considerar la FLCR como diferencial en rinorrea hialina incluso sin antecedente de traumatismo craneoencefálico, más aún en fenotipo de paciente clásico.

ESTUDIO Y DIAGNÓSTICO DEL DERRAME PLEURAL POR TUBERCULOSIS PLEURAL EN HOSPITAL COMUNITARIO

Nickivan Sepúlveda Peñaloza (1), Matías Vélez Collado (1), Fernanda González González (2)
(1) Médicos EDF, Hospital de Salamanca, (2) Médico EDF, CESFAM Sotaquí

INTRODUCCIÓN: Se define como derrame pleural a la acumulación de líquido mayor a lo normal en el espacio comprometido entre la pleura y el parénquima pulmonar, llegando a reportarse una prevalencia de hasta 3.000 personas/millón de habitantes en Reino Unido, por otro lado, la Tuberculosis (TBC) Pleural en áreas no endémicas alcanza una incidencia de 3-5%, siendo la segunda localización extrapulmonar en frecuencia **OBJETIVO**: El presente caso evidencia la dificultad de llegar al diagnóstico de esta patología, en la realidad de un hospital comunitario. **MATERIAL y MÉTODO:** Paciente masculino de 30 años, sin antecedentes mórbidos, con múltiples consultas por compromiso del estado general, cefalea, mialgias y fiebre de hasta 38.5°C. Dentro del estudio inicial destaca Leucocitos 7950, Segmentados 65%, PCR 121.4 mg/L, PCR-Covid.19 (-), Radiografía de tórax evidencia derrame pleural izquierdo. Se realiza toracentesis con estudio de líquido pleural (800cc) que informa Glucosa 92.1, Proteínas 5.06, leucocitos 4800, LDH 1.124, cultivo negativo al 3er día, se plantea diagnóstico diferencial derrame paraneumónico versus tuberculoso, indicándose terapia antibiótica con Amoxicilina/Ácido clavulánico y Azitromicina. Se realiza Tomografía Computarizada (TC) control a los 7 días que informa derrame pleural izquierdo de moderada cuantía, laboratorio sin cambios significativos. Baciloscopía ácido alcohol resistente (BAAR) negativo, Prueba de la tuberculina (PPD) 0.5 mm. Tras 2 meses de reiteradas consultas y hospitalizaciones se logra derivación a Hospital de alta complejidad por persistencia de clínica, donde se realiza estudio complementario con fibrobroncoscopia (normal) y lavado bronquio-alveolar que arroja PCR Xpert MTB/RIF (-), Adenosina desaminasa (ADA) 73.3. Se realiza TC control con signos de empiema izquierdo, requiriendo tubo pleural y hospitalización prolongada. Durante el proceso diagnóstico, nuestro usuario desarrolla trastorno del ánimo y ansiedad que requiere ingreso a Salud Mental y terapia farmacológica **DISCUSIÓN:** El diagnóstico de tuberculosis pleural suele presentar un desafío, debido a que presenta un 48-96% de cultivos y tinción negativa para BAAR en esputo, mientras la toracocentesis suele mostrar liquido exudativo de predominio linfocitario en un 90%, pero sólo un 10% presenta BAAR al estudio del líquido, haciéndose necesarias pruebas complementarias como fibrobroncoscopia y biopsia pulmonar. En este contexto, algunas técnicas como PCR Xpert y biomarcadores como la Interferón γ ADA han demostrado ser de gran apoyo en el proceso diagnóstico. **CONCLUSIÓN:** El derrame pleural presenta una serie de retos en cuanto a su precisión diagnostica, requiriéndose de un estudio integral que abarque tanto los MÉTODOs diagnósticos como el contexto sanitario y epidemiológico. En este caso se evidencia como sumado a la dificultad diagnostica intrínseca, algunas determinantes geográficas y sociales pueden retrasar el diagnostico, aumentando la brecha de acceso y equidad en salud, como también los costos y repercusiones clínicas para nuestros usuarios.

ANEMIA COMO PRESENTACIÓN DE CÁNCER GÁSTRICO, A PROPÓSITO DE UN CASO

Paula Sepulveda Andreani (1), Hugo Ojeda Saavedra Ignacio (2), Benavente Fernandez (1)
(1) Medico Cirujano, EDF CESFAM La Estrella, (2) Médico Cirujano, Hospital Pichilemu

INTRODUCCIÓN: El cáncer gástrico es la primera causa de muerte por tumores malignos en hombres y la tercera en mujeres en Chile, a pesar de estas cifras no hay aún programas de detección precoz en nuestro país que busquen disminuir efectivamente su mortalidad. Tiende a manifestarse con síntomas leves e inespecíficos, lo cual dificulta su sospecha temprana. El hallazgo de anemia en exámenes de laboratorio puede ser parte de su cuadro clínico y al encontrarla sin causa aparente en un adulto debe obligar al estudio con endoscopía digestiva alta y baja en búsqueda de tumores gastrointestinales. **OBJETIVO**: Presentar un caso clínico de cáncer gástrico con anemia como única presentación clínica previa al diagnóstico. **METODOLOGÍA:** Revisión de caso clínico y bibliografía actualizada. **CASO CLÍNICO**: Paciente femenina de 71 años, hipertensa, con hernia umbilical de larga data; acude a control de patologías crónicas en APS donde se pesquisa anemia moderada microcítica hipocromica con hemoglobina 8.1 g/dL, paciente niega metrorragia, hematuria, hematoquecia, melena o hematemesis, al examen físico se encuentra palidez de mucosas, hernia umbilical sin signos clínicos de complicación, sin otros hallazgos patológicos. Se solicita control con matrona, se inicia terapia con sulfato ferroso, se solicita Test de Weber que resulta positivo y Ecografía abdominal que informa “diastasis de los rectos, con probable discontinuidad de la fascia con ciertos niveles hidroaéreos parcialmente definidos” y sugiere complementar estudio con ecografía de pared abdominal y/o TAC de abdomen. Se realiza ecografía de pared abdominal que informa hallazgos sugerentes de complicación de hernia umbilical, dado ésto y anemia se sugiere derivación a policlínico de cirugía del S.S. O’Higgins para continuar estudio y determinar manejo, pero por contingencia pandemia COVID 19 paciente finalmente rechaza derivación. Luego de 2 meses paciente acude al servicio de urgencias con cuadro clínico sugerente de abdomen agudo por lo que se sospecha complicación de hernia umbilical con absceso, se inicia manejo medico pero paciente evoluciona de manera tórpida presentando signos de shock séptico de probable foco abdominal y posible perforación intestinal, se realiza laparotomía exploratoria en la que se encuentran signos de peritonitis apendicular, se procede a apendicectomía y aseo quirúrgico, intraoperatorio se detectan lesiones en peritoneo que se envían a biopsia. En estudio posterior se solicita TAC de abdomen que informa signos de neoplasia gástrica asociada a carcinomatosis peritoneal, biopsia de lesiones peritoneales confirma adenocarcinoma poco diferenciado, endoscopia digestiva alta confirma Cáncer Gástrico Bormann III; paciente desde entonces en tratamiento con quimioterapia. **DISCUSIÓN**: En éste caso con el diagnóstico de cáncer gástrico se explica la anemia inicial de la paciente. Dado su alta mortalidad es fundamental la prevención del cáncer gástrico en nuestro país. A nivel de APS lo que podemos hacer principalmente es intervenir en prevención primaria y factores de riesgo, además de mantener siempre un alto nivel de sospecha para derivar oportunamente a nivel secundario para lograr una detección temprana y posibilidad de tratamiento a los pacientes.

PARÁLISIS DE CUERDA VOCAL COMO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE TOS CRÓNICA, A PROPÓSITO DE UN CASO

Paula Sepulveda Andreani (1), Hugo Ojeda Saavedra Ignacio (2), Benavente Fernandez (1)
(1) Médico Cirujano, EDF CESFAM La Estrella, (2) Médico Cirujano, Hospital Pichilemu

INTRODUCCIÓN: En adultos, luego de 8 semanas de evolución de tos, se habla de tos crónica. Tiene un amplio espectro etiológico: farmacológica, psicógena, patología respiratoria crónica (Asma, EPOC, Fibrosis pulmonar), reflujo gastroesofágico, infecciosa/postinfecciosa, neoplásica, tabaquismo, etc. Por esto, es necesario una completa evaluación del paciente con historia clínica detallada, examen físico y apoyo diagnóstico de exámenes de laboratorio (ej. Basciloscopía), imágenes (ej. Radiografia Torax) y funcionales (ej. Espirometría). En caso de detectar una posible causa ésta debe conllevar un tratamiento y control periódico, ya que la persistencia de la tos a pesar de las terapias obliga a continuar el estudio dado la implicancia personal y pronóstica para el paciente. **OBJETIVO**: Presentar un caso clínico de tos crónica, con múltiples sospechas diagnósticas que no responde a terapias y obliga a continuar el estudio. **METODOLOGIA:** Revisión de caso clínico y bibliografía actualizada. **Caso Clínico**: Paciente masculino, 87 años con antecedentes de HTA, Tabaquismo crónico y Tuberculosis Pulmonar tratada en adolescencia, secuelada con fibrosis pulmonar apical. Comienza hace 1 año con cuadros respiratorios a repetición, diagnosticados como bronquitis agudas (3/año) caracterizados por tos de predominio nocturno con expectoración blanquecina, rinorrea hialina y odinofagia leve, al examen físico pulmonar con sibilancias difusas sin otros signos patológicos, que inicialmente responden a terapias con broncodilatación y terapia antibiótica. Posterior a alta clínica de eventos agudos paciente re-consulta en APS por persistencia de tos diaria, predominantemente seca, con expectoración blanquecina ocasional y disnea al esfuerzo físico progresiva, manteniendo odinofagia que evoluciona a disfagia de sólidos y líquidos y voz ronca-afónica, sin síntomas B ni sugerentes de síndrome consuntivo, sin hallazgos patológicos al examen físico. Dado antecedentes se sospecha cuadro de EPOC y se solicita estudio de imágenes más inicio de terapia broncodilatadora y cortico-terapia inhalatoria. En radiografía de tórax se encuentran signos compatibles con lesiones cicatriciales de TBC apicales e infiltrados intersticiales reticulonodulillares pulmonares bilaterales compatibles con Fibrosis Pulmonar, sin signos de hiperinsuflación. Paciente no responde a terapias indicadas a pesar de optimización escalonada por lo que se deriva a especialista Broncopulmonar, quien solicita ahondar en estudio con nueva basciloscopía, TAC torax, espirometría, gases arteriales y test funcionales. Dentro del estudio, dado disfagia y afonía, se solicita Nasolaringofibroscopia, que informa parálisis paramediana de cuerda vocal izquierda, es evaluada por Otorrinolaringología que sugiere descartar tumor que comprima Nervio Laringeo Recurrente en cuello y tórax, que podría explicar sintomatología actual. Dado contingencia COVID-19 paciente no completa estudios solicitados y evoluciona de manera desfavorable con síndrome consuntivo importante, disfagia de líquidos severa, disminución progresiva de saturación y deterioro de consciencia, por sospecha diagnóstica de patología oncológica se acuerda con familia manejo proporcional y paciente finalmente fallece por insuficiencia respiratoria. **DISCUSIÓN**: Éste caso refleja la complejidad diagnóstica de una tos crónica, sobre todo a nivel de Atención Primaria de Salud por la poca accesibilidad a exámenes de mayor complejidad, sumándole un contexto de pandemia. Es importante mantener sospecha diagnostica de etiologías menos frecuentes en pacientes no respondedores a terapias.

TRASTORNO DE ANSIEDAD EN LA URGENCIA, Y CONTINUIDAD DE LA ATENCIÓN CON LA ATENCIÓN PRIMARIA, ENTRE MARZO 2020 – FEBRERO 2021

Rodolfo Sepúlveda Astudillo, Estefano Medina Rios, Victor Rebolledo Muñoz
Médicos EDF CESFAM Dr. Amador Neghme

INTRODUCCIÓN: Los trastornos de ansiedad son un conjunto de patologías muy frecuentes en nuestra población, llegando a una prevalencia en nuestro país, cercana a 16.2%. Según el plan nacional de salud mental 2017 al 2025, "la atención de urgencia de salud mental no se encuentra incorporada plenamente a la atención de las urgencias en la red general de salud", existiendo, además, obstáculos para la atención efectiva y la continuidad de los cuidados de los usuarios. **OBJETIVOS**: Analizar la continuidad de la atención entre el SAR Dr. Amador Neghme y el CESFAM Dr. Amador Neghme, de pacientes atendidos en la urgencia por diagnóstico de trastorno de ansiedad, durante el período entre marzo 2020 – febrero 2021. **MATERIAL Y MÉTODO**: Se extrajo información de la plataforma IRIS salud, sobre las atenciones realizadas en el SAR Dr. Amador Neghme, por diagnóstico de trastorno de ansiedad, entre marzo 2020 y febrero del 2021. Se incluyó sólo a pacientes inscritos en el CESFAM Dr. Amador Neghme. Se analizaron las atenciones mensuales, comparándolas con las atenciones de salud mental realizadas en el CESFAM, en el mismo mes de la consulta en urgencias, y durante el mes siguiente. **RESULTADOS**: Durante el período seleccionado, hubo 639 pacientes atendidos en la urgencia del SAR por trastorno de ansiedad, de los cuales, 277 pertenecían al CESFAM Dr. Amador Neghme. De estos, 18 pacientes (6.49%) tuvieron alguna atención de salud mental durante el mismo mes de la atención de urgencia, y 29 pacientes (10.46%) tuvieron alguna atención de salud mental entre el mes de consulta en urgencias, y el mes siguiente. **DISCUSIÓN O COMENTARIOS**: Se observa un bajo porcentaje de pacientes con atención precoz en el CESFAM, luego de una consulta por trastorno de ansiedad en la urgencia. Esto puede deberse a la ausencia de protocolos que definan el MÉTODO de continuidad de atención entre el SAR y el CESFAM. Este bajo porcentaje de continuidad podría tener un impacto negativo en la calidad de vida de los pacientes, empeorando su pronóstico al no recibir atención oportuna. **CONCLUSIONES**: Existe una baja continuidad de la atención de pacientes consultantes en el servicio de urgencia, entre el SAR Dr. Amador Neghme, y el CESFAM correspondiente. Se necesita definir protocolos de derivación entre ambos dispositivos, para evitar la existencia de pacientes sin un debido diagnóstico, tratamiento y seguimiento en el programa de salud mental respectivo. Se requieren estudios prospectivos, para determinar el real impacto de la falta de atención de salud mental de estos pacientes, por parte del CESFAM.

SÍNDROME DE KLIPPEL-FEIL. REPORTE DE UN CASO DIAGNOSTICADO EN LA ADOLESCENCIA

Sebastián Sepúlveda Marín (1), Cinthia Guerrero Barría (2), Felipe Alcayaga De La Ribera (3),
Valeria Contreras Maragaño (2)
(1) Médico EDF Hospital de Fresia, (2) Médico EDF CESFAM Los Muermos, (3) Médico EDF Hospital de Frutillar

INTRODUCCIÓN: El síndrome de Klippel-Feil corresponde a una enfermedad infrecuente, caracterizada por sinostosis congénita de dos o más vértebras cervicales causada por un defecto en la segmentación. Se estima una incidencia de 1:42.000 nacidos vivos, más frecuente en mujeres en razón 1,5:1. Con múltiples alteraciones asociadas, las más descritas son escoliosis, deformidades costales, sordera, disquinesia, alteraciones genitourinarias y cardiovasculares, entre otras. Los principales síntomas son dolor, disminución de la movilidad cervical y manifestaciones neurológicas. **Caso clínico**: Adolescente masculino de 15 años, sin antecedentes mórbidos conocidos. Consulta en CESFAM Los Muermos en mayo de 2018 por episodios de dolor cervical y dorsolumbar de 1 año de evolución. Al examen físico destaca marcada desviación de columna toracolumbar, con convexidad torácica derecha, convexidad dorsolumbar izquierda y lumbar a derecha, Test de Adams positivo a derecha, hombro izquierdo ascendido y asimetría torácica. Radiografía de columna total confirma escoliosis cervical y toracolumbar, con curva principal de 30°, además evidencia alteración morfológica de cuerpos vertebrales cervicales inferiores. Resonancia nuclear magnética de columna total evidenció, además de escoliosis, defecto de la segmentación vertebral cervical, con vértebras en mariposa C6 y C7, fusión de elementos posteriores de C3 a T1, dismorfia de discos intervertebrales cervicales, fusión de articulaciones facetarias dorsales en múltiples niveles y mal rotación renal izquierda. Se completó estudio por Síndrome de Klippel-Feil en Hospital San Borja Arriarán en donde se descartaron alteraciones neurológicas, cardiacas y auditivas asociadas. Sin indicación de manejo quirúrgico por ahora. Actualmente continua controles y estudio en Hospital de Puerto Montt. **CONCLUSIÓN**: Este caso demuestra la detección de Síndrome de Klippel-Feil, enfermedad rara, desde una evaluación inicial en atención primaria por escoliosis, con estudio posterior en nivel secundario. Este síndrome presenta gran heterogeneidad fenotípica, siendo relevante una evaluación multidisciplinaria para definir el proceder en cada una de las alteraciones asociadas, evitando complicaciones.

HIPERFOSFATASEMIA BENIGNA TRANSITORIA DE LA INFANCIA. REPORTE DE UN CASO.

Myriam Silva González, Jaime Opazo Aránguiz, Josefa Hojman Jiménez,
Cesfam Dr. Francisco Boris Soler, Melipilla.

INTRODUCCIÓN: Las fosfatasas alcalinas (FA) corresponden a un grupo de isoenzimas que se originan en diversos tejidos. El nivel sérico de FA varía con la edad; siendo ligeramente elevado durante los primeros 3 meses de vida. La hiperfosfatasemia transitoria benigna de la infancia (HFTBI) es una condición donde existe una marcada elevación de la fosfatasa alcalina sérica sin presencia de enfermedad detectable. Características definidas por Kraut et al. incluyen: edad <5 años; ninguna evidencia de enfermedad ósea o hepática al examen físico o de laboratorio; elevación de las isoenzimas de FA en el hueso y el hígado, y niveles normales de FA sérica dentro de los 4 meses siguientes. **REPORTE DE CASO:** Preescolar de 4 años, sexo masculino, sin patologías conocidas. Con antecedente de hospitalización por neumonía hace 6 meses, donde destaca nivel de fosfatasas alcalinas >1500, con resto de perfil hepático normal. Evaluado un mes después en servicio de urgencias en contexto de síndrome diarreico, destacan fosfatasas alcalinas >1500. Hospitalizan para manejo del síndrome diarreico y debido a buena evolución se va de alta a las 48 horas. Indican control ambulatorio en APS tres meses después con perfil hepático, donde se objetiva un descenso de FA a niveles normales. **DISCUSIÓN:** La hiperfosfatasemia benigna transitoria de la infancia, representa un diagnóstico de descarte, con una prevalencia reportada en la literatura internacional de 2% a 6%. Dentro de diagnósticos diferenciales de niveles elevados de FA en niños se incluyen: trastornos óseos, enfermedad hepática, con menor frecuencia enfermedad renal y reacciones a medicamentos.
CONCLUSIÓN: En el caso presentado, se hizo un hallazgo incidental de la elevación de fosfatasa alcalinas en el contexto de una patología aguda, y se destaca la importancia de reconocer las características de la hiperfosfatasemia benigna transitoria para evitar derivación y estudios innecesarios.

PERFIL DE PACIENTES PERTENECIENTES AL PROGRAMA DE ATENCIÓN DOMICILIARIA DE POSTAS DE BOLLENAR Y PAHUILMO HASTA DICIEMBRE DE 2020

Myriam Silva González, Jaime Opazo Aránguiz, Josefa Hojman Jiménez,
Cesfam Dr. Francisco Boris Soler, Melipilla

INTRODUCCIÓN: Nuestro país se encuentra en una transición demográfica, la natalidad disminuye y la mortalidad se reduce, siendo uno de los países latinoamericanos más envejecidos, donde el promedio de vida es 78,4 años. Debido a esto es esperable un aumento en el número de pacientes que requieran atención domiciliaria por dependencia, asociado a la prevalencia de enfermedades crónicas y sus complicaciones, generando altos costos en salud, sobrecarga emocional familiar y disminución de la calidad de vida. Por esto es necesario tener registros que nos permitan conocer las características de este subgrupo para focalizar y entregar atención integral según sus necesidades. **OBJETIVOS**: Conocer las características sociodemográficas, nivel de dependencia, comorbilidades y relación con su cuidador, de los pacientes atendidos en el programa de atención domiciliaria integral (PADI) de las Postas de Salud Rural de Bollenar y Pahuilmo hasta diciembre de 2020. **MATERIAL Y MÉTODO**: Estudio descriptivo, retrospectivo. Se analizaron fichas clínicas de los pacientes pertenecientes al PADI al año 2020. Los datos analizados fueron: edad, sexo, grado de dependencia, comorbilidades, estado civil y parentesco con el cuidador. La información fue analizada en el programa Microsoft Excel. **RESULTADOS**: Fueron evaluados 56 pacientes, 34 (61%) correspondientes a Bollenar y 22 (39%) a Pahuilmo. La edad promedio fue de 80 años en Bollenar y 78 años Pahuilmo. El 59% son de sexo femenino en Bollenar, el 50% en Pahuilmo. El 65% presentó un grado de dependencia total en ambos centros. Las patologías más frecuentes son: HTA (72%), Enfermedades del SNC y secuelas (45%), Diabetes y complicaciones macro/microvasculares (38%) Demencia primaria (15%). El 40% son analfabetos. El 60% están casados. El 90 % de los cuidadores son familiares femeninos (esposas o hermanas) en ambos centros. **DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES**: Este estudio realza las características de la población atendida en ambas postas rurales de la comuna de Melipilla. Con alto porcentaje de población mayor de 60 años, con enfermedades crónicas, sus complicaciones y secuelas, además de un alto porcentaje de analfabetismo, lo que presenta desafíos a los profesionales que realizan las visitas

CARACTERIZACIÓN DE PACIENTES USUARIOS CRÓNICOS DE BENZODIACEPINAS ACTUALMENTE ATENDIDOS (A MARZO 2021) EN CESFAM YOBILO.

Natalia Silva Gonzalez (1), Patricio Sanhueza Palma (2), Francisco Núñez Delgado (3),
(1) Médica APS CESFAM Yobilo, (29 Médico APS CESFAM Carlos Pinto Fierro.
(3) Médico EDF CESFAM Alcalde Leocan Portus Govinden.

INTRODUCCIÓN: El uso de benzodiacepinas es común en los centros de atención primaria. En algunos casos su uso puede ser inapropiado y generar dependencia. Danhier A. y colaboradores documentaron cifras preocupantes del consumo de estas sustancias sin prescripción desde los años 80. **OBJETIVO:** Caracterizar a pacientes que se encuentran actualmente en control y que están bajo un tratamiento crónico (mayor a 1 mes) que incluya benzodiacepinas. **MATERIAL Y MÉTODO**: Estudio de tipo descriptivo no experimental, de corte transversal. Se utilizó registro de ficha clínica a través de los programas Rayen y Sinetsur. Se incluyeron variables de sexo, edad, diagnóstico y tiempo de tratamiento. **RESULTADOS:** Hubo un total de 47 pacientes en control que están bajo tratamiento con benzodiacepinas. De éstos, un 68,08% corresponden a mujeres (n=32) y un 31,91% corresponden a hombres (n=15). Respecto al grupo etario predomina el rango entre 46 a 60 años con un 40,42% (n=19). Como diagnóstico más frecuente se encuentra trastorno adaptativo en un 19.14% (n=9); seguido por epilepsia en un 17,02% (n=8). Un 85,12% (n=40) lleva más de un año en tratamiento con benzodiacepinas y sólo un 4,25% (n=2) menos de 3 meses. **CONCLUSIÓN:** Los usuarios con diagnóstico de trastorno adaptativo son los que más han requerido uso crónico de benzodiacepina en nuestro centro. **COMENTARIOS**: Hay una amplia gama de diagnósticos que pueden requerir uso de benzodiacepinas y es muy importante conocer el perfil de quienes las utilizan para chequear la pertinencia de su indicación, considerando los potenciales riesgos y efectos adversos.

HIPOPARATIROIDISMO PRIMARIO NO QUIRÚRGICO, UNA ENFERMEDAD INFRECUENTE.

Cristofer Soriano Reyes (1). Valeria Becerra Fonseca (1), Luis Pérez Morales (2), Javiera Becerra Fonseca (3), Cristóbal Becerra Fonseca (3), Cristopher San Martín Abello (3)
(1) Médico EDF, CESFAM Campanario, (2) Médico EDF, Departamento de Salud de Lonquimay.
(3) Alumna de Medicina Universidad Mayor Temuco.

INTRODUCCIÓN: El hipoparatiroidismo primario no quirúrgico es una entidad poco frecuente, caracterizada por concentración inadecuada de PTH en sangre, lo que genera hipocalcemia e hiperfosfatemia. A continuación, presentamos un paciente con hipoparatiroidismo con hipocalcemia de presentación crónica. **CASO CLÍNICO:** Paciente femenina de 27 años, con antecedentes de agenesia renal unilateral e hipoacusia. Consulta por cuadro de 2 meses de evolución de poliartralgias de grandes y medianas articulaciones, dirigidamente con eritema malar y xeroftalmia de un año de evolución. Al examen físico con dolor y rigidez de articulaciones lumbosacra, caderas, hombros y tobillos, sin signos de inflamación local. Se solicitan exámenes por sospecha de cuadro Reumatológico, en el que destaca hipocalcemia de 7,94 mg/dl e hiperfosfatemia de 5,4 mg/dl, resto de perfil bioquímico normal, gases en sangre venosa normales, perfil inmunológico normal; se rescata además examen del 2018 que presentaba igualmente hipocalcemia de 7,9 mg/dl. En la reevaluación Signos de Chvostek y Trousseau negativos, electrocardiograma normal. En este contexto, se continua estudio ambulatorio con exámenes complementarios: Paratohormona (PTH) 12 pg/ml, Calcio iónico 3,1 mg/dl, Vitamina-D 29,8 ng/ml y Calciuria orina 24 hrs: <36,6 mg/24h. Evaluada por Endocrinología, se diagnostica hipoparatiroidismo primario idiopático y se indica tratamiento con Carbonato de Calcio/Vitamina D oral. **DISCUSIÓN:** El hipoparatiroidismo primario se produce por una deficiencia en la secreción de PTH o por secreción de PTH biológicamente inactiva. La prevalencia del hipotiroidismo primario no quirúrgico es de 2,3-8/100.000 habitantes. La principal etiología es post-quirúrgica en resecciones cervicales, le siguen las autoinmunes. Las manifestaciones clínicas del hipoparatiroidismo tienen relación con la concentración de calcio sérico y con la velocidad de instauración de la hipocalcemia, y son diversas: neurológicas, musculares, esqueléticas, cardiovasculares, oculares, cutáneas, entre otras. Los OBJETIVOs del tratamiento son aliviar los síntomas, aumentar y mantener la concentración sérica de calcio en el rango normal bajo.

DEBILIDAD MUSCULAR Y SINDROME DE GUILLIAN BARRE, A PROPOSITO DE UN CASO

Cristofer Soriano Reyes (1). Valeria Becerra Fonseca (1), Alex Hurtado Molina (2), Cristóbal Becerra Fonseca (3),
Javiera Becerra Fonseca (3), Cristopher San Martín Abello (3),
(1) Médico EDF, CESFAM Campanario, (2) Médico EDF, Hospital Comunitario Salud Familiar de Yungay.
(3) Alumno de Medicina Universidad Mayor Temuco.

INTRODUCCIÓN: La debilidad muscular aguda (DMA) es un síndrome plurietiológico. El Síndrome de Guillian-Barré (SGB) es la causa más importante de parálisis flácida aguda mundialmente. **PRESENTACIÓN DEL CASO:** Se presenta a continuación un paciente de 47 años con antecedentes de sífilis latente tardía tratada el 2018 y tuberculosis tratada. Cursó cuadro de gastroenteritis autolimitado. A los 9 días sufrió caída a nivel, con dolor y debilidad de extremidades inferiores. Evolucionó con aumento de sintomatología, inestabilidad de la marcha, dolor y debilidad progresiva de cuatro extremidades, sin alteración de la sensibilidad ni compromiso de esfínter. Destacaba al examen físico reflejos ausentes en extremidades superiores y disminuidos en inferiores, disminución de fuerza en 4 extremidades mayor a derecha. Se derivó a Urgencias, donde se solicitan exámenes, con parámetros inflamatorios bajos, CK-total normal y VDRL reactivo sin diluir; Tomografía Computarizada de cerebro normal, de columna total sin hallazgos significativos; punción lumbar con proteínas aumentadas, ADA negativo, VDRL no reactivo. Se solicitó electromiografía que informó “Polirradiculoneuropatía motora subaguda activa, sin patrón desmielinizante”. Por cuadro compatible con SGB variante AMAN (polineuropatía axonal aguda), se indicó tratamiento con inmunoglobulina, logrando mejoría progresiva. Actualmente en rehabilitación motora. **DISCUSIÓN:** El SGB es una enfermedad de etiología disinmune, generalmente provocada por una infección previa. Particularmente, la variante AMAN es causada por reacciones inmunes contra epítopos en la membrana axonal. Tiene una incidencia mundial entre 0,6-4/100.000 anual. El SGB se observa en cualquier rango etario, más frecuente en hombres. Clínicamente inicia con debilidad en extremidades inferiores, dolor y parestesias, con afectación proximal y distal. Es una enfermedad autolimitada que progresa en 2-3 semanas, presentando su máxima gravedad a los 9 días, ocasionando falla respiratoria en el 33%. El síndrome DMA es una entidad que abarca un gran número de patologías. Se requiere una correcta evaluación para lograr un diagnóstico certero.

PSORIASIS GUTTATA EN ADULTO, A PROPÓSITO DE UN CASO

Javiera Sosa Benz (1), Constanza Payeras Gonzalez (1), Diego Bijit Abde (1) Royra Zerpa Brizuela (2)
(1) Médico EDF CESFAM Dr Carlos Lorca El Bosque, (2) Médico APS CESFAM Dr Carlos Lorca El Bosque

INTRODUCCIÓN: La psoriasis es una enfermedad crónica y recurrente caracterizada por placas y pápulas eritematosas bien delimitadas. Existen varias formas descritas: en placas, guttata, eritrodermia y la forma pustular, siendo la primera la más frecuente en el 95% de los casos. El diagnóstico es clínico. A continuación, se presenta un caso clínico de psoriasis guttata y su tratamiento en atención primaria (APS)**. Caso clínico:** Mujer de 29 años sin antecedentes mórbidos consultó por lesiones cutáneas progresivas y pruriginosas de al menos 7 días de evolución que iniciaron en pliegues cubitales y se extendieron a cuello, tórax, espalda, extremidades superiores (EESS) e inferiores (EEII). Refirió cuadro de mialgias una semana previa al inicio de síntomas. Sin antecedente de consumo medicamentos ni drogas, fiebre ni contacto. Al examen físico de piel destaca pápulas eritematosas bien definidas con superficie decamativa en cuello, tronco, abdomen, EESS y EEII y placas confluentes eritematosas de bordes definidos y superficie decamativa en ambas fosas iliacas; resto examen físico normal. **DISCUSIÓN:** La psoriasis guttata es una patología poco frecuente en adultos. Tiene un inicio brusco que en general aparece luego de una infección estreptocócica de vías respiratorias altas. Es una erupción de pequeñas pápulas eritematodescamativas, de 2-10 mm, de distribución generalizada afectando tronco y extremidades. El brote persiste 3-4 meses y remite espontáneamente. Es una forma de buen pronóstico, aunque a veces puede haber recidivas. El tratamiento puede ser tópico o sistémico. El tópico incluye corticoides, antralina, calipotriol, talcitol y el sistémico fototerapia, antibióticos y retinodes. En el caso previamente presentado dado los recursos disponibles se realizó un tratamiento de corticoides tópicos y antibióticos por 10 días evolucionando con remisión de las lesiones. **CONCLUSIÓN:** Existen variadas patologías dermatológicas poco frecuentes que con una historia clínica y examen físico detallado además de conocimiento de lesiones elementales se les puede dar solución en APS.

Bibliografia

1) Feldman S. (2012). Clinical manifestations, and diagnosis of psoriasis. UpToDate.

USO DE ÁCIDO ACETILSALICÍLICO Y ESTATINAS: PREVENCIÓN SECUNDARIA DE INFARTO AGUDO AL MIOCARDIO Y ACCIDENTE CEREBROVASCULAR ISQUÉMICO EN CENTRO SALUD FAMILIAR (CESFAM)

Javiera Sosa Benz (1), Constanza Payeras Gonzalez (1), Diego Bijit Abde (1), Royra Zerpa Brizuela (2)
(1) Médico EDF CESFAM Dr. Carlos Lorca El Bosque, (2) Médico APS CESFAM Dr. Carlos Lorca El Bosque

INTRODUCCIÓN: Las enfermedades cardiovasculares (ECV) son la principal causa de muerte en la población mundial y chilena, además de ser una importante causa de años de vida saludable perdidos (AVISA). Para disminuir su reincidencia se utilizan MÉTODOs farmacológicos como antiagregantes plaquetarios y estatinas. **OBJETIVO:** Evaluar prescripción de antiagregante plaquetario, en este caso de ácido acetilsalicílico, y estatinas a modo de prevención secundaria en pacientes con infarto agudo al miocardio (IAM) y accidente cerebrovascular (ACV) isquémico en controles Cardiovasculares realizados en un CESFAM Dr Carlos Lorca de la comuna El Bosque. **METODOLOGIA:** Se obtuvo una planilla de nombres de pacientes con IAM y/o ACV isquémico del CESFAM Dr Carlos Lorca desde 2016 a 2020 y se revisó en sistema de atención electrónica a 100 pacientes al azar y las recetas prescritas en sus controles cardiovasculares en el último año. RESULTADOS Obtenidos Se obtiene un total de 436 pacientes con diagnóstico de IAM y/o ACV isquémicos registrados en Programa de Salud Cardiovascular de este CESFAM. De los 100 pacientes seleccionados al azar a 70 se les prescribió ácido acetilsalicílico, 73 estatina y 56 ambas. **DISCUSIÓN:** El resultado muestra que el 56% de los pacientes que padecieron un IAM y/o ACV isquémico cuentan con prevención secundaria farmacológica de ácido acetilsalicílico y estatinas, por lo que sería una buena medida la realización de un protocolo de seguimiento estricto considerando la alta morbimortalidad asociada a estas patologías.

Limitaciones

Se observaron las siguientes limitaciones para una mejor interpretación de los datos obtenidos:

- Pacientes usuarios de ainticoagulantes orales que no tienen indicación de recibir ácido acetilsalicílico a modo de prevención secundaria.
- Pacientes que obtienen medicamentos fuera del CESFAM y, por lo tanto, no existe registro de recetas de dichos medicamentos.
- Pacientes con contraindicación al uso de AAS y/o estatinas.

Bibliografia

Guía Clínica AUGE Accidente Cerebro Vascular Isquémico en persona de 15 años y más. Chile, MINSAL, 2013; 130p.
Guía Clínica Infarto Agudo del Miocardio con Supradesnivle del Segmento ST. Chile, MINSAL, 2010; 44p.

INCIDENCIA DE REACCIONES ADVERSAS A LA VACUNACIÓN CONTRA COVID-19 EN FUNCIONARIOS DE SALUD, PERTENECIENTES AL CENTRO DE SALUD FAMILIAR (CESFAM) CORDILLERA ANDINA.

Javier Soto Pizarro, Francisca Rosso Miranda, Eduardo Felipe Baima Soto
Médicos EDF CESFAM Cordillera Andina.

INTRODUCCIÓN y OBJETIVOS: La actual pandemia de COVID-19 causada por el síndrome respiratorio agudo severo coronavirus 2 (SARS-CoV-2), ha provocado una alta morbilidad y mortalidad en todo el mundo. La premura en la producción de la vacuna podría ser un factor positivo para lograr disminuir la mortalidad en el corto plazo, sin embargo, aún existe reticencia con respecto a la rapidez en que se elaboraron las mismas. La vacilación ante las vacunas ha sido definida como la renuencia o negativa a vacunarse a pesar de la disponibilidad de las vacunas, lo cual limita su aceptación y hace insuficiente el porcentaje de la población a ser inmunizado. El presente artículo tiene como OBJETIVO describir la incidencia de efectos adversos de la vacuna CoronaVac en funcionarios de Salud del CESFAM Cordillera Andina, con la intención de aportar en la evidencia en torno a la seguridad del proceso de vacunación y así incentivar la inmunización en el país. **MATERIAL y MÉTODO**: La METODOLOGIA será un estudio analítico, de corte transversal retrospectivo, a partir de los reportes de efectos adversos descritos posterior a la vacunación contra COVID-19, en funcionarios de Salud del CESFAM Cordillera Andina. Estos reportes fueron de carácter voluntario, en 3 instancias: 30 min, 24 horas y 48 horas posterior a la vacunación, tanto para la primera como segunda dosis de la vacuna CoronaVac. Además, el reporte de los síntomas fue divido en dos grupos: síntomas locales en el sitio de punción y síntomas sistémicos. **RESULTADOS y CONCLUSIONES**: Se recopilaron un total de 297 reportes de síntomas, con un promedio de 66% de ausencia de síntomas locales y un 70% de ausencia de síntomas sistémicos. Destaca que un 90% de los funcionarios no reportó síntomas locales a las 48 horas posterior a la segunda dosis y un 91% no reportó síntomas adversos sistémicos en los primeros 30 minutos posterior a la primera dosis. El síntoma adverso mayormente reportado a nivel local fue el dolor en el sitio de punción, alcanzado su máximo porcentaje a las 24 horas posterior a la segunda dosis (42%).
A nivel sistémico, la cefalea fue el síntoma mas reportado, alcanzado su peak a las 48 horas posterior a la segunda dosis (18%). Cabe destacar que no se reportó ninguna reacción anafiláctica en los funcionarios del establecimiento. **DISCUSIÓN o COMENTARIOS**: El análisis de los efectos adversos auto reportados en los funcionarios de Salud posterior a la vacuna CoronaVac, muestra incidencias esperables, sin reacciones severas al proceso de vacunación. Se espera que esta evidencia pueda incentivar el proceso de vacunación en nuestro país, en medio de la crisis sanitaria actual.

PERFIL DEL PACIENTE QUE INGRESA AL PROGRAMA ALCOHOL Y DROGAS EN EL CESFAM CORDILLERA ANDINA, DURANTE EL AÑO 2020.

Javier Soto Pizarro, Francisca Rosso Miranda, Felipe Jara Aniñir
Médicos EDF CESFAM Cordillera Andina

INTRODUCCIÓN y OBJETIVOS: El consumo de alcohol y otras drogas es una realidad cada vez más preocupante en la población chilena, con los riesgos y costos personales, sociales, familiares y laborales que conlleva. La problemática del consumo de alcohol y drogas puede abordarse desde distintas aristas, analizando sus implicancias laborales, económicas, según rango etario, género y por tipo de sustancia (alcohol, marihuana y cocaína). Con este análisis se puede realizar una aproximación a las características epidemiologias que comparte esta población, para la implementación de estrategias de prevención en la atención primaria. El presente artículo tiene como OBJETIVO realizar una aproximación a las características epidemiológicas (edad, sexo, sector de inscripción, diagnóstico y fecha de ingreso) de los pacientes que ingresan al Programa de Alcohol y Drogas en el Centro de Salud Familiar (CESFAM) Cordillera Andina, además de comparar esta información con la bibliografía nacional e internacional. **MATERIAL y MÉTODO**: La METODOLOGIA será un estudio analítico, de corte transversal retrospectivo, a partir de una base de datos anonimizada de atenciones médicas realizadas en el año 2020 entregadas por el Servicio de Orientación Medico Estadístico (SOME), del CESFAM Cordillera Andina, en la ciudad de Los Andes. **RESULTADOS y CONCLUSIONES**: Se recopilaron un total de 89 registros de ingreso al programa de Alcohol y Drogas, con una distribución según sexo de 59 (66%) y 30 (34%) para hombres y mujeres, respectivamente. Respecto la distribución por edad, la mayor cantidad de pacientes corresponde al rango etario entre 30 y 59 años, representando el 53% del total. Sobre los diagnósticos de ingreso, un 39% corresponde a consumo problemático de alcohol, 36% a consumo de múltiples drogas psicoactivas y un 13% a consumo de cannabinoides. **DISCUSIÓN o COMENTARIOS**: Los RESULTADOS obtenidos evidencian el predominio en el consumo problemático de alcohol como la droga de mayor consumo, así como también la alta prevalencia en población adulta y género masculino. En los datos recopilados, destaca el diagnóstico de poli consumo de sustancias, sin embargo, en el presente estudio no fue posible conocer el tipo de drogas que consumía este grupo, siendo probable que el consumo de pasta base tenga una importante prevalencia, acorde a la bibliografía nacional disponible.
Con la información conseguida, es posible enfocar los esfuerzos en promoción dentro de los rangos etarios de jóvenes y adultos, enfatizando en el consumo de alcohol y múltiples sustancias. Es importante, por otro lado, obtener un mejor registro clínico para precisar qué sustancias son las más utilizadas en policonsumidores, indagando en específico si se trata de pasta base, cocaína, estimulantes y otras drogas emergentes, para enfocar en aquello los esfuerzos sanitarios.

HEMATOMA INTRAMURAL DE LA AORTA TORÁCICA, REPORTE DE UN CASO.

Paula Soto Carrera (1), Juan Bascuñán Lagos (2), Camila Castillo Peña (1)
(1) Médico EDF, Hospital Intercultural de Nueva Imperial, (2) Médico EDF, CECOSF El Alto de Nueva Imperial

INTRODUCCIÓN: El síndrome aórtico agudo (SAA) es parte de los cuadros de riesgo vital que se abordan en pacientes con cuadro de dolor torácico, dentro de ellos se encuentra el Hematoma Intramural de la Aorta, que afecta entre 5 a 25% de los casos de SAA, alcanzando una mortalidad cercana al 25%, según la localización. A continuación, se presenta un caso de paciente evaluado en servicio de urgencia del Hospital Intercultural de Nueva Imperial (mediana complejidad). **PRESENTACIÓN DEL CASO:** Hombre de 83 años, autovalente, rural, con antecedentes médicos de HTA, artrosis e hipoacusia leve, consulta en SUA por cuadro de 3 horas de evolución caracterizado por palpitaciones y dorsalgia tipo puntada interescapular, de intensidad leve, no irradiado, sin otros síntomas asociados. Ingresó bradicárdico hasta 40x, hipertenso 199/88, al examen físico segmentario destaca bien perfundido, yugulares planas, ritmo regular en 2 tiempos, soplo sistólico 2/6 en foco aórtico, resto sin hallazgos relevantes. Se solicitó electrocardiograma en donde se evidencia bloqueo completo de rama izquierda, hemibloqueo izquierdo anterior y bloqueo AV tipo Mobitz I. En los exámenes de laboratorio destaca curva de troponinas al alza: 35, 34 y 45 (Intervalo de referencia: 0 - 14 ng/L) y dímero D 1.250 ug/ml (Intervalo de referencia ≤ 0.5 ug/ml). Considerando cuadro clínico se realizó estudio dirigido por sospecha de síndrome aórtico agudo con AngioTAC de tórax, el cual informa hallazgos compatibles con un hematoma intramural de la aorta torácica que se extiende desde el cayado aórtico hasta el tercio distal del segmento descendente con algunos cambios inflamatorios del tejido adiposo mediastínico en su periferia con algunas colecciones laminares de líquido. No hay evidencia de flaps de disección. Cardiomegalia. Se presentó caso a residente de UPC de nuestro centro y residente UCI cardiológica en centro de referencia quienes sugieren manejo estricto de presión arterial con drogas vasoactivas (nitroprusiato), en unidad de tratamiento intermedio, por lo que se derivó a centro de referencia para continuar manejo. **DISCUSIÓN Y COMENTARIOS:** Considerando la prevalencia e incidencia relativamente baja de SAA, requiere un alto nivel de sospecha clínica, sobre todo considerando la alta morbimortalidad asociada. En este caso particular el compromiso hemodinámico más que los síntomas reportados por el paciente, quien luego de las intervenciones iniciales se mantuvo asintomático durante el período de observación en el servicio de urgencia permitieron aumentar la sospecha diagnóstica y realizar estudio pertinente. Es importante considerarlo dentro de los diagnósticos diferenciales de dolor torácico, sobre todo en aquellos que no son típicamente coronarios, y en donde las características particulares del paciente como la edad y los antecedentes son compatibles.

CARACTERIZACION DE DERIVACIONES A UNIDAD DE OFTALMOLOGÍA DESDE CESFAM PUAUCHO DESDE MARZO 2020 A MARZO 2021: ESTUDIO DESCRIPTIVO

Felipe Eduardo Soza Schwencke (1), Camila Ignacia Urra Aguilar (2), Jose Miguel Ramirez Salinas (1)
(1) Médico EDF CESFAM Puaucho, (2) Médico EDF Hospital de Rio Negro

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS: Las enfermedades oculares constituyen un importante motivo de consulta en la atención primaria de salud (APS), motivo por el cual el médico de APS debe estar capacitado para poder realizar un correcto diagnóstico y un manejo clínico inicial, así como, conocer los criterios de derivación hacia nivel secundario. Se busca conocer el número y las características clínicas y demográficas de la población que requirió una derivación y consulta por parte de la especialidad de oftalmología desde el CESFAM Puaucho en la comuna de San Juan de la Costa. **MATERIAL Y MÉTODO**: Se realizó un estudio retrospectivo durante 12 meses (01/03/2020 – 01/03/2021) de una cohorte de pacientes de todas las edades y diagnósticos que hubiesen sido derivados a la unidad de oftalmología del Hospital Base San José de Osorno (HBSJO) con datos obtenidos a través de plataforma RAYEN. **RESULTADOS**: En el periodo considerado se solicitaron 35 interconsultas a la unidad de oftalmología del HBSJO, de estas un 91,4 % correspondían a patologías GES, un 60 % correspondían a pacientes de sexo femenino y un 40 % a pacientes de sexo masculino; el rango de edad de los pacientes derivados iba entre los 6 y los 94 años. La media de edad fue de 72.2 años, con una mediana de 74 años. Los motivos de derivación fueron bastante homogéneos, donde los mas frecuentes resultaron ser: trastorno de refracción y cataratas con un 60 % y un 22% de las derivaciones respectivamente. **DISCUSION**: A la vista de los RESULTADOS, destaca la avanzada edad de la población comprendida en el estudio, situando la media de edad en torno a los 70 años. Además, resulta llamativo que sobre el 90 % de las derivaciones correspondían a patologías GES. Dicho resultado se explica en el contexto del programa de resolutividad local adoptado por el Servicio de Salud Osorno, con la creación de las unidades de atención primaria oftalmológica (UAPO), las cuales se encargan de atender aquellas patologías no urgentes y en las que no existen garantías GES.
Si bien se ha avanzado enormemente con la implementación de estas unidades, resulta llamativo que sea la población mas añosa, la que no pueda acceder al beneficio de resolver una consulta oftalmológica en su comuna, debiendo centralizar esto a nivel secundario, debido a que no se logran cumplir con los tiempos de acceso a la atención en APS. Existe aún un punto importante para subsanar en el futuro, en relación con la atención de nuestros adultos mayores.

CONSUMO DE SUSTANCIAS EN POBLACIÓN ADOLESCENTE DE UNA LOCALIDAD AISLADA DEL SUR DE CHILE: PUERTO CISNES

Nahuel Staub Ramos, Luis González Lemus, Canela Quercia Sota
Médicos EDF Hospital Dr. Jorge Ibar Bruce de Puerto Cisnes.

INTRODUCCIÓN: La población adolescente fue definida como prioritaria de recepción de atención de salud por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) en el período 2011-2030, en particular la promoción de salud. El consumo de sustancias en adolescentes representa un importante problema de salud que puede producir alteraciones del crecimiento y DESARROLLO y tendencia a conductas de riesgo, entre otros. En Chile, las sustancias más consumidas son alcohol, tabaco y marihuana. La prevalencia del consumo de alcohol es de un 31,1%, tabaco 33,9% y marihuana 5,3% para el año 2009. Se caracterizó la población adolescente de la localidad de Puerto Cisnes para determinar prevalencia de consumo de sustancias y su tipo. **OBJETIVOS:** Evaluar prevalencia de consumo de alcohol, tabaco y marihuana en población adolescente de Puerto Cisnes entre marzo 2016 y julio 2019. **MATERIAL y MÉTODO:** Se efectuó la revisión de fichas clínicas de 114 adolescentes pertenecientes a la población bajo control del Hospital Dr. Jorge Ibar de Puerto Cisnes, entre marzo 2016 y julio 2019. Se registraron edad, sexo y consumo del último año de alcohol, tabaco y marihuana. Se realizó un análisis descriptivo de los datos. **RESULTADOS y CONCLUSIONES:** Se obtuvo una muestra de 114 adolescentes. Edad promedio 13,65 años; 58,77% sexo femenino. Del total, 49 adolescencia temprana (42,9%), 56 media (49%), 9 tardía (7,89%). De la muestra, un 14% refirió consumo de alcohol los últimos 12 meses (7,89% mujeres, 3,5% hombres), 13% tabaco (8,77% mujeres, 3,5% hombres), 7% marihuana (2,63% mujeres, 3,5% hombres). CONCLUSIÓN: La prevalencia de consumo de alcohol y tabaco en la población adolescente caracterizada de Puerto Cisnes es menor que la prevalencia descrita a nivel nacional. La prevalencia de consumo de marihuana es mayor. **DISCUSIÓN y COMENTARIOS:** La prevalencia del consumo de sustancias en la población caracterizada puede ser menor que lo descrito a nivel nacional dado el acceso más restringido a éstas, la mayor supervisión parental por menor disponibilidad de espacios de esparcimiento nocturnos (pubs, discos) y la promoción de salud realizada por el hospital local, con talleres sobre la temática de consumo en el periodo de tiempo estudiado, entre otros.

DIABETES MELLITUS Y CETOACIDOSIS DIABETICA COMO PRIMERA MANIFESTACION EN CANCER DE PANCREAS, A PROPOSITO DE UN CASO.

Dafner Stenger Reyes, Daniela Montecinos Luz, Sebastian Troncoso Sanchez
Médicos Cirujanos Hospital de San Vicente de Tagua Tagua

INTRODUCCION: El páncreas es una glándula mixta con actividad exocrina y función endocrina. Esta ultima es representada por el 2% de la población celular pancreática, estando distribuidas por todo el parenquima. Con la presencia de glucosa, el páncreas es el encargado de liberar insulina para que actúe sobre diversos organos, siendo el principal participe en el metabolismo de la glucosa y en la fisiopatologia de la diabetes mellitus. Se ha demostrado un relación entre Diabetes mellitus (DM) y enfermedades del páncreas. Un paciente diabetico tiene mayor riesgo de pancreatitis aguda y crónica, asi como de Cancer de pancreas (CP). Ademas la pancreatitis y neoplasias pancreaticas pueden tener diabetes mellitus secundaria.
DM y CP comparten muchos factores de riesgo, como la obesidad y el síndrome metabólico. Es difícil determinar si se trata solo de un factor de riesgo del paciente diabetico a padecer CP o si se debe considerar la diabetes y sus complicaciones agudas como manifestacion temprana del tumor. **CASO CLINICO:** Paciente masculino de 72 años, sin antecedentes morbidos conocidos, consulta en servicio de urgencia por cuadro de dolor abdominal, compromiso del estado general y vomitos, de 1 semana de evolucion, asociado a historia de baja de peso de 6 kilos en 3 meses. Al ingreso se pesquiza glicemia capilar Hi. Dentro del examen fisico de observa ictericia de escleras, con mucosas secas y dolor a la palpacion abdominal generalizada. Gasometria venosa destaca acidosis metabolica con Anion GAP aumentado, Electrolitos plasmaticos sin alteraciones, Glicemia de 786 mg/dL, Cetonas en orina postivas y alteracion pruebas hepaticas con elevacion de bilirrubina y patron colestasico. Se inicia tratamiento de cuadro de cetoacidosis diabetica (CAD) con hidratacion e infusion de insulina.
Se traslada paciente a hospital de mayor complejidad donde se realiza TAC de abdomen que infoma hallazgo de lesion hipodensa en cabeza de pancreas con compromiso de via biliar extrahepatica. Signos sugerentes de neoplasia.
DISCUSIÓN: El CP se caraceteriza por su mal pronostico. Dentro de sus factores de baja supervivicencia, su diagnostico tardio se considera el de mayor importantancia, ya que la mayoria de los paciente se encuentran asintomaticos hasta etapas avanzadas. Existen varias hipótesis sobre cómo el CP podría causar DM, incluyendo la destrucción progresiva del tejido pancreático debido a la invasion tumoral y las consecuencias metabólicas de la desnutrición secundaria al cáncer.
La teoria que ha cobrado mayor reconocomiento, describe un factor humoral, ya que la DM que se asocia al cáncer de páncreas se caracteriza por hiperinsulinemia, secreción inadecuada de insulina y resistencia periférica a la misma.
CONCLUSION: Si bien la diabetes de larga duración es considerada un factor etiológico para padecer cáncer de páncreas; la diabetes de nuevo comienzo o complicaciones agudas de diabetes con buen control previo, se considera una manifestación de la enfermedad. Por lo que parece ser un marcador útil para el diagnóstico temprano de CP.

SINDROME RIÑON PULMON, APROPOSITO DE UN CASO

Dafner Stenger Reyes, Daniela Montecinos Luz, Carolina Vargas Orellana
Médicos Cirujanos Hospital de San Vicente de Tagua Tagua

INTRODUCCION: El síndrome riñón pulmón (SRP) se define como un cuadro clínico compuesto por hemorragia alveolar (HA), acompañada de glomerulonefritis rápidamente progresiva (GNRP). Las vasculitis primarias asociadas a anticuerpos anti citoplasma de neutrófilos (ANCA) y la enfermedad por anticuerpo anti membrana basal glomerular (Ac-AMBG) son las etiologías más comunes. Existiendo otras causas como enfermedades autoinmunes sistémicas o asociadas a drogas.
Para el diagnostico se requieren niveles de anticuerpos positivos en plasma, radiografía o tomografía de tórax y estudio de sedimento urinario. Si bien el estudio histológico es necesario para su diagnostico certero, no siempre es posible su realización, ya sea por la clínica del paciente o por disponibilidad de recursos. La presentación clínica pulmonar es generalmente aguda o subaguda. Existen casos poco frecuentes de curso crónico con más de un año de evolución. El diagnostico precoz y el adecuado tratamiento mejoran la función renal y disminuyen la mortalidad. **CASO CLINICO:** Paciente femenina de 65 años con antecedentes de enfermedad renal crónica de reciente diagnostico, con estudio inmunológico que determina anticuerpos ANCA P positivos, en control con medicina interna. Consulta en servicio de urgencias por cuadro de tos, disnea y Hemoptisis de 2 días de evolución. Ingresa estable hemodinamicamente, laboratorio destaca creatinina de 7.19 mg/dl (3,2 mg/dl hace 3 meses), sedimento urinario con proteinuria 100mg/dl y hematuria microscópica, anemia severa con Hb 5,9 mg/dl y Hto 17,7. Se realiza transfusión de 2U de glóbulos rojos. Radiografía de tórax muestra infiltrado intersticial bilateral tipo algodonoso sugerente de hemorragia alveolar. Se traslada paciente a centro de mayor complejidad por sospecha de síndrome riñón pulmón, secundario a vasculitis de pequeños vasos. **DISCUSIÓN:** El SRP es generalmente secundario a un trastorno autoinmune subyacente. Las etiologías más frecuentes corresponden a las vasculitis sistémicas primarias asociadas a ANCA (60-70% de los casos de SRP). Las vasculitis son definidas como inflamación de los vasos sanguíneos, siendo las de vaso pequeño, las mayormente involucradas en los casos de SRP. La hemoptisis es la manifestación clínica más común, presentándose en el 65% al 70% de los casos. La presencia de infiltrados pulmonares bilaterales y difusos con anemia aguda, sugiere fuertemente el diagnostico de HA. En la patogenia de la anemia interviene la HA aguda, un estado inflamatorio sistémico, ferropenia en casos crónicos y la insuficiencia renal cuando está presente. El diagnostico de GNRP requiere un sedimento de orina alterado con presencia de hematuria glomerular (glóbulos rojos dismórficos, cilindros hemáticos) y/o proteinuria, asociado a deterioro brusco de función renal. El SPR es un desorden de mal pronostico y en algunos pacientes puede existir un rápido deterioro clínico. La mortalidad según su etiología oscila entre 25 y 70%. El tratamiento incluye terapia con altas dosis de corticoides endovenosos asociada a un inmunosupresor y tiene como OBJETIVO disminuir la mortalidad aguda por HA, junto con evitar el mayor deterioro de la función renal. El reconocimiento temprano de la clínica, incluso antes de los RESULTADOS anatomopatológicos, permite iniciar un tratamiento precoz, reduciendo su elevada morbimortalidad.

TIEMPO AL TIEMPO, REPORTE DE UN CASO DE PÚRPURA DE SCHÖNLEIN-HENOCH.

Valeria Tampe Palma (1), Tomás Pérez-Luco Alarcón (1), Diego Ahumada Pérez (1), Clemente Molina Rillon (2), Javiera San Martin Giménez (2)
(1) Médicos EDF Hospital de Frutillar, (2) Médicos Hospital de Frutillar.

INTRODUCCIÓN: El dolor abdominal es un síntoma frecuente en la consulta pediátrica de urgencia. Para su diagnóstico hay que considerar que hay cuadros de resolución quirúrgica, u otros de manejo médico, dentro de los que encontramos el púrpura de Schönlein-Henoch. **OBJETIVO:** Dar a conocer la presentación habitual de un caso de púrpura de Schönlein-Henoch como diagnóstico diferencial poco frecuente de dolor abdominal en pacientes pediátricos. **Caso Clínico**: Escolar de 6 años con antecedente de epilepsia en tratamiento con ácido valproico, consulta múltiples ocasiones en servicio de urgencias del Hospital de Frutillar por un día de dolor abdominal moderado en fosa iliaca izquierda, no irradiado, sin fiebre ni otros síntomas asociados. Al examen sin signos de irritación peritoneal, ni lesiones en piel. Se maneja con analgesia con mala respuesta por lo que se deriva hospital de mayor de complejidad. Al laboratorio destaca elevación de parámetros inflamatorios (leucocitosis 29.900/mm3, proteína C reactiva 106 mg/dL), se descarta patología quirúrgica por especialidad y se inicia empíricamente amoxicilina sin un foco precisado. Cuatro días después aparecen lesiones purpúricas palpables en extremidades inferiores sin trombocitopenia, asociado a microhematuria, persistencia de la leucocitosis, anemia (Hemoglobina 10 mg/dL), orina completa con hematíes 2-4 por campo, con lo que se configura el cuadro clásico de púrpura de Schölein-Henoch. Inicia controles con pediatra en Hospital de Frutillar con evolución favorable. **DISCUSIÓN y CONCLUSIONES**: El púrpura de Schnönlein-Henoch es la vasculitis multisistémica más frecuente entre los 3 y 15 años. Se caracteriza por lesiones purpúricas palpables en extremidades inferiores, clásicamente asociado a artralgias/artritis, dolor abdominal y compromiso renal. El diagnóstico es clínico y el pronóstico habitualmente es benigno. Nuestro caso conforma un cuadro típico de una enfermedad poco habitual a considerar en el diagnóstico diferencial del dolor abdominal en niños.

ERITEMA MULTIFORME COMO MANIFESTACIÓN DE COVID-19

Valeria Andrea Tampe Palma (1), Felipe Alcayaga De La Rivera (1), Diego Ahumada Pérez (1), Clemente Molina Rillon (2), Javiera San Martin Giménez (2)
(1) Médicos EDF Hospital de Frutillar, (2) Médicos Hospital de Frutillar.

INTRODUCCIÓN: La enfermedad por coronavirus 2 SARS-CoV-2 se dio a conocer a nivel mundial a finales de 2019, afectando principalmente a nivel de vía respiratoria, con manifestaciones que van desde fiebre, tos, disnea, neumonía hasta distrés respiratorio severo. Sin embargo, múltiples lesiones dermatológicas se han asociado a esta infección. El OBJETIVO de este manuscrito es dar a conocer una presentación poco habitual de enfermedad por SARS-CoV-2. **Caso Clínico**: Paciente sexo femenino de 68 años, sin antecedentes mórbidos, sin uso de fármacos, sin alergias conocidas, consulta en servicio de urgencias del Hospital de Frutillar por cuadro de 48 horas de evolución de placas anulares eritematosas, de extensión centrifuga, con borramiento central progresivo dando tinte más amarillento al centro y un anillo periferico eritemato/equimótico, pruriginosas, de predominio en tronco y extremidades inferiores. Refiere como antecedente haber cursado enfermedad por SARS-CoV-2, donde presentó tos, mialgias, anosmia y ageusia, estos síntomas ceden tres días previos al inicio del exantema. Se solicitan exámenes de laboratorio donde destaca leucocitos 6.900 × 10^9/L, hemoglobina 13.9 g/dL, sin alteración de pruebas hepáticas, LDH: 240, función renal conservada. Biopsia informa vasculitis leucocitoclástica dérmica. Se maneja con corticoides y antihistamínicos con respuesta favorable. **DISCUSIÓN y CONCLUSIONES:** Dentro de las manifestaciones cutáneas secundarias a la infección por SARS-CoV-2, destacan en primer lugar las máculas, placas y pápulas eritematosas, luego urticaria y en tercer lugar pápulo-vesículas. Llama la atención que el 77% de los casos, estas manifestaciones se presentan posterior al cese de los síntomas respiratorios. La ubicación preferente es tronco y extremidades. En la mitad de los casos se asocia a prurito. La presentación del caso clínico se asemeja a lo descrito en la literatura internacional, conformando una presentación poco habitual de enfermedad por SARS-CoV-2.

MEDIASTINITIS AGUDA SECUNDARIA A PERFORACIÓN ESOFAGICA POR ASTILLA OSEA. REPORTE DE UN CASO.

Carolina Tapia Reyes (1), Valentina Reyes Ríos (2), Matías Aguayo Estay (1)
(1) Médica EDF Hospital Puerto Natales, (2) Médica EDF Hospital Quintero.

INTRODUCCIÓN y OBJETIVOs: La mediastinitis aguda se define como la inflamación o la infección del tejido conectivo que rodea a las estructuras mediastínicas. Las causas más frecuentes corresponden a postesternotomía derivada de la cirugía cardíaca. La mediastinitis aguda causada por perforación esofágica es poco frecuente y tiene una gran variedad de presentaciones clínicas, el estudio radiológico es clave para el diagnóstico y el tratamiento quirúrgico precoz determina la supervivencia del paciente. Se presenta caso clínico de paciente con shock séptico secundario a mediastinitis aguda por perforación esofágica producto una astilla ósea de pollo. **MATERIAL y MÉTODO:** Paciente de sexo femenino, de 75 años, traída por personal de SAMU por compromiso del estado general y dificultad respiratoria. Ingresa a servicio de urgencia taquicárdica, hipotensa, taquipneica, con gran apremio respiratorio y signos de mala perfusión. Se solicita radiografía de Tórax portátil y TAC de Tórax que evidencia hidroneumotorax derecho, neumomediastino y enfisema subcutáneo. Se inicia manejo con intubación orotraqueal, antibioticoterapia con Ceftriaxona y Metronidazol y se realiza toracocentesis dando salida a 1000cc de líquido purulento. Ante sospecha diagnostica se decide derivación urgente mediante Aero evacuación a hospital Clínico de Magallanes donde se realiza toracotomía exploradora derecha, mediastinotomia y decorticación pleuropulmonar evidenciándose en el tercio medio de esófago perforación de aproximadamente 7mm de longitud con exposición de astilla ósea. **RESULTADOS y CONCLUSIONES:** La mediastinitis aguda secundaria a perforación esofágica es un diagnostico infrecuente de ver, sin embargo, dada su alta morbi-mortalidad, una sospecha precoz por parte de médicos generales, la instauración de antibióticos de amplio espectro y la derivación temprana para tratamiento quirúrgico se hace imprescindible para la supervivencia del paciente. **DISCUSIÓN o COMENTARIOS:** Recordar enfrentamiento del paciente siguiendo ABC. Considerar diagnósticos diferenciales. Sospecha y tratamiento quirúrgico precoz.

CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN CARDIOVASCULAR EN POSTA DE SALUD RURAL VISVIRI 2021.

Miriam Tapia Gutiérrez, Elizabeth Usnayo Ayca (1), Manuel Budrovich Arrizaga (2)
(1) Médico EDF, Cesfam Iris Veliz H. (2) Médico APS, Cesfam Victor Bertin Soto.

INTRODUCCIÓN: Las enfermedades cardiovasculares representan la primera causa de morbi-mortalidad en el mundo y en Chile (1). Según datos entregados por la encuesta nacional de salud (ENS) 2016-2017, la tasa de prevalencia de HTA es de 27,6%, DM2 12,3%, colesterol total elevado 27,8% y de obesidad 34,4%.
En Chile se han efectuaron algunos estudios donde se ha evidenciado una menor prevalencia de HTA, diabetes, obesidad y dislipidemia en la población Aymara, no obstante, nos parece de sumo interés evidenciar si efectivamente existe esta baja prevalencia en un poblado rural del norte de Chile.
(1) Departamento de Estadística e Información de Salud (DEIS) y MINSAL, Indicadores de Salud Chile 2013.
OBJETIVOS: Caracterizar la población cardiovascular en función de sus edades, prevalencia de HTA, DM2, dislipidemia y su riesgo cardiovascular de la posta rural de Visviri, comuna General Lagos. **MATERIAL Y MÉTODO**: Estudio descriptivo. Se analizaron los datos de los 44 pacientes pertenecientes al programa cardiovascular de la posta de Visviri. Donde se extrajeron los datos de las fichas clínicas y se tabularon en una planilla Excel. **RESULTADOS**: Son 367 inscritos en la posta de los cuales 252 son mayores de 20 años y solo 44 usuarios están inscritos en el programa cardiovascular, conformado por 20 hombres (45%) y 24 mujeres (55%), con un promedio de edad de 67,4 ±13,6 años. El riesgo cardiovascular en la mayoría fue alto en un 66% (29), seguido de intermedio 23% (10) y por último, bajo un 11% (5). Se destaca una prevalencia global de HTA en mayores de 20 años de un 13%, en el caso de DM2 la prevalencia fue 3.6% y de dislipidemia fue del 7.5%.
CONCLUSIÓN: Existe una escasez de estudios en la población Aymara, sin embargo, es importante continuar efectuándolos, dado que esta etnia presenta un comportamiento diferente a la realidad nacional y mundial, esto sería un fundamento para reorientar las metas y los programas cardiovasculares que se establecen a nivel nacional a una realidad más local de los pueblos indígenas. **COMENTARIOS**: Sería de gran interés efectuar investigaciones genéticas en esta población para poder entender el porqué de este inusual comportamiento.

ANÁLISIS DE LOS ESTADOS NUTRICIONALES EN LA POBLACIÓN INFANTIL DE LA POSTA DE VISVIRI

Miriam Tapia Gutiérrez, Elizabeth Usnayo Ayca (1), Manuel Budrovich Arrizaga (2)
(1) Médico EDF, Cesfam Iris Veliz H., (2) Médico APS, Cesfam Victor Bertin Soto.

INTRODUCCIÓN: Chile ha sido capaz de implementar durante el siglo XX diversas medidas que han permitido mejorar la situación nutricional de la población, sin embargo, en los últimos años hemos pasado a otro escenario como país, donde la obesidad infantil ha presentado una alza significativa (1). No obstante, aún persisten problemas de desnutrición en escenarios de extrema pobreza o marginalidad social. Verbigracia de ello es el estado nutricional infantil de la población Aymara donde cuenta con factores tanto económicos como sociales que afectan directamente en el DESARROLLO nutricional infantil de la zona antes dicha. Es por ello que el siguiente análisis viene a reflejar la realidad nutricional infantil de la posta Visviri y los factores que inciden en ella.
(1) Vigilancia del estado nutricional de la población bajo control y de la lactancia materna en el Sistema Público de Salud de Chile. Diciembre 2017
OBJETIVOS: Analizar el perfil nutricional de la población infantil de 0 a 9 años de la posta de Visviri en el año 2020. Comuna General Lagos. **MATERIAL y MÉTODO**: Estudio descriptivo retrospectivo. Donde se revisaron los datos de 73 fichas clínicas del año 2020. Se tabularon y analizaron en Microsoft Excel. **RESULTADOS:** Del análisis de 73 fichas clínicas se obtiene que el 9,6% (7 niños) con riesgo de desnutrición, 67,1% (49 niños) con peso normal, 15,0% (11 niños) con sobrepeso y un 8,2% (6 niños) con obesidad. Donde de acuerdo al sexo corresponde con riesgo de desnutrición el 14,3 % (1) son hombres y el 85,7% (6) son mujeres. Del grupo de los obesos el 16,7% (1) son hombres y el 83,3% (5) son mujeres. **CONCLUSIÓN:** De acuerdo a los datos entregados el 2017 por el ministerio de salud un 34,82% de los niños y niñas menores de 6 años bajo control en el sistema público presentan malnutrición por exceso (obesidad y sobrepeso), sin embargo, esto se aleja completamente de la realidad que presenta el poblado de Visviri, en donde, a través de los datos entregados podemos encontrar un porcentaje significativo de niños con riesgo de desnutrición. Mientras que la obesidad y el sobrepeso no se representan a través de cifras elevadas, contradictoriamente a lo que se presenta en el resto del país. **COMENTARIOS**: Las posibles causas por las que Visviri se alejaría completamente de la realidad nacional es por la situación económica precaria y a su vez demográfica (alejada de las ciudades más urbanizadas). Esto se ve reflejado en la escasa accesibilidad de una mejor calidad alimenticia.

DELIRIUM TREMENS COMO MANIFESTACIÓN GRAVE DE ABSTINENCIA A ALCOHOL, REPORTE DE UN CASO.

Ignacio Téllez Guzmán, Valentina Ulloa Pérez, Pamela Vidal Valdebenito,
Médicos EDF Hospital San José de Maipo

INTRODUCCIÓN: Delirium tremens corresponde a una manifestación grave del síndrome de abstinencia a alcohol (OH). Se presenta generalmente entre los 3 a 5 días posterior a la suspensión y/o disminución de consumo de OH. En su fisiopatología destaca la estimulación simpática, alteraciones adrenocorticales y de glutamato-GABA. Es infrecuente y su identificación precoz es fundamental. **CASO CLÍNICO**: Paciente masculino de 48 años, con antecedentes de poliadicción y epilepsia secundaria a trauma encefálico. Presenta cuadro de 4 días de compromiso de estado general, debilidad muscular, desorientación, 4 episodios convulsivos tónico clónicos y alucinaciones visuales. Había suspendido consumo de sustancias los últimos 2 días, y disminuyó ingesta de OH en última semana. Ingresa a Urgencias taquicárdico hasta 148 lpm, soporoso, siendo derivado a nivel secundario. Ingresa en malas condiciones, con compromiso de conciencia progresivo, deshidratado, sin alteraciones focales neurológicas. En exámenes destaca: Potasio 7.5, Sodio 117, Creatinina 10.68, BUN 141, Calcio 4.7, Fósforo 20, CKT 213.350, GPT 622, GB 29080, PCR 69.6. ECG: “ritmo sinusal, regular, PR 180 ms, QRS 120 ms, T picudas +, QT 420 ms” Se hospitaliza por compromiso de conciencia multifactorial, síndrome de abstinencia grave, insuficiencia renal aguda secundaria a rabdomiólisis. Se inicia corrección de alteraciones electrolíticas, trasladándose a UPC. Se indica diálisis de urgencia, intubación orotraqueal y manejos asociados. Evoluciona con delirium y agitación en contexto de deprivación al momento de extubación, se maneja abstinencia, adicción y epilepsia. Se da de alta en buenas condiciones para rehabilitación. **DISCUSIÓN**: El síndrome de abstinencia a alcohol constituye un espectro de manifestaciones desde síntomas leves a graves como el delirium tremens y episodios convulsivos. La taquicardia, confusión, ilusiones y alucinaciones deben hacernos sospecharlo y tratarlo rápidamente, requiriendo monitorización en unidad de mayor complejidad. Por tanto, el conocimiento de su temporalidad y diagnóstico precoz son esenciales para un manejo oportuno y efectivo.

LEUCEMIA PROMIELOCÍTICA AGUDA, A PROPÓSITO DE UN CASO

Nicolás Thomann Seiltgens (1), Carolina Castro Mardones (2), Eduardo Mundaca Stuardo (1)
(1) Médico EDF, Cesfam Pucón, (2) Médico EDF, Cesfam Curarrehue

INTRODUCCIÓN: La leucemia promielocítica aguda (LPA) es un subtipo de las leucemias mieloides agudas (LMA) caracterizada por proliferación promielocítica. En general, la presentación clínica es pancitopenia, asociado a algún nivel de coagulopatía. Su complicación temprana más importante es la coagulación intravascular diseminada (CID), la que puede ser letal. El 95% se caracterizan por una translocación cromosómica entre 17q21 y 15q22 que crea una fusión proteica, afectando la hematopoyesis y dando el cuadro clínico observado. Con una incidencia de 0.6/1millon de personas año, representa el 5-15% de las LMA en adultos, siendo en Chile el 16%. Su incidencia varía poco por edad, aunque disminuye en edades extremas, la edad media es 40 años. Presenta alta mortalidad sin tratamiento, principalmente por procesos hemorrágicos, en especial CID. Su tratamiento consiste en el trióxido de arsénico (ATO) y el ácido transretinoico (ATRA), gracias a lo cual la sobrevida aumenta a 90% a largo plazo. Sin embargo, la muerte precoz sigue siendo importante, ya que el 29% de las muertes ocurren en los primeros 30 días de evolución, de los cuales el 35% lo hace antes de alcanzar a recibir tratamiento**. PRESENTACIÓN DEL CASO:** Femenina de 11 años sin antecedentes, consulta por tres días de epistaxis y un día de equimosis en brazo derecho, abdomen y extremidades inferiores. Al examen físico destaca palidez de piel y mucosas, dos adenopatías cervicales de 1cm de diámetro aproximadamente, hígado 1cm bajo el reborde costal, equimosis descritas en evolución sin otros hallazgos. Se toma un hemograma donde destaca pancitopenia con Hb en 10.5, leucocitos 3.030, plaquetas en 45.000, en frotis 3 eritroblastos ortocromáticos de 100 leucocitos contados. Se hospitaliza para estudio, se toma mielograma que muestra detención de la maduración en estado promielocítico con granulación anormal y presencia de bastones de Auer se concluye leucemia promielocítica aguda. Se inicia tratamiento con ATO y ATRA En mielograma de control a los dos meses de tratamiento ya en remisión. La paciente deberá continuar su quimioterapia hasta remisión completa y seguimiento. **DISCUSIÓN:** La LPA es una enfermedad de rápida evolución y de rápida mortalidad de no ser diagnosticada oportunamente. Dificulta su diagnóstico lo inespecífico de sus síntomas (astenia, adinamia), siendo algo más evidente la presencia de síntomas y signos hemorrágicos. Requiere alto nivel de sospecha por parte del clínico, siendo fundamental solicitar hemograma, idealmente con frotis. Ante la sospecha de LPA, en particular, y LMA, en general, se debe derivar a centros hospitalarios especializados con servicio de hematología.

DISFORIA DE GÉNERO EN EL ADULTO MAYOR, A PROPÓSITO DE UN CASO.

Constanza Toledo Celis, Victor Alamos Correa, Gustavo Oporto Torres, José Miguel Ortega Fuenzalida
Médicos EDF Cesfam Llay Llay

En términos simples, la disforia de género es una enfermedad caracterizada por el malestar que produce el sentimiento persistente de incongruencia con el genero asignado al nacer. Si bien ahora es más frecuente obtener información respecto al tema, generalmente se asocia como una patología perteneciente a la población adolescente o adultos jóvenes. El presente caso tiene como OBJETIVO mostrar un caso de un adulto mayor con este diagnóstico, al que final se pudo llegar gracias al vinculo terapéutico que este mantuvo con el equipo de salud mental de Atención Primaria.
Se presenta caso de paciente de 73 años, sin antecedentes mórbidos, jubilado, de oficio mecánico; que consulta en atención primaria por Trastorno de Pánico para iniciar tratamiento farmacológico y psicoterapéutico, destaca que paciente solicita explícitamente ser atendido por profesionales de sexo femenino ya que le produce incomodidad ser atendido por hombres. Durante su tratamiento paciente logra manifestar en proceso psicoterapéutico que mantiene ideas repetitivas de ser visualizado como mujer, proceso que ha reprimido toda su vida por presión social y familiar. Este inicia cambios en su vestimenta y solicita que lo llamen por su nombre femenino, sin embargo, sigue manifestando durante controles malestar con su género y que desea realizarse tratamiento hormonal o cirugía. Se intenta derivar a especialidad para esto, pero no existe red de derivación en servicio de salud en estos casos, dado esto paciente decide automedicarse con anticonceptivos orales. A las 2 semanas paciente sufre Trombosis venosa profunda de extremidad inferior izquierda, por lo que debe quedar hospitalizado para iniciar tratamiento anticoagulante. En Chile no existen datos estadísticos claros, y menos en el subgrupo del adulto mayor, pero se estima que habrían mas de 80.000 personas transgénero y en las últimas décadas la prevalencia en todos los rangos etarios ha ido en aumento. El estudio USTS (US Transgender Survey 2015) describe que 39% de la población transgénero sufre grave malestar psicológico (versus 5% de la población general), 9 veces mas riesgo de intentos suicidas y 5 veces mas frecuencia de presentar infección por VIH. El diagnostico de disforia de genero se realiza por profesionales de salud mental con criterios establecidos en el DSM5, haciendo hincapié en la palabra disforia evitando la estigmatización sufrida al clasificarlos como desorden mental. Es importante hacer el diagnostico diferencial con trastorno dismórfico corporal, esquizofrenia y trastorno delirante dado que 20% de episodios psicóticos reportan alucinaciones relacionadas al género. Como podemos ver en este caso, el sistema de salud chileno aun no cuenta con redes coordinadas de derivación para darle atención a estos pacientes y menos aun en subgrupos como en adultos mayores donde se evita tocar estos temas que resultan ser importantes porque afectan su calidad de vida.

HEMATURIA EN CONTEXTO DE TROMBOEMBOLISMO PULMONAR. UNA VISIÓN INTEGRAL DE UN TRATAMIENTO CONTROVERSIAL

Diego Toledo Riquelme (1), Pia Nuñez Apablaza (2), Isa Canessa Muñoz (1)
(1) Médico EDF Hospital Mario Sánchez Vergara, La Calera,
(2) Médico Cirujano Hospital Mario Sánchez Vergara, La Calera.

INTRODUCCIÓN y OBJETIVOS: La hematuria es una afección que varía entre un 2,5 a un 20%. Ante la presencia de macrohematuria (MH) en pacientes masculinos mayores de 40 años se debe descartar patología neoplásica (22,1% en hombres contra 8,3% en mujeres). El cáncer de vejiga (CV) constituye el 9no cáncer más frecuente. El carcinoma de células transicionales (CCT) es el subtipo más frecuente (90-95%) donde el 60 al 70% son no músculo invasor (NMI); lo anterior se traduce en un mejor pronóstico, sin embargo, poseen una alta tasa de recidiva (80% en 20 años).
El tromboembolismo pulmonar (TEP) es una enfermedad con una tasa de mortalidad variable (1% al 15%). El pronóstico y manejo dependen de la hemodinamia (HD), compromiso sistémico (Ej. PESI score) y riesgo de sangrado. Este último se define según contraindicaciones (CI) absolutas (Ej.: sangrado activo) y relativas. El manejo de primera línea es con anticoagulantes (AC), sin embargo, en ciertos casos es posible considerar la fibrinólisis (FL), tromboendarterectomía quirúrgica (TEQ), entre otros. La presente revisión tiene como OBJETIVO evaluar el manejo al enfrentar un paciente con diagnóstico de TEP con CI absoluta de tratamiento convencional por sangrado activo en contexto de hematuria. **MATERIAL y MÉTODO:** Presentación de caso clínico y revisión bibliográfica. **CASO CLÍNICO**: Paciente de 83 años con antecedente de tabaquismo suspendido, ACV secuelado (dismovilizado severo) y cáncer vesical previo (CCT bajo grado NMI) 3 años previo a consulta. Ingresa a urgencias por hematuria macroscópica asociado a anemia severa (Hb: 5,3 g/dl). Se realiza transfusión de glóbulos rojos y se maneja con irrigación por sonda 3 lúmenes. Al 5to día de hospitalización cursa con taquicardia, taquipnea y requerimiento de oxígeno. Se realiza AngioTAC que informa TEP segmentario hacia lóbulo superior derecho y subsegmentario bilateral. **RESULTADOS y CONCLUSIONES:** Paciente evoluciona con HE estable; PESI score 153 (riesgo clínico alto) con alto riesgo de sangrado (hematuria activa + RIETE score 8). Por comorbilidades y contexto de paciente (ECOG 4) se decide realizar manejo proporcional. Ingresa a pabellón, se realiza cistoscopia evidenciando infiltración tumoral con sangrado activo. Se realiza resección transuretral (RTU) con resolución de hematuria. Se difiere anticoagulación realizando manejo paliativo. El manejo de TEP en presencia de CI absolutas para tratamiento AC debe ser evaluado caso a caso no existiendo un protocolo definido para cada paciente. **DISCUSIÓN o COMENTARIOS:** El manejo del TEP se vuelve controversial en contexto de sangrado activo. Es necesario establecer variables de riesgo/beneficio y determinar la mejor alternativa terapéutica. Pacientes con alto riesgo clínico (PESI score elevado) y alto riesgo de sangrado y/o CI absoluta de AC debiese considerarse manejo con FL local o TEQ. Estas técnicas no están exentas de riesgos y son de difícil acceso, por lo que es importante siempre realizar una evaluación integral de cada paciente.

SÍNDROME HEPATO-PULMONAR PESQUISADO EN HOSPITAL DE BAJA COMPLEJIDAD, A PROPÓSITO DE UN CASO

Diego Toledo Riquelme (1), Isa Canessa Muñoz (1), Daniela Belén Díaz Moreno (2)
(1) Médico cirujano EDF Hospital Mario Sánchez Vergara, La Calera,
(2) Médico Cirujano, Hospital Clínico Regional Guillermo Grant Benavente

INTRODUCCIÓN y OBJETIVOS: El síndrome hepatopulmonar (SHP) es un trastorno producido por un defecto de la oxigenación arterial en contexto de patología hepática avanzada y/o hipertensión portal. Su prevalencia en pacientes con daño hepático crónico (DHC) varía entre un 4 a 47% (media de 15%) siendo una complicación sub-diagnosticada. Se produce por cambios de la circulación pulmonar asociados a shunts arterio-venosos en contexto de alteraciones funcionales y estructurales del parénquima hepático. El diagnóstico se realiza con ecocardiograma con test de burbujas (EB) (presencia de contraste en aurícula izquierda luego del 3-6to latido), asociado a una gradiente alveolo-arterial aumentada (PA-aO2) > 15 mm Hg. Posee una progresión de hipoxemia anual de 5 mmHg aproximado, razón por la cual tiene una alta tasa de mortalidad (40 – 60%). El tratamiento definitivo es el transplante hepático (TH). La presente revisión tiene como OBJETIVO considerar el SHP en pacientes con daño hepático crónico en contexto clínico de hipoxemia sin causa explicable. **MATERIAL y MÉTODO:** Exposición de caso clínico con revisión bibliográfica. **Caso clínico:** Paciente 54 años, con antecedente de dislipidemia, consulta urgencias por desorientación, distención abdominal y disnea de esfuerzo. Al examen saturación 91%, taquipnea 22 rpm, ictericia, ascitis y agitación psicomotora. Exámenes destaca perfil hepático y gasometría alterada (Bt: 2,9 mg/dl, Bd: 0.8 mg/dl, FA: 371 U/L, GOT/GPT: 103/98 U/L, GGT: 71 U/L / pH: 7,48 pO2: 71 mmHg, pCO2: 18,4 mmHg, HCO3: 18.2 mmol/L). Estudio de líquido ascítico y radiografía de tórax normal, se hospitaliza para estudio. **RESULTADOS y CONCLUSIONES:** Ecotomografía abdominal informa signos de DHC asociados a esteatosis difusa de alto grado. Se realiza diagnóstico de DHC descompensado por esteatosis hepática (NASH). Durante hospitalización cursa con insuficiencia respiratoria (IR) persistente; Exámenes bioquímicos y estudio tomografico sin alteraciones. Se solicita EB con resultado POSITIVO. Ante esto se constata SHP por lo que se deriva a centro de mayor complejidad donde se gestiona lista de espera para TH. El SHP es una complicación infrecuente en pacientes con DHC y debe ser considerado al no haber causa pesquisable en pacientes con IR persistente. El diagnóstico se puede realizar con EB, siendo este un procedimiento accesible y de bajo costo. **DISCUSIÓN o COMENTARIOS:** El DHC se presenta en un 2,8% de la población en Chile siendo el NASH la causa más frecuente. La etapa final se traduce en cirrosis hepática cuyas complicaciones son variadas, siendo el SHP una de las más sub-diagnosticadas y con peor pronóstico. El diagnóstico es sencillo, sin embargo, el manejo definitivo (TR) resulta difícil tanto por la complejidad del procedimiento y el difícil acceso a la prestación.

MIELOPATÍA ISQUÉMICA: PRESENTACIÓN DE CASO.

Marcela Toloza González (1), Carla Bastías Miranda (2), Susana Becker Troncoso (3)
(1) Médica EDF Hospital de Coelemu, (2) Médica EDF CESFAM Manuel Ferreira Guzmán,
(3) Médica EDF CESFAM Pudeto Bajo

INTRODUCCIÓN: El infarto espinal es una patología poco frecuente, producida por diferentes etiologías que constituyen un importante desafío diagnóstico. Se manifiesta por dolor lumbar de inicio súbito en la distribución del segmento afectado, seguido de parálisis fláccida bilateral. **OBJETIVO:** Presentar y documentar a través de un caso clínico, una entidad poco frecuente, que permite considerarla como diagnóstico diferencial frente a un dolor de inicio súbito en un paciente con factores de riesgo. **Caso clínico:** Paciente de sexo masculino, 50 años, sin antecedentes mórbidos, consulta al Servicio de Urgencia por precordalgia de inicio súbito EVA 9/10, irradiado a mandíbula, se confirma Sindrome Coronario Agudo, con coronariografía que muestra ADA con 100% oclusión distal, se realiza angioplastia, sin STENT y se deja manejo médico. Nueve días después, evoluciona con lumbalgia aguda, paraplejia, ROT ausentes y pérdida de la sensibilidad, junto a ausencia del control de esfínter. Se realiza TAC lumbosacro que muestra raquiostenosis severa de L4-L5 y estenosis foraminales bilaterales de L1 a L5. Se realiza RM que muestra foco de edema y realce de cordón espinal D1-D2 mayor derecho con realce nodular central, compatible con Infarto Medular, realizándose el diagnóstico y comenzando con rehabilitación precoz, con mejoría clínica importante. **DISCUSIÓN**: Dentro de la etiología de infarto medular las causas más frecuentes son los trastornos hemodinámicos y fenómenos embólicos, muy frecuentemente post- quirúrgicos, en este caso clínico, así como en muchos otros casos no queda clara la etiología y no puede ser confirmada como una complicación post- angioplastía por lo tardío de su presentación, pero adquiere relevancia diagnosticar y así rehabilitar de forma precoz para lograr la mejoría clínica. **CONCLUSIONES:** A pesar de ser una patología muy poco frecuente y de muy mal pronóstico es indispensable considerarla un diagnóstico diferencial para comenzar la rehabilitación de forma precoz.

INFARTO AGUDO AL MIOCARDIO TIPO II, A PROPOSITO DE UN CASO

Daniel Toro Maldonado, Verónica Salazar San Martín, Paz Drago Barahona, Fernanda Maturana Valenzuela
Médicos EDF Hospital San Pedro de Los Vilos.

INTRODUCCIÓN: El infarto agudo al miocardio tipo 2 corresponde al daño miocárdico isquémico por el desajuste entre el aporte y la demanda de oxígeno, sin evidencia de una rotura aguda de una placa aterotrombótica. En pacientes con enfermedad coronaria conocida o probable, la presencia de una injuria aguda que disminuya el aporte de oxígeno de forma aguda como por ejemplo una hemorragia aguda o una taquiarritmia con manifestaciones clínicas de isquemia miocárdica, puede producir un daño miocárdico y un IM tipo 2. En la actualidad este trastorno se diagnostica con mayor frecuencia, debido a la disponibilidad de exámenes ultrasensibles como lo es la troponina cardiaca y se asocia a un pronóstico adverso a corto y a largo plazo. **CASO CLÍNICO:** Se presenta caso de paciente de 86 años, con antecedente de hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo 2, dislipidemia, quien acude al servicio de urgencia por cuadro de 1 hora de evolución caracterizado por dolor precordial irradiado a mandíbula, asociado a disnea y diaforesis. Al examen físico paciente taquicárdico, con tendencia a la hipotensión, piel y mucosas pálidas, con llene capilar enlentecido, presencia de estertores en ambos campos pulmonares. Se realiza electrocardiograma el cual evidencia lesión subendocárdica inferolateral, en los exámenes de laboratorio troponina ultrasensible negativa, impresiona anemia severa microcítica (Hematocrito 14,6 %, hemoglobina 5.1 g/dL, VCM 79). Se indica manejo inicial de SCA además de transfusión de 2 unidades de sangre. Durante su observación se realiza curva enzimática elevando marcadores de daño miocárdico (Ckt, Ckmb y troponina) y ECG evolutivo con persistencia del infradesnivel. Se realiza estratificación de riesgo con TIMI score de 6 pts, alto riesgo. Durante su hospitalización evoluciona sin dolor, hemodinámicamente estable con curva enzimática a la baja. Se realiza coronariografía diferida la cual objetiva aterosclerosis en múltiples arterias coronarias, sin estenosis significativa, sin instalación de stent. **DISCUSIÓN o COMENTARIOS:** Una vez realizado el diagnostico de infarto agudo al miocardio sin elevación del ST, el tratamiento precoz del paciente implica el logro simultaneo de varios OBJETIVOs, incluido el alivio del dolor isquémico, la evaluación del estado hemodinámico y la corrección de anomalías presentes. La mortalidad a corto y largo plazo de los pacientes con IM tipo 2 es en general mayor que la de los pacientes con IM tipo 1 (rotura de placa aterosclerótica), debido a una mayor prevalencia de comorbilidades. Es importante considerar que no todo infarto al miocardio es debido a ruptura de placa aterosclerótica en las arterias coronarias, debemos tener presentes que existen otras entidades causantes, para lograr un tratamiento oportuno y dirigido.

TUBERCULOSIS LATENTE, PRESENTACIÓN DE CASO.

Carolina Toro Lara (1), Natalia Rodriguez Caro (2), Nicole Fernández Urrutia (3)
(1) Médico EDF, CESFAM Quiriquina, San Ignacio, (2) Médico APS CESFAM San Vicente, Talcahuano.
(3) Médico EDF CESFAM Los Lagos, Los Lagos

INTRODUCCIÓN: La tuberculosis es una enfermedad infectocontagiosa con importante morbimortalidad mundial. Su agente etiológico es Mycobacterium tuberculosis, de propagación respiratoria. En Chile la morbilidad total es de 15.2 x 100.000 habitantes (2019), mortalidad de 1.1 x 100.000 habitantes (2017), predominando en población masculina y rango etario entre 25 y 64 años. La enfermedad latente es una condición no replicante y en el 90% asintomática, generando un desafío en su detección. **PRESENTACIÓN DE CASO**: Paciente femenina de 29 años, profesional de salud, asintomática respiratoria, con antecedentes de reflujo gastroesofágico. En contexto laboral se realiza radiografía torácica con imagen sugerente de nódulo en lóbulo superior derecho, se solicita TAC de tórax con contraste que evidencia múltiples nódulos pulmonares bilaterales en lóbulos superiores, considerándose sarcoidosis atípica vs tuberculosis. Se descarta COVID19, VIH, sífilis y patología autoinmune. Fibrobroncoscopia y lavado bronquioalveolar con mucosa respiratoria sin atípias, citometría de flujo 17,8% relación linfocitos CD4/CD8 2,2, baciloscopia y PCR Mycobacterium tuberculosis negativo. Comité decide biopsia quirúrgica, que evidencia conglomerados de granulomas epiteloides con necrosis caseosa concordante con tuberculosis acinodosa, con diseminación granulomatosa subpleural, peribronquial y perivascular, PCR Mycobacterium tuberculosis, avium e intracelular negativos. Por biopsia morfológicamente compatible con tuberculosis pulmonar y pleural, inicia terapia antituberculosa. **DISCUSIÓN:** Chile ha tenido un deterioro epidemiológico los últimos años, existiendo pocos registros de incidencia de tuberculosis en el personal de salud, sin embargo, estudios muestran una prevalencia de infección tuberculosa latente en más de 40% en aquellos con antecedente de riesgo (contacto extra-hospitalario, servicio en el Programa Nacional de Control de Tuberculosis) Su detección y estudio es un desafío sanitario, pero con exámenes accesibles como una radiografía torácica, podemos lograr una aproximación inicial, siendo de suma importancia su diagnóstico, evitando cuadros de tuberculosis activa y secuelas a futuro.

ABSCESO PULMONAR. COMPLICACIONES ASOCIADAS A LAS NAC

Ricardo Javier Torrealba Piña (1), Matías Alonso Zúñiga Barbieri (2), Fanny Andrea Torrealba Piña, (3)
(1) Médico EDF Hospital de Lota, (2) Médico EDF CESFAM Puertas Negras, (3) Estudiante Medicina Universidad de los Andes

INTRODUCCIÓN y OBJETIVOS: Las complicaciones de la Neumonia Adquirida de la comunidad (NAC) son entidades poco frecuentes con una incidencia cerca al 1 %, sin embargo, en pacientes graves llega hasta un 40%. Las principales complicaciones son el empiema, neumonía necrotizante, absceso pulmonar o fístulas broncopleurales, pudiendo coexistir más de una. El Absceso Pulmonar se caracteriza por desarrollar una necrosis central con cavitación del parénquima pulmonar, sin mayor compromiso del tejido perilesional. El diagnóstico se realiza con TAC de tórax y el tratamiento puede ser médico con antibióticos de amplio espectro o quirúrgico por toracotomía. **CASO CLÍNICO:** Se presenta caso de hombre de 19 años con antecedente de epilepsia con irregular adherencia al tratamiento con fenobarbital. Consulta por cuadro progresivo de tos con expectoración mucopurulenta, disnea y sensación febril, con mala respuesta a manejo ambulatorio. Al ingreso taquicárdico, febril, en el examen físico destaca murmullo pulmonar disminuido en base izquierda, exámenes complementarios leucocitos 33 mil, PCR 419, radiografía de tórax foco de condensación basal izquierda. Refractario a tratamiento antibiótico con ceftriaxona y metronidazol, persiste febril con aumento de parámetros inflamatorios, se controla con TAC de tórax que muestra Neumonía necrotizante izquierda con fistula a través de pleura parietal y extenso empiema pleurotoráxico loculado. Se realiza Toracotomía exploradora que evidencia absceso pulmonar izquierdo abierto a la cavidad pleural, se realiza retiro de fibrina, decorticación logrando adecuada expansión y destechamiento del absceso, posterior aseo con suero fisiológico conforme, instalación de SEP aspirativo. Buena respuesta posquirúrgica con retiro de tubo pleural. Radiografía de tórax y parámetros inflamatorios posteriores óptimos. **DISCUSIÓN o COMENTARIOS**: Si bien la Neumonía es una patología con buena respuesta a manejo de primera línea, hay que tener una sospecha activa de las complicaciones en respuesta refractaria al tratamiento habitual, ya que un retraso en el diagnóstico aumenta la morbimortalidad y requiere tratamientos más complejos.

PNEUMOCYSTIS JIROVECII. A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO

Ricardo Javier Torrealba Piña (1), Matías Alonso Zúñiga Barbieri (2), Fanny Andrea Torrealba Piña, (3)
(1) Médico EDF Hospital de Lota, (2) Médico EDF CESFAM Puertas Negras, (3) Estudiante Medicina Universidad de los Andes

INTRODUCCIÓN y OBJETIVOS:

La Neumonía Adquirida de la Comunidad (NAC) se define como la inflamación aguda del tejido pulmonar por un agente infeccioso, la documentación de su etiología es escasa debido a que el tratamiento empírico es de primera línea. Estudios disponibles muestran que los agentes más frecuentes corresponden a bacterias (60-80%) y virus (10-20%). EL pneumocystis jirovecii (PJ) es considerablemente menos frecuente, debido a su condición de oportunista, asociándose a NAC grave y pacientes inmunodeprimidos. Para el diagnóstico el TAC de tórax es un examen sugerente y se complementa con el cultivo de esputo (sensibilidad 55-90%) y Lavado bronqueoalveolar (sensibilidad 90-100%). **CASO CLÍNICO**: Se presenta caso de hombre de 36 años, sin antecedentes crónicos que presenta cuadro de un mes de disnea y tos progresiva, asociado a baja de peso no cuantificada. Al ingreso taquicárdico con requerimientos bajos de O2, examen pulmonar evidencia crépitos finos bilaterales, estudio complementario en la urgencia destaca parámetros inflamatorios altos, PAFI 262, radiografía de tórax infiltrado intersticial bilateral en ambas bases, mayor a derecha, se hospitaliza para tratamiento. Durante la hospitalización se continúa estudio; panel viral respiratorio, PCR covid-19, baciloscopia, cultivo de expectoración y hemocultivo no determinan agente etiológico. Estudio complementario con TAC de tórax informado como extenso compromiso en vidrio esmerilado bilateral, de distribución difusa, iniciándose tratamiento empírico con cotrimoxazol. Evoluciona con deterioro clínico presentando mayor requerimiento de O2 hasta FiO2 50%, mayor taquipnea y taquicardia, PAFI desciende a 90 por lo que se realiza intubación oro-traqueal y traslado a la UCI. Estudio por Lavado Bronquealveolar informado como positivo para PJ. Posteriormente se confirma VIH positivo. **DISCUSIÓN o COMENTARIOS**: El PJ es un patógeno pulmonar de baja sospecha al ingreso en urgencias, menos sin el antecedente previo de inmunosupresión. Pero en cuadros refractarios es importante tenerlo presente, ya que puede evolucionar hasta llegar a outcomes tan negativos como el descrito.

PSEUDOANEURISMA POSTRAUMÁTICO, UNA AMENAZA LATENTE. A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO

Ricardo Javier Torrealba Piña (1), Matías Alonso Zúñiga Barbieri (2), Fanny Andrea Torrealba Piña, (3)
(1) Médico EDF Hospital de Lota, (2) Médico EDF CESFAM Puertas Negras, (3) Estudiante Medicina Universidad de los Andes

INTRODUCCIÓN y OBJETIVOS:

Los pseudoaneurismas son complicaciones del traumas vasculares formados por una solución de contigüidad en la pared arterial cuya extravasación de sangre desarrollando hematomas delimitados por tejido circundante, desprovistos de los constituyentes de la pared arterial, son infrecuentes, con una incidencia entre el 2 al 9% de los traumas vasculares. La presentación clínica es una masa pulsátil, sus complicaciones van desde trombosis y émbolos distales hasta sangrado súbito por ruptura. El diagnóstico es por ecografía doppler de vasos sanguíneos y estudios complementarios ven la relación de la lesión a estructuras aledañas. Las opciones de tratamiento pueden ser quirúrgicas o endovasculares. **Caso clínico**: Se presenta caso de hombre de 27 años, que presenta trauma por arma blanca en tercio medio de la pierna izquierda. Al examen físico destaca sangrado moderado aparentemente arterial por orificio de entrada y salida, neurovascular normal. Se realiza aseo y sutura, hemostasia controlada, AngioTAC de extremidad inferior no muestra lesiones vasculares por lo que se da de alta a domicilio. Segunda consulta una semana después por masa pulsátil en relación al sitio de sutura de aproximadamente 2 a 3 centímetros de diámetro. Se controla con ecografía de partes blandas informada como pseudoaneurisma arterial postraumático, aparentemente sóleo, que comunica por trayecto hacia el tejido subcutáneo, de forma secundaria pequeño hematoma residual. Hospitalizado se realiza arteriografía que describe pseudoaneurisma en tercio distal de la arteria tibial posterior izquierda con rápida salida y retención de contraste, embolización arterial con dos coil 4x2 y uno 5x2, bien ubicados dando como resultado exclusión del pseudoaneurisma, angiografía postquirúrgica óptima, pulsos distales conservados. **DISCUSIÓN o COMENTARIOS:** Los psudoaneurismas son complicaciones poco frecuentes del trauma vascular, sin embargo, deben sospecharse de forma activa, principalmente cuando el motivo de consulta es una masa pulsátil en contexto postraumático, para evitar la formación de trombos y embolias que conllevan una elevada morbimortalidad.

MIXEDEMA V/S ACCIDENTE CEREBROVASCULAR, DESAFÍO PARA EL MÉDICO GENERAL EN ZONA EXTREMA DEL PAÍS. A PROPÓSITO DE UN CASO.

Felipe Torres Morales, David Cordova Viera, Carolina Goic Vilaso
Médicos EDF Hospital Lord Cochrane

INTRODUCCION: Las postas de salud rural (PSR) y hospitales de baja complejidad de las zonas del extremo sur del país cuentan con escasos recursos de apoyo diagnostico, es por ello, la importancia de destacar la relación médico paciente, anamnesis y semiología en la atención clínica de las patologías a las cuales nos enfrentamos para entregar un manejo oportuno en beneficio del paciente. En base a lo anterior, se presenta el siguiente caso de una paciente derivada a nuestro Hospital bajo sospecha de Accidente cerebrovascular (ACV) cuyo diagnóstico correspondía a un cuadro de Mixedema asociado a hipotiroidismo descompensado. **OBJETIVOS**: Reconocer la importancia de la Anamnesis y semiología para la sospecha diagnóstica de patologías en zonas extremas del país. **DESARROLLO**: El hipotiroidismo es una condición insidiosa, con una morbilidad significativa, con síntomas y signos inespecíficos, especialmente en el adulto mayor, que pueden ser atribuidos erróneamente a otras enfermedades, los hallazgos típicos sólo están presentes en el 25 - 70%, provocando un retraso en el diagnóstico. En cuanto al Mixedema corresponde a la acumulación de Glucosaminoglicanos (GAGs) en la dermis y tejido subcutáneo que puede desencadenarse a causa de un hipertiroidismo o hipotiroidismo descompensado. Paciente de sexo femenino de 44 años de edad con antecedentes de hipertiroidismo, es derivada desde PSR a nuestro Hospital por cuadro de disartria, parestesia en hemicuerpo izquierdo que alterna con hiperalgia, trastorno de la marcha intermitente de varios días de evolución con intensificación de síntomas durante las ultimas 24 hrs. A la anamnesis dirigida se identifica que paciente fue sometida a procedimiento de yodo radioactivo (I-131) durante el mes de febrero y evolucionó de forma progresiva con astenia, adinamia, mialgias intensas, parestesia, edema facial y de ambas manos, xerosis, caída de cabello, dificultad para hablar que se intensificaron durante la última semana. Al examen físico destaca: paciente vigil, bradipsiquia, edema facial, macroglosia (que explica la dificultad para hablar), fuerza en Extremidades superiores M3-M4 y extremidades inferiores (M2-M3). exámenes: TSH 27.18 µl/mL, T4L:0.04 ng/dL, CK: 832 mg/dl. Se deriva a centro hospitalario de referencia regional para estudio imagenológico donde se descarta un ACV y se confirma el diagnóstico de mixedema a causa de un hipotiroidismo descompensado. **RESULTADOS Y/ O CONCLUSIONES**: En la actualidad, recalcamos la importancia de hacer énfasis en la relación médico paciente, anamnesis y la semiología, especialmente en médicos que se desempeñan en zonas extremas o aisladas del país, pues, su buen uso permite brindar una atención integral beneficiando al paciente.

TUNGIASIS, REPORTE DE CASO EN PACIENTE CHILENO

María Torres Torres. (1), Mariana Yáñez Rebolledo. (2), José Saavedra Correa. (3)
(1) Médico Cirujano EDF, Centro de Salud Familiar de Nueva Imperial. (2) Médico Cirujano EDF, Centro de Salud Familiar de Curaco de Vélez. (3) Médico Cirujano EDF, Centro de Salud Familiar de Chol Chol.

INTRODUCCIÓN. Tungiasis es una ectoparasitosis transitoria en el humano, producida por la pulga de arena *Tunga penetrans*. La hembra grávida penetra la piel y deposita sus larvas. Comúnmente vista en áreas rurales y playas de Centro-Sudamérica, Caribe y África Subsahariana. Su prevalencia en áreas endémicas es de 15 a 55%. En otras áreas el reporte de casos es menor y corresponde a turistas en áreas endémicas. El OBJETIVO del artículo es presentar una patología poco frecuente en nuestro país, para ser considerada dentro de diagnósticos diferenciales. **CASO CLINICO.** Paciente de 37 años, previamente sano. Misionero hace 3 semanas en selva boliviana, zona de frontera Brasileña, presenta pápulas blanquecinas de aproximadamente 1 cm con centro necrótico y bordes eritematosos. Se solicitó biopsia, la cual informa restos de artrópodos sugerentes de *Tunga penetrans*. Se realiza extracción quirúrgica diferida y tratamiento antibiótico tópico, presentando buena respuesta. **DISCUSIÓN.** La tungiasis se caracteriza por lesiones papulares en la piel, con halo eritematoso-blanquecino, y punto central negro, correspondiente a la zona posterior del abdomen de la pulga. Afecta ortejos, región peri-ungueal, plantar y talones, aunque también se ha visto en otros sitios. El hallazgo patognomónico corresponde a la presencia de huevos adheridos a la piel cercana a la lesión. El diagnóstico de la tungiasis se basa en la morfología y ubicación de las lesiones, más antecedente de viaje a zonas endémicas. La dermatoscopia puede ayudar con el diagnóstico. La biopsia de la lesión no es utilizada de rutina. El tratamiento de elección es la extracción quirúrgica de la pulga y las lesiones, idealmente realizarlo de manera precoz para evitar sobreinfecciones. Posterior a la cirugía se recomienda aplicar antibióticos tópicos en la herida. Como prevención usar calzado cerrado, evitar contacto directo en sitios donde habita la pulga y uso de repelentes si se viaja a zonas endémicas.

MENINGIOMA COMO DIAGNÓSTICO DE CEFALEA CON SIGNOS DE ALARMA. A PROPÓSITO DE UN CASO

Sofía Traslaviña Díaz (1) Iván Alegre Leyton. (2), Sofía Pavez Saavedra. (3)
(1) Médico Cirujano EDF Centro de Salud Familiar Paihuano, Paihuano, (2) Médico Cirujano EDF Centro de Salud Familiar Estación, Vallenar. (3) Médico Cirujano EDF Centro de Salud Familiar Baquedano, Vallenar.

INTRODUCCIÓN: Los meningiomas son los tumores primarios del sistema nervioso central (SNC) más frecuentes. La incidencia aumenta de forma progresiva con la edad, la edad promedio al momento del diagnóstico es de 65 años, siendo una patología poco frecuente en niños. Son más frecuentes en mujeres. La exposición a la radiación ionizante es el factor de riesgo más importante, otros factores incluyen; la predisposición genética, como en pacientes con neurofibromatosis tipo 2 y schwannomatosis, factores hormonales, cáncer de mama y obesidad. Los meningiomas pueden surgir en cualquier parte de la duramadre, comúnmente dentro del cráneo y en sitios de reflexión dural. Suelen ser de crecimiento lento y a menudo asintomáticos, descubriéndose de forma incidental. **Caso clínico:** Paciente H.S.M, femenina de 77 años con antecedente de Glaucoma bilateral en tratamiento con Timolol. Presenta cuadro de 5 días de duración de cefalea, decaimiento e inapetencia. Cefalea de localización frontal con irradiación parietal bilateral, tipo constrictivo, intenso, eva 10/10, se asocia a náuseas y fotofobia, sin vómitos ni fotopsia. Alivia parcialmente con paracetamol, sin agravantes ni desencadenantes. Paciente refiere que dolor la despertaba iniciando de madrugada durando alrededor de 4 horas. Sin fiebre ni focalidad neurológica. A la anamnesis remota niega historia de cefalea crónica. Familiar que la acompaña refiere fallas en la memoria reciente y en la atención desde hace un año. Se solicita TAC de Cráneo sin contraste que muestra lesión extra axial parafalcina frontal derecha con aspecto de meningioma. Por lo que se deriva a neurocirugía. **DISCUSIÓN:** La sintomatología depende de la localización y de la velocidad de crecimiento tumoral. La cefalea de reciente comienzo es un síntoma frecuente, suele ser sordo y constante, ocasionalmente pulsátiles. Comúnmente de tipo tensional y secundariamente migrañoso. Cefaleas intensas y que aumentan en valsalva, se pueden correlacionar con aumento de la presión intracraneal e irritación menígea. Las cefaleas asociadas a tumores pueden empeorar en la noche y despertar al paciente posiblemente por aumentos transitorios en la presión parcial de CO2, un potente vasodilatador, durante el sueño y por la disminución del retorno venoso cerebral con la posición en decúbito. También se describen cambios en la personalidad que pudiesen confundirse con depresión o demencia. Las convulsiones están presentes hasta un 30% de los casos. Los déficit focales característicos, dependen de la ubicación de los meningiomas. De esta forma los cambios visuales son comunes en meningiomas que afectan las vías ópticas, pérdida de audición u olfato con meningioma del ángulo pontocerebeloso y del surco olfatorio, apatía y falta de atención por meningiomas subfrontales, debilidad de extremidades por meningiomas parasagitales que compriman la zona motora o meningiomas espinales. Los tumores grandes en la fosa craneal posterior pueden causar hidrocefalia obstructiva y se presentan con edema de papila y cefalea matutina clásica. **COMENTARIOS:** Frente a pacientes con cefalea con banderas rojas es necesario estudio con imágenes para lograr diagnosticar tumores del SNC como el meningioma. A su vez es importante el descarte de tumores del SNC en el estudio de síndromes demenciales y depresión en el adulto mayor.

TUMOR DE URACO EN PACIENTE CON DOLOR ABDOMINAL. A PROPÓSITO DE UN CASO.

Sofía Traslaviña Díaz (1) María José Vergara Cid. (2), Sofía Pavéz Saavedra. (3)
(1) Médico Cirujano EDF Centro de Salud Familiar Paihuano, Paihuano, (2) Médico Cirujano EDF Centro de Salud Familiar Estación, Vallenar, (3) Médico Cirujano EDF Centro de Salud Familiar Baquedano, Vallenar.

INTRODUCCIÓN: El uraco es un remanente embrionario que se extiende desde la cúpula de la vejiga hacia el ombligo. Puede generar patologías no solamente en pacientes pediátricos, también en adultos, siendo enfermedades poco comunes con manifestaciones clínicas inespecíficas, incluyendo dolor abdominal y síntomas urinarios, por lo cual su diagnóstico resulta complejo. El uraco se encuentra entre la fascia transversalis y el peritoneo en el espacio de Retzius, mide entre 3 a 10 cms de largo. Histológicamente está constituido por tres capas diferentes: una interna de epitelio transicional, una capa intermedia de tejido conectivo y una externa de músculo liso. Se reconocen cuatro tipos de anomalías congénitas derivadas del remanente uracal: Uraco persistente, Quiste uracal, Seno uracal y Divertículo uracal, las cuales son más comunes en hombres que en mujeres con una proporción de 2:1. Estas anomalías generalmente se asocian con anomalías congénitas del tracto urinario inferior como valvas uretrales posteriores o atresia ureteral completa. Las anomalías uracales adquiridas se caracterizan por la reapertura parcial de la luz uracal, formando fístulas, quistes y divertículos que pueden drenar intermitentemente a la vejiga o al ombligo. Estas anomalías, congénitas y adquiridas pueden complicarse con infecciones y de forma muy poco frecuente con neoplasias, siendo el más frecuente el Adenocarcinoma uracal. **Caso clínico:** Paciente J.C.P, masculino de 52 años, sin antecedentes mórbidos ni quirúrgicos, consulta por cuadro de 3 semanas de evolución de dolor abdominal hipogástrico, hematuria y síntomas urinarios irritativos, se solicitan exámenes, encontrando parámetros inflamatorios elevados y orina completa compatible con infección urinaria, por lo que se inicia tratamiento antibiótico. Evoluciona con urocultivo negativo a las 24 hrs de incubación y persistencia de sintomatología, por lo que se solicita ecografía abdominal que muestra divertículo sobre techo vesical, se complementa examen con TAC de Abdomen y Pelvis con contraste que muestra engrosamiento focal de la pared vesical en el área del remanente uracal con gruesas calcificaciones. No visualizándose divertículo ni quiste del remanente. Paciente se hospitaliza para realizar resección en bloque de uraco, cúpula vesical y ombligo. Biopsia informa; pared de vejiga con presencia de dos linfonodos con hiperplasia folicular tipo reactivo, sin elementos de malignidad en los cortes examinados. Paciente es dado de alta evolucionando de forma favorable. **DISCUSIÓN:** Las patologías uracales son poco frecuentes en adultos, presentando manifestaciones clínicas inespecíficas. Dentro de estas patologías la neoplasia del remanente uracal, siendo hasta un 90% de los casos Adenocarcinoma, es el diagnóstico diferencial más significativo, por su mal pronóstico. El síntoma más frecuente es la hematuria, seguido por disuria, dolor abdominal hipogástrico y secreción mucoide en la orina. **COMENTARIOS:** Aunque poco frecuentes en adultos las anomalías uracales complicadas deben considerarse en el diagnóstico diferencial de dolor abdominal en adultos. El diagnóstico imagenológico e histopatológico se vuelven mandatorio para diferenciar entre entidades infecciosas y neoplásicas.

DIAGNÓSTICO DE PSORIASIS ERITRODÉRMICA EN ATENCIÓN PRIMARIA. A PROPÓSITO DE UN CASO

Sofía Traslaviña Díaz (1) Iván Alegre Leyton. (2), Sofía Pavez Saavedra. (3)
(1) Médico Cirujano EDF Centro de Salud Familiar Paihuano, Paihuano, (2) Médico Cirujano EDF Centro de Salud Familiar Estación, Vallenar, (3) Médico Cirujano EDF Centro de Salud Familiar Baquedano, Vallenar.

INTRODUCCIÓN: La psoriasis es una enfermedad crónica, con periodos de exacerbación y remisión. Se manifiesta principalmente en la piel con lesiones eritemo-escamosas producida por la hiperproliferación de los queratinocitos. También se puede manifestar en mucosas, articulaciones y faneras. Su causa es desconocida pero su aparición se relaciona con el sistema inmune y factores ambientales en personas genéticamente susceptibles. La prevalencia a nivel mundial varía entre un 0.5-11% en los adultos, con afectación por igual en ambos sexos. La presentación clínica más habitual es la psoriasis vulgar o en placas, que se presenta como placas eritemo-escamosas, que afectan codos, rodillas, cuero cabelludo, región lumbosacra y en menor medida palmas y plantas. Otras formas menos frecuentes incluyen la Psoriasis en gotas, invertida, ungueal, pustulosa y eritrodérmica, estas dos últimas, son formas graves y mucho menos frecuentes. **Caso clínico:** Paciente S.P.R, masculino de 78 años, con antecedentes de Psoriasis de larga data sin control ni tratamiento. Consulta por episodio de 20 días de evolución de eritema generalizado con descamación de la epidermis, refiriendo prurito y dolor urente en piel comprometida. Sin antecedente de consumo de fármacos, fiebre, ni compromiso sistémico. Al examen físico se observa compromiso de más del 90% de la superficie corporal. Piel eritematosa, descamativa, indurada, brillante, con calor local, no exudativa. Compromete palmas y plantas y respeta mucosas. Exámenes muestran leve leucocitosis con aumento de eosinófilos, resto de exámenes sin alteraciones. Por sospecha de Psoriasis eritrodérmica se deriva a hospital donde se maneja con corticoides en altas dosis y se deriva a dermatología. Paciente evoluciona de forma favorable con remisión total de las lesiones. **DISCUSIÓN:** La Psoriasis eritrodérmica, se describe como una complicación de la enfermedad, es la causa más frecuente de Eritrodermia en el adulto. Es más frecuentes en hombres con una proporción de 7:3. La edad de presentación es en mayores de 45 años. Se relaciona con factores desencadenantes como la suspensión brusca corticosteroides y/o el metotrexato, fototoxicidad, infecciones sistémicas y reacciones medicamentosas. También se puede relacionar a neoplasias, principalmente hematológicas y linfomas. Clínicamente se compromete más del 90% de la superficie corporal. La piel suele aparecer de color rojo brillante, seca, caliente, escamosa e indurada. La mayoría de los pacientes se quejan de dolor o prurito. Pueden presentar temblores, astenia, adinamia, adenopatías y fiebre. Las complicaciones pueden abarcar alteraciones hidroelectrolíticas, insuficiencia cardiaca, síndrome de distrés respiratorio agudo, infecciones secundarias y trombosis. Las biopsias de piel son útiles para establecer diagnóstico etiológico de la eritrodermia, buscando otras causas además de psoriasis. El manejo consiste en evaluación nutricional, balance hidroelectrolítico, reestablecer la función de barrera de la piel, exclusión de infecciones secundarias y uso de antihistamínicos. En los casos de Psoriasis eritrodérmica se ha visto utilidad en el tratamiento con ciclosporina, infliximab y metotrexato. **COMENTARIOS:** La Psoriasis eritrodérmica es una complicación de baja incidencia, pero puede tener graves repercusiones, es importante reconocer el riesgo en pacientes con antecedente de psoriasis de larga data, hombres, de mediana edad, con baja adherencia a tratamiento.

PACIENTE POLICONSULTANTE: DIAGNÓSTICO DE SITUACIÓN DE SALUD, CESFAM RENCA.

Patricio Troncoso Rozas (1), María Barroilhet Diez (1), Consuelo Moya Ruiz (2), María Bezanilla Donoso (2)
(1) Médico EDF, CESFAM Renca, (2) Médico EDF, CESFAM Bicentenario

INTRODUCCIÓN y OBJETIVOS: Paciente policonsultante es definido por consenso, como quien presenta más de siete consultas espontáneas en un año, en un mismo centro de salud. Entre un 10 a 30% del total de consultas de Atención Primaria en Chile corresponde a este tipo de pacientes, constituyendo un problema prioritario en salud pública, ya que su existencia dificulta el uso eficiente de los recursos. Realizamos un análisis observacional y descriptivo de la situación de los pacientes policonsultantes del SAR Renca, pertenecientes al CESFAM Renca. **MATERIAL y MÉTODO:** Solicitamos a la plataforma IRIS la planilla con los pacientes que consultaron en el SAR Renca entre las fechas 01/01/2018 y el 30/08/2018. Filtramos por cantidad de consultas, tomando en cuenta sólo a los pacientes que consultaron 8 o más veces en el SAR, quedándonos con un total de 2590 consultas. De esos pacientes, tomamos aquellos pertenecientes al CESFAM Renca o sectores dentro del mismo y que contaran con RUT. **RESULTADOS y CONCLUSIONES:** En total se contabilizaron 137 pacientes, dando cuenta de 1554 atenciones. 58 hombres y 79 mujeres, con edad promedio de 49.8 años, siendo la mayoría mayor a 60, con un 41.6%. Se observó un mínimo de 8 y un máximo de 44 consultas por paciente. Las atenciones se categorizaron como C5 en un 27.54%; C4, 48.21%; C3, 16.92%; C2, 5.85%; C1, 0.13%; sin categorizar, 1.35%. Los motivos de consulta más frecuentes, considerados como aquellos que motivaron más de 50 consultas en el período estudiado, pertenecieron al ámbito respiratorio, con 557 consultas; musculoesquelético, 255; gastrointestinal, 231; neurológico, 97; genitourinario, 80; cardiovascular, 63; psiquiátrico, 55. **DISCUSIÓN y COMENTARIOS:** A pesar de ser un fenómeno frecuente en los servicios de salud, la reflexión y análisis que se hace sobre los denominados policonsultantes es escasa. Estos pacientes viajan por los distintos niveles del sistema de salud y son estudiados a través de diversos exámenes, gastando recursos, sin encontrar el origen de su padecer, traduciéndose esto en frustración de los usuarios, ya que muchas veces no se logra dar con el diagnóstico que da origen a sus molestias. Se ha descrito que un gran porcentaje de éstos padece alguna enfermedad crónica, elevados índices de estrés de vida y que los síntomas depresivos constituyen el mejor predictor de la policonsulta. El modelo de atención para abordar a estos pacientes debe centrarse en el paciente y en el conocimiento sobre su contexto biopsicosocial, basando las intervenciones en una entrevista clínica acuciosa y evaluación multidisciplinaria en su centro de referencia, incluyendo a psicólogo y asistente social, para que éstos puedan ser tomados en cuenta en todas las dimensiones de sus patologías y se logre proveer una solución a sus demandas.

FENÓMENO *MILKING* DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL EN SÍNDROME CORONARIO AGUDO

Sebastián Troncoso Sánchez, Darwin Madrid Cornejo, Carlos Monsalves Herrera
Médicos EDF Hospital San Vicente Tagua-Tagua

INTRODUCCIÓN y OBJETIVOS: Se presenta caso clínico con causa atípica como diagnóstico diferencial de SCA.
Caso clínico: Paciente femenina de 47 años con antecedente de HTA que consulta en servicio de urgencias por cuadro de menos de 1 día caracterizado por dolor opresivo en hemitórax izquierdo asociado a parestesias en extremidad superior izquierda, ingresa hemodinámicamente estable, afebril sin requerimientos adicionales de oxígeno, con ECG en ritmo sinusal con alteraciones inespecíficas del ST pero con elevación de troponinas en 0.14, por lo que se presenta caso a servicio de hemodinamia de hospital regional donde se decide hospitalizar para realización de coronariografía diferida. Durante hospitalización se inicia manejo con doble antiagregación plaquetaria más estatinas con buena respuesta clínica, realizándose coronariografía sin evidencia de lesiones angiográficamente significativas pesquisándose puente muscular con efecto milking a nivel de arteria descendente anterior, por lo que se agrega bloqueadores de canales de calcio al tratamiento y se decide alta médica. **RESULTADOS:** Paciente que ingresó por cuadro compatible con un SCA sin SDST sin embargo a la exploración angiográfica se pudo observan que no existían lesiones trombóticas oclusivas, evidenciándose puente muscular a nivel de ADA que durante la sístole de ventrículo izquierdo produce compresión de este vaso generando isquemia miocárdica conocido como "*milking"*. **DISCUSIÓN o COMENTARIOS:** El puente muscular miocárdico si bien está descrito en aproximadamente el 1.7% de los pacientes con SCA que se someten a angiografía, en estudios patológicos como en no invasivos utilizando TAC se ha visto su prevalencia en el 25% de los casos, siendo en la mayoría de los casos en relación a la ADA. En la mayoría de los casos los pacientes con esta condición serán asintomáticos (sin necesitar un tratamiento), sin embargo, en los que presentan el fenómeno de *"milking"* podría conllevar a una muerte súbita por lo que es importante continuar con manejo médico ya sea con β-Bloqueador o Bloqueadores de Canales de Calcio, por el contrario, los nitratos están contraindicados. En aquellos pacientes que persisten sintomáticos pese a tratamiento farmacológico se recomienda la terapia de revascularización.

ACCESO A CONSULTAS DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN ATENCIÓN PRIMARIA DURANTE LA PANDEMIA. EL CASO DE LA COMUNA DE SANTIAGO

Gonzalo Ulloa Valenzuela (1), Gabriela Zegarra Godoy (2), Josefa Contreras Valenzuela (3)
(1) Médico EDF CESFAM Padre Orellana. (2) Médico APS, CESFAM Cirujano Videla, (3) Alumna Medicina UDP

INTRODUCCIÓN y OBJETIVOS: La pandemia COVID-19 ha obligado a convertir los servicios ofrecidos por la atención primaria, uno de los servicios perjudicados es el acceso a las consultas de salud sexual y reproductiva. Este hecho impacta fuertemente en la agenda de la salud y los derechos sexuales y reproductivos. Es necesario aumentar los estudios con enfoque de género que revelen las brechas surgidas a causa de la pandemia. Este trabajo tiene por OBJETIVO caracterizar la disminución en las consultas de atención primara de la APS de la comuna de Santiago durante la pandemia. **MATERIAL y MÉTODO**: Se utilizó la base de datos del RESUMEN estadístico mensual (REM), caracterizados por consultas y grupo etario, publicado por departamento de estadística e información de la salud (DEIS) del Ministerio de Salud desde enero del 2018 a diciembre del 2020 para la comuna de Santiago. **RESULTADOS y CONCLUSIONES**: El año 2020 hubo un total de 8.507 consultar por regulación de la fertilidad, incluido atención médica y matrón, en comparación con las 20549 del año 2019. El grupo etario que más disminuyó en su cantidad de consultas en comparación al año 2019 fue el de 15-19 años y 50-54 años con un 74% y 60%, simular caso al compararlo con el año 2018 pero de un 76 %y 68% respectivamente para los mismos grupos. El grupo menos afectado en comparación al año 2019 fue el de 30-34 años y 35-39 años con un 55% de disminución en las atenciones. En cuanto a su temporalidad el mes más afectado en las consultas fue el de abril con una disminución del 88% en dicha actividad en comparación con misma fecha del año anterior. **DISCUSIÓN o COMENTARIOS**: La pandemia que vivimos actualmente, ha tenido grandes consecuencias en el sistema de salud, las personas se han visto afectas en su salud y en otras múltiples dimensiones. Existe importante bibliografía de como los desastres naturales afectan doblemente a grupos más vulnerables. A partir de lo anterior y con una perspectiva de género, es que decidimos investigar cómo afecta la pandemia en el acceso a las consultas de regulación de la fertilidad. Nuestros hallazgos evidencian que el grupo de los 15 a 19 años fue el más afectado, disminuyendo en un 70% el acceso a consultas de regulación de la fertilidad, hecho que tiene una doble preocupación desde la salud pública, no tan solo por la pérdida de la oportunidad en la consulta, sino porque este grupo etario es el grupo OBJETIVO para la prevención del embarazo adolescente.

CARACTERIZACIÓN DEL PROGRAMA CARDIOVASCULAR EN CHILE EN CONTEXTO DE LA PANDEMIA POR COVID-19

Gonzalo Ulloa Valenzuela (1), Gabriela Zegarra Godoy (2), Josefa Contreras Valenzuela (3)
(1) Médico EDF, CESFAM Padre Orellana, (2) Médico APS, CESFAM Cirujano Videla, (3) Alumna medicina UDP

INTRODUCCIÓN y OBJETIVOS: La pandemia por COVID-19, ha significado una sobrecarga al sistema asistencial: 02 de abril en Chile se acumulan 1.011.485 casos confirmados y 23.421fallecidos. En el contexto anterior gran parte de los equipos de atención primaria de salud (APS) debieron reconvertir sus funciones para poder hacer frente a esta pandemia, pasando a un segundo plano sus OBJETIVOs y quehacer diario. Este hecho puede tener graves consecuencias para los usuarios, sobre todo en los que poseen patologías crónicas, la pérdida de la oportunidad en el acceso a consultas pone en riesgo el control de dichas patologías que corren el riesgo de descompensarse dado la falta de controles, hecho que es respaldado por la literatura reciente. En este contexto nos proponemos comparar y caracterizar la producción del programa cardiovascular a propósito de la pandemia por COVID-19 de todo Chile desde el año 2018 al 2020. **MATERIAL y MÉTODO**: Se utilizó la base de datos los ingresos registrados en el RESUMEN estadístico mensual (REM), caracterizados por mes y región publicado por departamento de estadística e información de la salud (DEIS) del Ministerio de Salud desde enero del 2018 a octubre del 2020, los datos fueron analizados con el uso del programa Excel. **RESULTADOS y CONCLUSIONES:** El número de ingresos anuales fue 253.723, 249.267 y 132.862 en los años 2018, 2019 y 2020 respectivamente. Esto supone una disminución del 52% y el 53% en comparación al año 2018 y 2019. Las regiones más afectadas fueron las regiones de Valparaíso y Magallanes con un descenso del 55% y 53% de la producción respecto del año anterior, a su vez las menos afectadas fueron las regiones de Arica y O'Higgins con un 24% y 35% respectivamente **DISCUSIÓN o COMENTARIOS**: El número de ingresos disminuyó considerablemente a nivel nacional, esto supone un gran riesgo para la población dada la posibilidad de la muerte sobreagregada que se puede producir a propósito de la pérdida en el control de los pacientes, destaca el caso de la región de O' Higgins que tuvo el menor descenso, pudiendo resultar beneficioso el observar las medidas implementadas. Las nuevas tecnologías en salud como la telemedicina o controles telefónicos suponen una gran herramienta de ayuda, pero es importante no perder de vista el analfabetismo digital que existe en nuestra población

SALUD MENTAL Y COVID ¿QUIÉNES SON LOS MÁS AFECTADOS?

Gonzalo Ulloa Valenzuela (1), Gabriela Zegarra Godoy (2), Josefa Contreras Valenzuela (3)
(1) Médico EDF, CESFAM Padre Orellana, Médico APS, CESFAM Cirujano Videla, (3) Alumna medicina UDP

INTRODUCCIÓN y OBJETIVOS: La dificultad de acceso a servicios de salud mental durante el período de aislamiento, la reconversión de las actividades en atención primaria, sumado el estigma vivido por los que padecen trastornos mentales, favorecen el surgimiento de una epidemia de trastornos mentales concomitante o posterior a la de la covid-19. El OBJETIVO del presente trabajo es caracterizar las atenciones, por grupo etario y sexo realizadas en el programa de salud mental de un CESFAM de la comuna de Santiago, a fin de observar los grupos más afectados. **MATERIAL y MÉTODO**: Se utilizó la base de datos del RESUMEN estadístico mensual (REM), caracterizados por ingresos y consultas, publicado por departamento de estadística e información de la salud (DEIS) del Ministerio de Salud desde enero del 2019 a diciembre del 2020. los datos fueron analizados con el uso del programa Excel. **RESULTADOS y CONCLUSIONES**. El número de ingresos del año 2020 fue de 270 vs 633 el año 2019, hecho que representa un descenso del 57% en dicha actividad, similar caso ocurre en las atenciones que pasan de 4.541 el 2019 a 1.446 el 2020, con una baja del 68% en la actividad. Al analizar las atenciones por grupo etario y divididos por sexo, para el caso de los ingresos los grupos afectados fueron los hombres de 10 – 14 y hombres 0-9 con un 91% y 85%, para el caso de las mujeres los grupos más afectados fueron 0-9 y 15-19 años con un 71% y 68%. En el caso de las atenciones los grupos más afectados fueron el grupo de 0-9 años y el grupo de 60 o +, con una baja del 84% y 73% respectivamente, no se registró la división por sexo para este indicador. **DISCUSIÓN o COMENTARIOS**: Como en el total de las actividades de atención primaria, hubo una considerable disminución en la actividad relacionada a las prestaciones en salud mental. En cuanto al análisis de los datos, si bien solo son de un CESFAM en particular, preocupa que los grupos que se vieron más afectados, como los son los NNA y de adultos mayores, sean grupos especialmente vulnerables y de particular atención. Nos llama la atención que, en el caso de los ingresos, la disminución comparada con el año 2019, los cuatro primeros lugares fueron del grupo masculino y los primeros 3 en el grupo etario entre 0-20 años. Esto podría explicarse, en parte, dado imposibilidad de la pesquisa en lugares de protección social, como lo son los colegios.

MENINGITIS POR LISTERIA EN PACIENTE POLICONSULTANTE. REPORTE DE UN CASO.

Valentina Ulloa Pérez, Ignacio Téllez Guzmán, Diego Valencia Pino
Médicos EDF Hospital San José de Maipo

INTRODUCCIÓN: La meningitis bacteriana es una grave entidad, con elevada morbimortalidad y posibilidad de secuelas neurológicas permanentes como daño cognitivo o pérdida auditiva. El agente etiológico varía por grupo etario, siendo los más habituales estreptococo y meningococo. Listeria monocytogenes es un agente poco frecuente. **CASO CLÍNICO**: Paciente femenina de 23 años, con antecedente de depresión grave. Presenta cuadro de 4 días de evolución de cefalea intensa EVA 10/10, frontal y luego holocránea, asociada a fiebre hasta 39ºC, náuseas y vómitos. Consultó 4 veces en Urgencias, PCR SARS-COV2 negativa, alta con manejo sintomático. Evoluciona con desorientación, lenguaje incoherente, inatención, inestabilidad de la marcha con diplopia y dolor cervical, hipoacusia. Derivada a hospital terciario para estudio, presenta convulsión tónico clónico generalizada al ingresar a REA. Al examen plejia recto lateral derecho, dismetría derecha, rigidez de nuca (+), Kerning (+), Brudzinski (+). Se inicia tratamiento empírico con ampicilina, ceftriaxona, dexametasona dosis meníngeas. Laboratorio destaca GB 18.200, PCR 102, punción lumbar LCE turbio, proteínas 1.84 g/L, glucosa 15, GB 760 (58% mononuclear), ADA 2.3. VIH (-), VHB (-), VHC (-), HC negativos, tinta china (-). Cultivo Listeria (+), VHS 1 y 2 (-), VVZ (-), VDRL (-). Completa 21 días de ampicilina, fármacos anticonvulsivantes a permanencia. Resonancia magnética de cerebro compatible con diagnóstico de meningitis por Listeria, sin otras complicaciones. Al alta con estado de conciencia normal, paresia recto lateral derecho, biparesia facial en mejoría, dismetría izquierda leve, deambula sin asistencia. **DISCUSIÓN**: La meningitis bacteriana es una emergencia médica, en la cual es fundamental el inicio precoz de tratamiento antibiótico para evitar complicaciones graves o muerte, y por ende la sospecha clínica y el diagnóstico etiológico es fundamental. Debe realizarse estudio dirigido en pacientes con fiebre y cefalea persistente asociado a banderas rojas, evitando el manejo sintomático reiterativo cuando éste ha sido evidentemente ineficaz.

CÁNCER DE PENE Y SU PREVENCIÓN, A PROPÓSITO DE UN CASO

Juan Umaña Rodriguez (1), José Herrera Zech (1), Francisca Mallea Cornejo (2)
(1) Médico EDF, Cesfam los Sauces, (2) Médico EDF, Cesfam

INTRODUCCIÓN: La incidencia del cáncer de pene varía de manera importante entre países, siendo la incidencia más alta en países subdesarrollados de América del Sur, Sudáfrica y Asia. En Chile no se encuentran datos de incidencia.
La edad de presentación promedio es 60 años, alrededor del 95% de los cánceres invasores son carcinoma de células escamosas, la forma más frecuente de presentación es una lesión indolora en el glande, del 30-60% puede presentar adenopatía inguinal al diagnóstico. La metástasis a distancia suele presentarse en fases avanzadas de la enfermedad, estando presente en 1-10% de los casos al momento del diagnóstico. Dentro de los factores de riesgo epidemiológicos cabe mencionar que hombres que desarrollaron cáncer de pene eran más frecuentemente solteros y circuncidados a una edad más tardía. Evaluando factores más locales encontramos infecciones, mal aseo, verrugas genitales, fimosis, Virus Papiloma Humano, infección por virus de inmunodeficiencia adquirida humana, exposición a tabaco. **CASO CLÍNICO**: Paciente de 76 años, sin antecedentes mórbidos relevantes, perteneciente a zona rural, consulta por lesión indolora en pene de meses de evolución, al examen físico se observa pene con aumento de volumen duro de aproximadamente 5 cm hasta tercio medio de cuerpo cavernoso, se evidencia tejido desvitalizado, de mal olor, testes normales, sin presencia de adenopatías inguinales ni masas abdominales. Al interrogatorio dirigido el paciente niega astenia, dolor óseo, tos, baja de peso o alteración en la micción. Dado el aspecto de la lesión fue derivado de manera inmediata para realización de biopsia. La biopsia mostró un cáncer escamocelular moderadamente diferenciado condilomatoso con invasión vascular linfática y perineural presentes, por lo que se le realizó una penectomía parcial y se derivó a comité oncológico para evaluar adyuvancia. En control posterior a penectomía destaca buena evolución, ausencia de dolor y micción sin alteración. **CONCLUSIONES**: Si bien en Chile no se encuentra cálculo de incidencia, al evaluar los factores de riesgo se concluye que es una patología con gran oportunidad de prevención y gran porcentaje de curación cuando es tratado a tiempo. Es necesario realizar una mejor difusión de la enfermedad y de los factores de riesgos, especialmente en la población que epidemiológicamente se encuentra en el grupo de mayor riesgo.

REPORTE DE CASO DE TUBERCULOSIS RENAL

Daniela Ureta Díaz (1), Catalina Contreras Morgado (1), Natalia Valencia Quiroz (2)
(1) Médica EDF CESFAM Dr. Luis Ferrada Urzúa, (2) Médica Cirujana, CESFAM Pudahuel Poniente

INTRODUCCIÓN: La tuberculosis renal es una infección que se manifiesta habitualmente entre 5 a 10 años post primoinfección. A nivel mundial la tuberculosis genitourinaria es responsable de 14 % de las manifestaciones extrapulmonares y en el mundo occidental entre el 8 al 10% de los pacientes con tuberculosis pulmonar desarrollan tuberculosis renal. Generalmente la forma de presentación es unilateral y las lesiones generadas pueden desencadenar fibrosis del parénquima renal, siendo su principal complicación la hipertensión. **OBJETIVO**: Describir y reportar un caso clínico de Tuberculosis Renal. **Caso Clínico:** Paciente femenina de 59 años, con antecedente de Diabetes Mellitus, Hipotiroidismo, Dislipidemia, sin antecedente de primoinfección por tuberculosis (TBC), consulta en Atención Primaria de Salud (APS) por cuadro de 1 año de evolución, caracterizado por dolor en flanco izquierdo, disuria leve, astenia y sensación febril no cuantificada, con numerosos tratamientos antibióticos previos por sospecha de Infección de tracto urinario (ITU). Se solicita estudio con UroTAC por hematuria persistente el cual evidencia múltiples litiasis ureterales a izquierda, parcialmente agrupadas, asociado a hidroureteronefrosis (HUN) ipsilateral proximal con adelgazamiento cortical renal. Nefrolitiasis izquierda no obstructiva. Aparente engrosamiento parietal de la pelvis renal y ureter izquierdo en toda su extensión, con aumento de densidad de la grasa adyacente (compromiso inflamatorio infeccioso). Por hallazgos en UroTAC se solicitan nuevos exámenes complementarios dentro de los cuales destaca Pielografía ascendente izquierda con HUN leve, Ureteronefroscopía con Caliz superior izquierdo con presencia de fibrina en pelvis renal, finalmente PCR GeneXpert 05/01/2019 (Laboratorio HCUC) positivo para M.Tuberculosis sin resistencia a Rifampicina, con lo que se confirma diagnóstico de TBC renal, asociado a litiasis renal e ITU a repetición, por lo que se inicia tratamiento y se deriva a nivel secundario. **DISCUSIÓN:** La tuberculosis sigue siendo un problema importante de Salud Pública de nuestro país, con una incidencia de 15,6 casos por 100.000 habitantes. La TBC renal, si bien es una entidad poco común, es la causa más frecuente de TBC extrapulmonar, razón por la que cobra importancia la sospecha y diagnóstico precoz en APS para poder prevenir este tipo de complicaciones que pueden llevar a una falla renal. **CONCLUSIÓN:** Es importante conocer casos clínicos como el descrito, ya que es una enfermedad que simula otras patologías del tracto urinario, por lo que tenerlo dentro de los diagnósticos diferenciales evita la solicitud de exámenes costosos y policonsultas. En APS el diagnóstico de TBC es un desafío permanente que debemos buscar dirigidamente.

HIDROURETERONEFROSIS Y TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA COMO PRIMERA MANIFESTACIÓN DE ANEURISMA DE ARTERIA ILIACA INTERNA.

Boris Uribe Arriagada (1), Daniela Lavín Vásquez (2), Viviana Villalobos Labra (1)
(1) Médico EDF SSMS, Cesfam Cóndores de Chile, (2) Médico EDF SSMS, Cesfam Barros Luco

INTRODUCCIÓN y OBJETIVOS: Un aneurisma de arteria iliaca (AAI) es una dilatación permanente y focal de la arteria que mide más del 50% del diámetro normal del vaso. Una arteria iliaca interna con un diámetro > 8mm se considera aneurismática. El 70% de los aneurismas iliacos corresponden a aneurismas de la arteria iliaca común, el 25% de la arteria iliaca interna y los de la arteria iliaca externa son excepcionales. Los AAI son mucho más frecuentes en el sexo masculino (7:1). Su incidencia se incrementa con la edad, siendo máxima en la 7° y 8° décadas de la vida. La mayoría de los AAI son aneurismas verdaderos y su causa más frecuente es la enfermedad aterosclerótica. Otras causas incluyen pseudoaneurismas secundarios a enfermedades infecciosas, tejido conectivo e inmunológicas. Los OBJETIVOs de este trabajo son presentar un caso clínico de HUN y TVP como primera manifestación de aneurisma de arteria iliaca interna y a la vez exponer brevemente sobre sus causas, diagnóstico y tratamiento. **METODOLOGIA:** Se realizó revisión bibliográfica y reporte de caso clínico en hospital.
CASO CLÍNICO: Paciente haitiano de 51 años, sin antecedentes mórbidos relevantes. Ingresa a unidad hospitalaria en contexto clínico de trombosis venosa profunda de extremidad inferior izquierda y AKI KDIGO I. Los exámenes imagenológicos informan Eco Doppler con TVP femoral, poplítea y safena de extremidad inferior izquierda y el TAC TAP con aneurisma de la arteria ilíaca interna izquierda (parcialmente trombosado, posiblemente ulcerado y que tiene un diámetro axial de 50 mm) y ureterohidronefrosis moderada izquierda posiblemente en un contexto compresivo en relación al aneurisma descrito (impresiona comprimir el uréter izquierdo y desplaza la vejiga hacia medial). En este contexto es evaluado por cirugía vascular y urología. **DISCUSIÓN**: Los AAI aislados son extremadamente raros, siendo lo más frecuente y característico su asociación a un aneurisma de aorta abdominal. En la población general se estima una incidencia de AAI aislados del 0,03%, representando el 0,4-1,9% de la patología aneurismática. Aunque la presentación clínica de los AAI es variable, la mayoría de los pacientes son asintomáticos y el aneurisma constituye un hallazgo incidental. En AAI sintomáticos, las manifestaciones clínicas dependen de su tamaño y localización. Aneurismas grandes (>5cm) se manifiestan con síntomas compresivos o rotura. La compresión de estructuras adyacentes incluye uréter (hidronefrosis), colon (obstrucción intestinal), plexo lumbar (parestesias, dolor radicular) o vena iliaca (edema, trombosis venosa). No hay estudios aleatorizados comparando la cirugía abierta con la endovascular, pero las recomendaciones actuales se inclinan hacia el tratamiento endovascular. La cirugía abierta es de elección en 2 situaciones, preservar la arteria hipogástrica para el mantenimiento de la circulación pélvica o si un aneurisma de gran tamaño provoca compresión de las estructuras adyacentes. El seguimiento postcirugía se realiza anualmente mediante Angiotac.**CONCLUSIONES**: La historia natural de los AAI consiste en el crecimiento continuo con el tiempo y su potencial rotura. El tratamiento depende de muchas variables, pero varios estudios concluyen que el tratamiento endovascular frente a la cirugía abierta está asociado a un menor tiempo quirúrgico, menor estancia hospitalaria y menor pérdida hemática con necesidad de transfusión. Sin embargo, en el caso actual estaría indicado cirugía abierta por ser un aneurisma de gran tamaño y comprometer estructuras adyacentes.

DIABETES TIPO 3C SECUNDARIA A PANCREATITIS CRÓNICA INDUCIDA POR ALCOHOL. A PROPÓSITO DE UN CASO.

Mauricio Uribe Araneda
Médico EDF CESFAM de Río Bueno

INTRODUCCIÓN: La Pancreatitis Crónica es una condición inflamatoria que resulta en un cambio estructural permanente del páncreas y que conlleva a una disfunción exocrina y endocrina. La etiología en la mayoría de los casos es idiopática, sin embargo, dentro de sus principales factores de riesgo se encuentran: diabetes, pancreatitis aguda previa, alcoholismo y tabaquismo, entre otros. Dentro de las complicaciones destaca la insuficiencia endocrina, ocurriendo en un 30 a 50% de los casos, generando diabetes pancreatogénica o diabetes tipo 3C, debido a la destrucción de los islotes. **CASO CLINÍCO:** Paciente masculino de 26 años, eutrófico, sin antecedentes familiares de DMT2, con antecedentes de alcoholismo y 2 hospitalizaciones por pancreatitis aguda en Hospital Base Valdivia (HBV) (2018 y 2019), destacando en primera pancreatitis una TC AP con necrosis de la cola pancreática asociada a extensa colección peripancreática, y en segunda pancreatitis con TC AP con compromiso de más del 50% del parénquima pancreático. Luego queda en control ambulatorio con gastroenterología y psiquiatría siendo dado de alta para mediados del 2019, reanudando luego consumo problemático de alcohol. Posteriormente paciente consulta en abril 2021 por cuadro de 3 semanas de evolución de hiporexia, esteatorrea, baja de peso de 10 kg, polidipsia, poliuria, fatiga y dolor abdominal inespecífico; AUDIT alterado para consumo problemático de alcohol; y tabaquismo activo. Con hemoglucotest capilar de 504 mg/dl. Se inicia tratamiento con insulina NPH y se deriva caso a endocrinología HBV bajo diagnóstico de Diabetes Pancreatogénica. **DISCUSIÓN**: Dado los factores de riesgo descritos para diabetes pancreatogénica, y en contexto del caso presentado, se destaca la importancia del seguimiento multidisciplinario posterior al alta de pancreatitis aguda, para así pesquisar precozmente la evolución a pancreatitis crónica y sus complicaciones.

SÍNDROME DE BUDD-CHIARI SECUNDARIO A LESIÓN FOCAL HEPÁTICA, PRESENTACIÓN DE UN CASO.

Mauricio Uribe Araneda
Médico EDF CESFAM de Río Bueno

INTRODUCCIÓN: El síndrome de Budd-Chiari se define como una obstrucción del tracto de salida de las venas hepáticas, no causado por patología cardiaca, pericárdica ni obstrucción sinusoidal. El síndrome primario se presenta como una obstrucción por trombosis o flebitis venosa, mientras que el secundario se presenta por compresión o invasión de venas hepáticas y/o cava inferior por lesiones externas. La presentación clínica varía desde la falla hepática aguda hasta el daño hepático crónico, predominando hallazgos de dolor abdominal, ascitis, hepatomegalia, edema de extremidades inferiores, ictericia, etc. El diagnóstico puede ser establecido usualmente por ecografía abdominal Doppler. **CASO CLINÍCO:** Paciente masculino de 66 años, con antecedente de alcoholismo activo, que consulta en urgencias por cuadro de 15 días de ictericia de piel y mucosas con dolor abdominal y baja de peso. Al examen físico destaca ictericia mencionada, abdomen con matidez desplazable y edema de miembros inferiores. Destacan exámenes con elevación de parámetros inflamatorios, bilirrubina directa y transaminasas. Se maneja como hepatitis alcohólica leve, pero por persistencia de ictericia se traslada a Hospital Base Valdivia para estudio. RM de abdomen: lóbulo caudado prominente que comprime parcialmente vena cava inferior, compatible con síndrome de Budd-Chiari. Alfa fetoproteinas en 13.67. Evoluciona con mejoría sintomática y de parámetros inflamatorios, dándose de alta. Mantiene abstinencia alcohólica y adherencia a manejo farmacológico, y en 6 meses tiene ecografía Doppler con signos de daño hepático crónico, lóbulo caudado prominente, sin lesiones focales hepáticas. Actualmente paciente en buen estado general. **DISCUSIÓN**: En este contexto, la persistencia de síntomas como la ascitis o ictericia, llevan a considerar un Sd. De Budd-Chiari como diagnóstico diferencial. Asimismo, la evolución favorable gracias a la abstinencia alcohólica plantea como hipótesis la resolución del síndrome gracias a este cambio de hábito.

MENINGIOMA DE FOSA MEDIA DERECHA Y METÁSTASIS ÓSEAS DE PRIMARIO DESCONOCIDO. A PROPÓSITO DE UN CASO.

Mauricio Ignacio Uribe Araneda (1), Sebastián Andrés Sanhueza Viveros
(1) Médico EDF, Hospital de Río Bueno, (2) Médico EDF, CESFAM de Río Bueno

INTRODUCCIÓN: Los meningiomas constituyen un 36.4% de los tumores primarios del SNC, predominando en adultos mayores y sexo femenino. La etiología es desconocida en la mayoría de los casos. Los meningiomas se pueden clasificar en lesiones de grado I, II y III (lesiones malignas) y la presentación clínica varía según la localización del tumor. Al estudio con TC el meningioma típico se presenta como una masa extra-axial que desplaza el cerebro y en ocasiones son calcificados o multilobulados. Las metástasis extracraneales óseas ocurren frecuentemente en tumores malignos, siendo su tasa de propagación del 10% en estudios retrospectivos. **CASO CLINÍCO:** Paciente femenina de 70 años, con antecedentes de diabetes mellitus e hipertensión arterial. Consulta en urgencias por 10 meses de poliartralgias, baja de peso, y múltiples caídas. Se hospitaliza para estudio. TC de cerebro presenta lesión extra-axial de 3,6 cm en fosa media derecha, de contornos lobulados, presentando desviación de las estructuras de la línea media, compatible con meningioma. TC de pelvis muestra lesiones líticas en huesos pélvicos y fémur proximal bilateral. A la cintigrafia ósea se presentan múltiples imágenes blásticas, incluyendo región infraorbitaria derecha. Biopsia de Hueso Iliaco derecho: metástasis de adenocarcinoma, se favorece como primera posibilidad origen pancréato-biliar. Debido a mal pronóstico se ingresa a cuidados paliativos. Evoluciona en 1 mes con dependencia severa, exoftalmo derecho, síndrome demencial y delirium. Finalmente fallece en domicilio debido a sepsis de origen cutáneo. **DISCUSIÓN:** Si bien el análisis es sugerente de un origen no craneal, no se puede descartar que las otras metástasis óseas no sean del meningioma. Por ende, se recalca que la falta de estudios más específicos, como marcadores de proliferación y más biopsias óseas, no permitieron determinar el origen de las otras metástasis.

ESTUDIO DESCRIPTIVO DE LAS INTERCONSULTAS REALIZADAS EN EL CESFAM DE PUAUCHO DIRIGIDAS A LA UNIDAD DE CIRUGÍA GENERAL DEL HOSPITAL BASE SAN JOSE OSORNO (HBSJO) ENTRE MARZO DE 2019 A MARZO DE 2021.

Camila Ignacia Urra Aguilar (1), Felipe Eduardo Soza Schwencke (2), Joaquín Esteban Urra Aguilar (3)
(1) Médico EDF Hospital de Río Negro, (2) Médico EDF, CESFAM Puaucho.
(3) Estudiante medicina Universidad San Sebastián sede Puerto Montt

INTRODUCCIÓN: Las enfermedades de resolución quirúrgica, especialmente aquellas GES (garantías explicitas en salud), corresponden a un grupo de patologías que aportan gran cantidad de pacientes a las listas de espera a nivel nacional constituyendo una gran problemática en términos de salud pública y gestión. **OBJETIVOS:** Identificar el número total de interconsultas realizadas en el periodo descrito, así como las características clínicas y demográficas de la población estudiada que fueron derivadas a la especialidad de cirugía general (CG) y sus sub unidades. **MATERIAL Y MÉTODO:** Se realizó un estudio retrospectivo durante 24 meses (01/03/2019 – 01/03/2020) que incluyó pacientes de todas las edades y diagnósticos que hubiesen sido derivados desde CESFAM (Centro de Salud Familiar) Puacho a CG del HBSJO con datos obtenidos a través de plataforma digital RAYEN y la tabulación de éstos datos en programa Excel. **RESULTADOS:** En el periodo considerado se realizaron 94 interconsultas a CG, de las cuáles un 40.4% fueron enviadas a Cirugía adulto, 35.1% a Digestivo, 13.8% a Pared abdominal, 8.5% a cabeza y cuello, un 1% tanto a cirugía reparadora como a cirugía de tórax. Del total de derivaciones un 52.1% correspondían a pacientes de sexo femenino y un 47.8% a pacientes de sexo masculino, además un 19.1% correspondían a patologías GES. El rango etario de la población estudiada iba entre los 17 y 89 años de edad, siendo la media de 58 años y la mediana de 60 años. Entre los motivos de derivación los 3 más frecuentes fueron Colelitiasis (27,6%), hernias (abdominales y umbilicales: 16%) y tumores benignos (13,8%). **DISCUSIÓN:** Al analizar los RESULTADOS destaca que los tres diagnósticos más repetidos corresponden a patologías benignas no GES, lo cuál probablemente conllevará tiempos de espera de atención más largos respecto a aquellas patologías GES, por lo que nos parece necesario realizar un segundo estudio relacionando estas dos variables (patologías con sus respectivos tiempos de espera de atenci). Por otra parte al separar las derivaciones a Cirugía general en dos grupos, siendo el primero las realizadas entre el 01/03/2019 y el 01/03/2020 (período pre-COVID19) versus aquellas realizadas entre el 01/03/2020 y el 01/03/2021 (período COVID19), destaca una caída de un 20% de interconsultas realizadas en este segundo período respecto al primero, lo que probablemente dicta relación con los otros efectos que ha traído consigo esta pandemia evidenciando una disminución en el número de consultas por otras patologías.

FORAMEN OVAL PERMEABLE ¿CAUSA O HALLAZGO EN ACCIDENTE CEREBROVASCULAR ISQUÉMICO?

Fernanda Urrizola Barrientos (1), Ariel Illanes Retamal (1), Constanza González Vásquez (2), Macarena Palacios Fellay (3)
(1) Médico EDF Hospital de Curacautín, (2) Médico EDF Hospital de Nacimiento,
(3) Médico EDF CESFAM Pinares

INTRODUCCIÓN: La incidencia de accidente cerebrovascular (ACV) isquémico en individuos menores de 50 años tiene una frecuencia de hasta el 12%. Se ha observado un aumento debido la confirmación diagnóstica por neuroimagen y aumento de factores de riesgo cardiovasculares. Las etiologías difieren con respecto a adultos mayores, dentro de las cuales encontramos causas cardioembólicas (20%), vasculares como disección o vasculitis, trombofilias, uso de drogas ilícitas, indeterminada, entre otros. Es importante en este grupo etario hallar posibles malformaciones cardiacas que podrían jugar un rol como causa de ACV en adulto joven. **PRESENTACIÓN DEL CASO**: Paciente de 27 años, sin antecedentes mórbidos, tabaquismo activo con IPA (índice paquetes/ año) 2,5, usuaria de DIU (dispositivo intrauterino) medicado con levonogestrel, consulta por cuadro de 30 horas de evolución caracterizado por hemianopsia homónima izquierda, sensación de cuerpo extraño ocular ipsilateral y cefalea EVA 3/10. Se realiza en Urgencia Angioresonancia cerebral que confirma infarto occipital derecho. Se hospitaliza para observación y estudio etiológico. AngioTAC cerebral y de cuello sin hallazgos patológicos, Holter de arritmia normal, estudio inmunológico de vasculitis y de trombofilias negativos. Se realiza ecografía transtorácica que resulta normal. Se completa estudio con ecografía transesofágica que confirma foramen oval permeable (FOP). Debido a la ausencia de otra posible causa, se concluye como etiología del ACV isquémico la persistencia del foramen oval permeable, indicando como manejo médico antiagregación plaquetaria. Se observa una recuperación parcial de la hemianopsia, en espera de procedimiento vía cateterismo para cierre FOP. **CONCLUSIÓN:** Algunos defectos en el septo interauricular como FOP se encuentran en el 25% de la población sana, por lo que su asociación como causa de ACV aún no es clara, asimismo con el riesgo de recurrencia. Metaanálisis de estudios disponibles no logran valores estadísticamente significativos a favor del cierre en comparación a tratamiento médico, por lo que el manejo final en estos casos aún es discutible.

HEMICOREA DE CAUSA METABÓLICA: REPORTE DE UN CASO.

Fernanda Urrizola Barrientos (1), Ariel Illanes Retamal (1), Macarena Palacios Fellay (2), Constanza González Vásquez (3)
(2) Médico EDF, Hospital de Curacautín, (2) Médico EDF CESFAM Pinares, (3) Médico EDF, Hospital de Nacimiento.

INTRODUCCIÓN: El síndrome coreico se caracteriza por movimientos involuntarios, rápidos y breves, que migran de una parte del cuerpo a otra, con afectación principalmente de cara, tronco y extremidades. Puede ser hereditaria o adquirida, dentro de las cuales encontramos causa vascular o secundaria a enfermedades sistémicas como autoinmunes, infecciosas, metabólicas, etc. Dentro de ésta última, hay que descartar el estado hiperglicémico no cetósico (generalmente con valores de glicemia mayor a 300 mg/dl y/o HbA1c de 14%), a pesar de ser casos poco comunes con una prevalencia de menos de 1 caso por cada 100.000 habitantes, ya que la prevalencia de diabetes en la población chilena llega hasta un 10 %.
PRESENTACIÓN DEL CASO: Paciente de 52 años, antecedente de Diabetes Mellitus sin tratamiento farmacológico y meduloblastoma cerebeloso derecho tratado con radioterapia y cirugía, sin uso reciente de fármacos ni drogas, evoluciona con hemicorea izquierda de 15 días de evolución que inicia en mano izquierda con irradiación hacia pierna ipsilateral. TAC cerebral con contraste evidencia aumento de la densidad del cuerpo estriado derecho y en menor grado del izquierdo, sin cambios significativos a la inyección de medio de contraste. En exámenes iniciales parámetros inflamatorios bajos, función hepática y renal normal, electrolitos (incluidos magnesio y calcio) normales y función tiroidea normal. Destaca HbA1c 15.2 %. Se realiza punción lumbar: proteínas 54 mg/dl, glóbulos blancos 0, Glóbulos rojos 30, glucosa 221 mg/dl, Tinción Gram y cultivo negativo, PCR Herpes simple 1 y 2 negativo. Se completa estudio con Resonancia magnética cerebral con Gadolineo que informa alteración lentiforme derecha sugerente de hiperglicemia no cetósica, secuela hemorrágica cerebelosa derecha y estigmas de angiopatía amiloidea. Luego de alcanzar euglicemias durante la hospitalización, se observa evolución favorable, siendo dado de alta desde el punto de vista de especialidad. **CONCLUSIÓN**: En pacientes que presenten corea, sospechar etiología metabólica en casos confirmados de diabetes que presenten mal control metabólico, una vez descartada otras etiologías. Es necesario un control estricto de las glicemias, por lo que juega un rol primordial la atención primaria en el control de patologías crónicas.

INTOXICACIÓN POR AMANITA PHALLOIDES: REPORTE DE UN CASO

Fernanda Urrizola Barrientos (1), Constanza González Vásquez (2), Macarena Palacios Fellay (3), Ariel Illanes Retamal (1)
(1) Médico EDF, Hospital de Curacautín, (2) Médico EDF, Hospital de Nacimiento, (3) Médico EDF CESFAM Pinares,

INTRODUCCIÓN: Amanita Phalloides es la variedad de hongos que más frecuentemente causa intoxicación (90%), con alta morbimortalidad lo que hace necesario conocer su aspecto y consecuencias clínicas. Su cuadro clínico se caracteriza por un período asintomático (periodo de latencia entre 8-12 horas), una fase gastrointestinal seguida de una segunda fase de latencia (mejoría aparente) y una tercera fase hepatorrenal. **PRESENTACIÓN DEL CASO**: Paciente masculino de 60 años con antecedente de hipertensión arterial, diabetes, obesidad y dislipidemia, acude a urgencias por cuadro de dolor abdominal tipo cólico de menos de 24 horas de evolución asociado vómitos y diarrea, sin fiebre, posterior a la ingesta de hongos silvestres (grises). Se decide manejo ambulatorio con Metronidazol vía oral, Bioflora y Paracetamol.Evoluciona con persistencia de síntomas por lo que consulta nuevamente a las 72 horas. Se constata hemodinamia estable, deshidratación y somnolencia, se solicitan exámenes que destaca falla hepática aguda por lo que se deriva a hospital de mayor complejidad para evaluación. Laboratorio de ingreso: lactato 36, BT 6.6 (predominio directa), GOT 4.704, GPT 6.791, LDH 3.512, crea 1.29, BUN 36, ELP 136/5.4/103, pH 7.26, GB 15.200, plaquetas 194.000, INR no coagula (previo 8.9), VHA y VHB no reactivo. Se decide ingreso a UTI dado falla hepática aguda y posterior derivación a Concepción para eventual trasplante hepático (score King's college 1 mayor y 3 menores). Paciente con deterioro clínico progresivo, evoluciona con falla multiorgánica y posterior fallecimiento. **CONCLUSIÓN:** Debido al antecedente de consumo de hongos silvestres y cuadro gastrointestinal asociado, se asume el consumo de Amanita Phalloides como causa de falla hepática fulminante secundario a las amatoxinas que la componen. Es de suma importancia el dato entregado en la anamnesis ya que nos permite tener una sospecha inicial, comenzar un tratamiento agresivo precoz y derivar de forma oportuna para evitar un desenlace fatal.

PAPILOMA ESCAMOSO INFLAMADO DE BASE SÉSIL EN ÚVULA. REVISIÓN DE UN CASO.

Karla Valdivia Cortés (1), Paula Espinoza Villaseñor (1), Jorge Urrutia Rosales (2)
(1) Médico EDF, CESFAM Valle Mar, (2) Cirujano Dentista EDF, CESFAM Valle Mar

INTRODUCCIÓN: El papiloma oral escamoso, esta relacionado con una infección por virus herpes simple. Esta infección es factor de riesgo para el DESARROLLO de cáncer cervicouterino; faringe; laringe; anogenital, y de la cavidad oral. En esta zona es raro encontrar papilomas, pero cuando se hallan, son de base pediculada. Este caso reporta un papiloma escamoso inflamado de úvula, de base sésil. **DESCRIPCIÓN DEL CASO:** Paciente de 46 años, sexo masculino. Desde año 2018 consulta múltiples veces con médico por molestias al tragar, tos y percepción de aumento de volumen en úvula, sin resolución de consulta. Año 2020 se detecta franco aumento de volumen en úvula por lo que se hace interconsulta a otorrinolaringología Hospital Santa Cruz, pero no se da pertinencia y se redirecciona a box dental APS. Una vez evaluado por odontólogo, se realiza interconsulta a Patología oral en Hospital de Rancagua bajo la descripción "Lesión papular asociado a borde derecho de la úvula, color rosado violáceo, superficie lisa, base sésil, limites bien delimitados, homogénea, 1 cm en su diámetro mayor. Genera molestias para hablar y comer. Evolución 1 año con rápido crecimiento. Paciente relata que aumenta de volumen cuando éste se enferma" y como diagnósticos diferenciales Lesión vascular, úvula alargada y carcinoma espinocelular. Patóloga solicita exámenes VDRL, VIH, hemograma completo, glicemia, TTPA y TP, los cuales resultan todos en rangos normales y no reactivos. Con los RESULTADOS, se cita al paciente a cirugía bajo anestesia general para extirpación de tumor con margen de seguridad 1 cm, y reconstrucción de la estructura, además se envía tejido a estudio histopatológico. El estudio concluye transformaciones arquitecturales y citopáticas sugerentes con alteración celular por Virus Papiloma Humano (VPH, compatible con papiloma escamoso inflamado), y no se observan elementos de carácter maligno en los fragmentos analizados. Contrarreferido el paciente a Atención Primaria de Salud (APS) para control post exodoncia, se deriva a su pareja a matrona para realizar Papanicolau (PAP), por posible transmisión de VPH durante relaciones sexuales. **CONCLUSIÓN:** El trabajo interdisciplinario en una de las bases de la APS, y más si en el centro se comenzó a trabajar utilizando el Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS). Esto reduce tiempos de derivación para los pacientes y evita que estos pasen entre muchos profesionales antes de llegar a su diagnóstico. Además, realizar un correcto examen oral, no solo dentario, sino, que también revisar mucosas orales y tejidos cervicales es imperioso para la detección precoz de posibles patologías malignas.

QUEILITIS ACTÍNICA ASOCIADA A TRABAJOS DE TEMPORADA, PESCA Y AGRICULTURA EN LA COMUNA DE NAVIDAD. REPORTE DE UN CASO.

Karla Valdivia Cortés (1), Paula Espinoza Villaseñor (1), Jorge Urrutia Rosales (2)
(1) Médico EDF, CESFAM Valle Mar, (2) Cirujano Dentista EDF, CESFAM Valle Mar

INTRODUCCIÓN: La queilitis actínica es una queratosis de la piel, específicamente de los labios, inducida por la constante exposición del tejido a radiación UV. Estas lesiones generalmente se presentan en el labio inferior de hombres, trabajadores expuestos de forma prolongada a radiación UV solar, como pescadores y agricultores. Además, es una lesión potencialmente maligna, por la acción mutagénica de los rayos UV sobre el genoma celular. Sin embargo, su tasa de conversión a carcinoma oral de células escamosas (COCE) es muy baja, entre el 1 al 3%, pero cuando lo hace, su poder metastásico es muy alto.
DESCRIPCIÓN DEL CASO: Paciente sexo masculino, 78 años. De oficio agricultor, con más de 50 años de ejercicio sin uso de protección solar. Consulta con su sobrina, derivado desde médico por lesión en labio inferior que no cicatriza. Usuario residente de ELEAM, con diagnósticos hipertensión, diabetes mellitus tipo 2, dislipidemia y en estudio por principio de Alzheimer. Al examen oral se pesquisa labio inferior seco, descamado, edematoso, ulcerado, sin límite claro entre mucosa y bermellón labial, lámina de fibrina recubriendo labio, doloroso al tacto, pero sin adenopatías palpables. Sobrina menciona que ya fueron derivados a patología oral de Hospital de Rancagua, pero no sabe explicar cuales fueron las indicaciones de la especialista. Se trató el 2018 con betametasona al 0.05% 2 veces al día, sin mejoría, por lo que el año 2019 se toma biopsia incisional y se envía a estudio histopatológico. El informe revela, displasia epitelial severa, acentuado fotodaño del colágeno dérmico, focos de infiltrado inflamatorio crónico perivascular por lo que se realiza biopsia excisional, para descartar COCE, resultando favorable para el paciente. Se mantiene a éste con betametasona 0.05% tópico, cicaplast BAUME®, limitar la exposición solar, y controles periódicos en box dental APS. **CONCLUSIÓN:** Es necesario que los equipos de Atención Primaria de Salud conozcan los oficios propios de los usuarios que atienden, para permitir la alta sospecha de patologías ocupacionales potencialmente malignas propiciando un estudio adecuado para evitar o prevenir la progresión natural de la enfermedad. Es importante que los profesionales generen común acuerdo sobre los tejidos y estructuras que abarcará cada uno, con el fin de evitar toparse y hacer pasar al paciente por múltiples oficinas y especialidades, sin darle solución a su motivo de consulta.

HIPERPARATIROIDISMO PRIMARIO COMO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE ASTENIA

Mónica Urrutia Tapia (1), Javiera Jaramillo Valenzuela (2), Felipe Molina Jimenez (3), Camila Rivera Bugueño (4)
(1) Médico EDF Cesfam Salvador Allende Gossens- Tierra Amarilla, (2) Médico EDF Cesfam Manuel Rodriguez, Copiapo, (3) Médico EDF Cesfam Rendic, Antofagasta, (4) Médico EDF Cesfam Victor Bertin Soto, Arica

INTRODUCCIÓN: La astenia es un motivo de consulta frecuente, que puede presentarse como un síntoma único o bien dentro de un cuadro clínico claro, puede resultar en un desafío diagnóstico y tener etiologías tanto orgánicas como funcionales. Dentro de las causas orgánicas se encuentran las enfermedades endocrino-metabólicas como el Hiperparatiroidismo primario, el cual es un estado secundario a la secreción excesiva de PTH causada por un defecto de las células paratiroideas. Es 2-3 veces más frecuente en mujeres que en hombres. En el 85% de los casos la causa es un adenoma solitario de paratiroides. La manifestación clínica más común es la hipercalcemia asintomática, dentro de los síntomas se encuentra la debilidad generalizada, dolor osteoarticular o síntomas asociados a complicaciones por hipercalcemia crónica
CASO CLINÍCO: Mujer de 66 años, con antecedentes de hipertensión arterial y dislipidemia, en tratamiento con Olmesartan y Atorvastatina. Consulta por cuadro de inicio insidioso de 6 meses de evolución caracterizado por astenia y mialgias, sin pérdida de peso, sin factores desencadenantes o atenuantes ni otros síntomas asociados y sin hallazgos patológicos en examen físico. Se realizan exámenes con resultado calcio sérico elevado (10.5 mg/ dl) como único hallazgo patológico, el cual se comprueba con una segunda muestra persistentemente elevada, asociada a PTH aumentada (158 pg/dl) y fosforo sérico disminuido (2.6 mg/dl), sin alteración de función renal. Se realiza estudio de imagen dirigido para buscar causa etiológica con Cintigrama de paratiroides con Tc 99 mibi que resulta con hallazgo de adenoma solitario de paratiroides derecho.
CONCLUSIONES: Dentro de los diagnósticos diferenciales de astenia se encuentran causas funcionales y orgánicas. Dentro de las causas funcionales se debe plantear la posibilidad de trastornos psiquiátricos (trastorno de ansiedad, depresión, trastornos somatomorfos, trastornos alimentarios), alteraciones del sueño, uso de fármacos (psicofármacos, beta bloqueadores, antihistamínicos), alcohol o drogas de abuso y causas orgánicas como endocrino-metabólicas (hipo-hipertiroidismo, hiperparatiroidismo, diabetes mellitus, insuficiencia suprarrenal, trastornos hidroelectrolíticos), infecciones (TBC, VIH, virus hepatitis) , enfermedad autoinmunes y reumatológicas (artritis reumatoide, fibromialgia, cirrosis biliar primaria), tumores, enfermedades hematológicas, enfermedad inflamatoria intestinal, obesidad, enfermedad de Parkinson, esclerosis múltiple y considerar la etiología idiopática presente hasta el 20% de los casos. Una adecuada y detallada historia clínica logrará enfocar el estudio, con el fin de evitar múltiples consultas y uso excesivo de exámenes complementarios, logrando así un diagnóstico y manejo precoz según las distintas etiologías.

PSICOSIS DE ORIGEN ORGÁNICO DEBIDA A ENFERMEDAD TIROIDEA: A PROPÓSITO DE UN CASO

Mónica Urrutia Tapia (1), Felipe Molina Jimenez (2), Camila Rivera Bugueño (3)
(1) Médico EDF Cesfam Salvador Allende Gossens, Tierra Amarilla, (2) Médico EDF Cesfam Rendic, Antofagasta.
(3) Médico EDF Cesfam Victor Bertin Soto, Arica

INTRODUCCIÓN: Una gran cantidad de enfermedades medicas pueden ir acompañadas de síntomas psicóticos. Variaciones en niveles hormonales pueden manifestarse en alteraciones neuropsiquiátricas, tales como cambios en la personalidad, en la memoria y funciones mentales, anormalidades neurológicas. El déficit de hormonas tiroideas está relacionado con síntomas psiquiátricos siendo un diagnostico diferencial de demencia o depresión resistente, trastornos de ansiedad, delirium y síntomas psicóticos. **CASO CLINÍCO**: Paciente 56 años, con antecedentes de Enfermedad de Graves-Basedow tratada con radioyodo con posterior conversión a hipotiroidismo, Insuficiencia cardiaca con fracción de eyección reducida, enfermedad celiaca, sin tratamiento. Ingresa a servicio de urgencia traído por familiares por cuadro de inicio agudo de 2 días de evolución caracterizado por desorientación en tiempo y espacio, mutismo, insomnio, anorexia, luego de 24 horas de iniciado el cuadro comienza a predicar en la vía publica insistiendo que ha conocido a dios, al momento de la evaluación destaca agitación psicomotora, discurso incoherente, desorientación temporo-espacial. Se toman exámenes complementarios donde destaca como único hallazgo TSH 23 mUI/L, TAC de encéfalo sin alteraciones. Es hospitalizado con diagnóstico de síndrome confusional agudo y psicosis de origen orgánica, con posterior manejo del cuadro y remisión de los síntomas. **CONCLUSIONES**: Los síntomas psicóticos pueden estar asociados a múltiples etiologías tanto médicas y psiquiátricas, las características clínicas de la psicosis no son patognomónicas de diagnósticos específicos. Dentro de las causas se encuentran enfermedades psiquiátricas como esquizofrenia, trastorno delirante, trastorno esquizoafectivo, trastorno depresivo, trastorno esquizotípico de la personalidad. Por otra parte los síntomas psicóticos pueden estar inducidos por uso de sustancias o afecciones médicas como trastornos endocrinos (enfermedad tiroidea, suprrarenal) , encefalopatía hepática y urémica, infecciones (VIH, sifilis, encefalitis por virus herpes simple), lupus eritematoso sistémico, esclerosis múltiple, trastornos neurodegenerativos o deficiencia de vitamina B12. Es importante, por tanto, descartar patologías orgánicas ante manifestaciones psiquiátricas debido a que la corrección y manejo de estas patologías de base lleva a la supresión de los síntomas psiquiátricos y contribuye a realizar un diagnostico precoz y un adecuado manejo según cada etiología subyacente

CARACTERIZACIÓN DE CUIDADORES DE PACIENTES CON DEPENDENCIA SEVERA DEL CESFAM IRIS VELIZ HUME DE LA CIUDAD DE ARICA.

Elizabeth Usnayo Ayca (1), Miriam Tapia Gutiérrez (2), Manuel Budrovich Arrizaga (3)
(1) Médico EDF Arica Cesfam IVH, (2) Médico EDF, Posta Rural de Visviri, (3) Médico APS, Cesfam Víctor Bertín Soto.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS: La escala Zarit es un instrumento que mide sobrecarga del cuidador evaluando dimensiones como calidad de vida, capacidad de autocuidado, red de apoyo social y competencias para afrontar problemas conductuales y clínicos del paciente. El OBJETIVO de este trabajo es caracterizar a los cuidadores de pacientes con dependencia severa del Cesfam Iris Veliz, ingresados en los últimos 12 meses. Regueiro A., Pérez A., Gómara S. y Ferreiro C. (2007). Escala de Zarit reducida para la sobrecarga del cuidador en atención primaria, *Atención Primaria*, Vol. 39. Núm.4.185-188. https://doi.org/10.1157/13100841. **MATERIAL y MÉTODO**: Estudio transversal retrospectivo descriptivo, se aplica la escala de Zarit abreviada a los cuidadores de paciente con dependencia severa, ingresados desde febrero 2020 hasta marzo 2021. Se excluyen a cuidadores que reciben una remuneración y de aquellos pacientes que se encuentran institucionalizados. Se realiza el análisis a través del registro estadístico de planilla Excel. **RESULTADOS**: De un total de 61 cuidadores, fueron 21 excluidos por recibir una remuneración laboral, Se le aplico a 41 cuidadores la escala de Zarit, el 77,5% (31) presento sobrecarga intensa y solo un 22,5% (9) no presenta sobrecarga. De las variables no modificable se observa que 72,5% (29) son mujeres y 27,5% (11) son hombres. La edad promedio de los cuidadores fue 55,04 años, **CONCLUSIONES:** La sobrecarga del cuidador es fundamental su detección, ya que existe mayor malestar psicológico relacionado con la ansiedad y estrés, debido a la pandemia de COVID-19. **COMENTARIOS**: En atención primaria, la escala de Zarit, es un instrumento validado y nos permite actuar e intervenir de manera oportuna, más en este periodo donde la pandemia ha aumentado la sobrecarga emocional.

CONSECUENCIAS DE LA PANDEMIA COVID19 EN EL PROGRAMA DE SALUD CARDIOVASCULAR EN EL CESFAM VALLE MAR, NAVIDAD.

Karla Valdivia Cortés (1), Paula Espinoza Villaseñor (1), Jorge Urrutia Rosales (2)
(1) Médico EDF, CESFAM Navidad, (2) Odontólogo CESFAM Navidad

INTRODUCCIÓN: El programa de salud cardiovascular (PSCV) en Atención Primaria establece lineamientos sobre metas de compensación, ajustadas a la edad, de patologías que generan riesgo cardiovascular como son la hipertensión arterial (HTA) y Diabetes Mellitus (DM) con el OBJETIVO de prevenir y reducir la morbilidad, discapacidad y mortalidad por enfermedades cardiovasculares, así como prevenir las complicaciones a futuro. El inicio de la pandemia por COVID19 generó cambios migratorios poblaciones, modificación de lineamientos de atenciones con priorización de las mismas, flexibilización en la entrega de medicamentos, además del recelo poblacional a acercarse a los centros de salud por riesgo de contagio.
OBJETIVO: Determinar si las medidas adoptadas por la pandemia COVID19 el año 2020 generaron un aumento de descompensaciones de las patologías cardiovasculares en el CESFAM Valle Mar Navidad. **MATERIAL Y MÉTODO:** Estudio descriptivo transversal. Se revisó los registros estadísticos del PSCV de diciembre de 2019 y diciembre 2020 del CESFAM Valle Mar Navidad y sus 3 postas asociadas. Los datos obtenidos fueron tabulados y analizados en programa Excel.
RESULTADOS: La población total del PSCV del año 2019 fue de 1554 usuarios, la que aumentó a 1875 el año 2020 (aumento del 20%), con un predominio del sexo femenino (60% y 55%, 2019 y 2020 respectivamente). Las patologías más prevalentes fueron HTA (96% y 87%, 2019 y 2020 respectivamente), DM2 (32% y 31%) y dislipidemia (64 y 54%). El grado de compensación de HTA fue de 72,5% vs 59,5%, y de DM2 de 44,7% vs 29% para el año 2019 en comparación con el año 2020 respectivamente. Con respecto a descompensaciones severas la presión arterial fue mayor a 160/110 mmHg en 7,3% vs 11% de los HTA, y de HbA1c mayor a 9% de 12,9% vs 16,1% en DM, respectivamente para los años 2019 vs 2020.
DISCUSIÓN y COMENTARIO: Si bien es cierto que el enfoque durante la pandemia fue la atención de los usuarios con COVID19, no podemos olvidarnos de los controles seriados y necesarios de los usuarios del PSCV que podrían generar una segunda ola de consultas y derivación al nivel secundario por descompensación aguda o crónica de sus patologías. Queda una gran tarea para los equipos de APS de atraer a la población a los controles y compensar sus patologías crónicas durante el año 2021 para revertir dicha situación.

CARACTERIZACIÓN DE LAS ATENCIONES ASOCIADAS CON EL DIAGNOSTICO DE CRISIS HIPERTENSIVA EN EL SAR IRIS VELIZ HUME. ARICA, EN EL PRIMER TRIMESTRE DEL 2021

Rosa Valdovinos Rosales, Luis Gallardo Cartes, Elizabeth Usnayo Ayca,
Medicos EDF CESFAM Iris Veliz Hume

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS: La hipertensión arterial elevada es un hallazgo común en el servicio de Urgencia, con múltiples causas, por lo que es imprescindible distinguir entre una verdadera Urgencia y Emergencia Hipertensiva; el OBJETIVO del presente trabajo es caracterizar clínica y epidemiológicamente las atenciones con diagnóstico de egreso de crisis hipertensiva en el Servicio de Urgencia de alta Resolución (SAR) Iris Veliz Hume en el primer trimestre del año 2021. (Ann Emerg Med. 2013 Jul;62(1):59-68.Stephen J Wolf et. al; Archivos en Medicina Familiar. Vol.22 (1) 27-38, Crisis hipertensiva; Rev. méd. Chile v.130 n.2 feb. 2002, Dr. Eduardo Fasce). **MATERIAL y MÉTODO**: Estudio descriptivo, transversal y retrospectivo que consistió en la revisión de ficha clínica electrónica y estadística del SAR, donde se aplicaron las variables de factores de riesgo no modificables como sexo, edad, comorbilidad, y análisis de la atención realizada, tratamiento en urgencias, síntomas asociados, cifra tensional, y si requirió derivación a segundo nivel de atención. **RESULTADOS:** Se analizaron 57 atenciones con diagnóstico de crisis hipertensiva al alta, de los cuales 59% presentaron PAS>180 mmhg aislada, 1% PAD>120 mmhg aislada y mixta 15%; 22% con cifra tensional de PAS<180 y PAD<120. 40% en edad entre 50 y 64 años, 38% > de 65 años y el 21% < de 49 años, 60% de los casos corresponde a mujeres y 40% a hombres. 22% con DM2 asociada y 20 % sin diagnóstico previo de HTA. El 38% no continuaron controles en CESFAM posterior al alta. 50% manifestaron síntomas atribuibles a alza de presión, de los cuales 58% presento cefalea, mareo 34%, parestesias 20%, visión borrosa 13% y tinnitus 10 %, dolor torácico 10%, siendo menos frecuente epistaxis, hemorragia subconjuntival y palpitaciones entre el 3-6%. 81% de los casos recibió tratamiento en urgencia, siendo los fármacos utilizados: 93% captopril, 32% furosemida, 10% isosorbide, 8% diazepam, 4 % nitroglicerina, propanolol 2%. 23% fueron derivados a 2do nivel y de estos casos el 15% correspondía a una emergencia hipertensiva (3.5% del total atendido). **CONCLUSIÓN:** se observó que el sexo femenino egresa con mayor frecuencia con este diagnóstico, siendo la cefalea el síntoma más frecuente. Por grupo etario el mayor porcentaje de atenciones es entre 50 y 64 años. 22% del total de paciente no cumple cifra tensional que define urgencia hipertensiva. Destaca una cifra importante no continúa controles en APS posterior al alta en urgencias. El uso inadecuado de medicación sigue siendo una práctica habitual para su manejo. Aún resulta difícil en SAR distinguir una verdadera Urgencia hipertensiva. **COMENTARIO**: El medico que trabaja en urgencia debe conocer a cabalidad el diagnóstico y manejo de la crisis hipertensiva por ser una patología recurrente. Este trabajo nos motiva a reforzar conceptos y mejorar conductas.

MIOPATÍA NECROTIZANTE INMUNOMEDIADA POR AC. HMGCR, A PROPÓSITO DE UN CASO.

Diego Valencia Pino, Víctor Conejeros González, Ignacio Téllez Guzmán
Médicos EDF Hospital San José de Maipo

INTRODUCCIÓN: Las miopatías inflamatorias (MI) son un conjunto de enfermedades raras, con incidencia aproximada de 1 caso cada 100.000 individuos, afectando mayormente a adultos. Se caracteriza por la inflamación de distintos componentes de tejido muscular y se presentan como cuadro de debilidad generalizada aguda asociado a otros síntomas (mialgias y artralgias principalmente). **CASO CLINÍCO**: Paciente masculino de 63 años, con antecedentes de hipertensión arterial, dislipidemia y diabetes mellitus tipo 2, en control. Consulta por cuadro de 2 meses de edema en extremidades inferiores asociado a debilidad progresiva, principalmente al subir escaleras y alcanzar objetos en altura. Se estudia con electromiografía que informa hallazgos compatibles con polirradiculopatía desmielinizante crónica (CIDP). Consulta en urgencias donde se objetiva tetraparesia de predominio proximal M4- (MRC). Se estudia destacando CK total 38.735 U/L, CK-MB 2.017, GOT 1.057 GPT 740. Destaca en historia aumento reciente de atorvastatina a 40mg. Se decide iniciar tratamiento con prednisona 1mg/kg/día. Se mantiene en rehabilitación posterior. Se extiende estudio etiológico descartando neoplasias: TC tórax-abdomen-pelvis, endoscopía, colonoscopía, electroforesis de proteínas y APE. Perfil reumatológico ENA (-), ANA (-), Inmunoglobulinas nivel normal/bajo, TSH 0.9, VIH no reactivo, panel miopatías inflamatorias negativo y anticuerpos anti-HMGCR (+). Se diagnostica miopatía necrotizante inmunomediada por Ac. HMGCR, indicándose continuar manejo con pulso de inmunoglobulina por 3 días y posterior continuación de corticoterapia a la baja, disminuyendo progresivamente niveles de CK hasta 420 y mejorando déficit de fuerza levemente con kinesioterapia. **DISCUSIÓN**: Las miositis son cuadros de baja frecuencia, sin embargo, deben sospecharse ante aparición de debilidad insidiosa generalizada inexplicable, iniciando su estudio a la brevedad. Dado que de forma habitual cursan con elevación de CK su estudio inicial es rápido y permite una alta sospecha que deriva en un tratamiento precoz, el cual permite evitar complicaciones como son la falla renal secundaria e insuficiencia respiratoria mecánica.

DISMINUCIÓN DE LOS CONTROLES DE SALUD DEL PROGRAMA NIÑO SANO POR PERSONAL MÉDICO DURANTE LA CRISIS SANITARIA POR PANDEMIA COVID-19 EN UN CESFAM URBANO DE LA CIUDAD DE SANTIAGO. UNA COMPARACIÓN DEL AÑO 2019 Y AÑO 2020.

Natalia Valencia Quiroz (1), Lorena Ulloa Bustos (2)
(1) Médica Cirujana, CESFAM Pudahuel Poniente, (2) Médica Cirujana General, CESFAM Pudahuel Poniente

INTRODUCCIÓN y OBJETIVOs: Clásicamente ha sido parte de las funciones de la atención primaria de salud (APS) llevar a cabo los controles de salud desde el nacimiento del individuo hasta la etapa preescolar dentro del programa Niño Sano. Dicha labor es llevada a cabo principalmente por el equipo de enfermería, a excepción de los controles correspondientes a los 40 días y a los 3 meses, que pasan a ser responsabilidad del equipo médico. Durante el año 2020, Chile y el resto del mundo se vio afectado por la pandemia debida al virus SARS-Cov-2, lo que llevo a tomar medidas como restricción de la movilidad en la población, entre otras. Por otra parte, el equipo de salud tuvo la necesidad de reasignar personal a funciones relacionadas con la crisis sanitaria. Ambos factores mencionados, sumado a muchos otros, se traducen en afectación de diversas atenciones en los centros de APS. El OBJETIVO de este trabajo es comparar el número de atenciones realizadas por el personal médico en el marco del programa Niño Sano durante el año 2019 y el 2020 con el fin de objetivar si existió una reducción en las atenciones en lo que respecta a dicho programa. **MATERIAL y MÉTODO:** Se utilizó el programa de ficha electrónica Rayen para obtener el total de las atenciones realizadas por médicos en relación con el programa Niño Sano de todas las edades durante el año 2019 y 2020 en CESFAM Pudahuel Poniente. Mediante el programa Excel se filtraron los datos obtenidos para comparar el total de controles realizados en el mes de vida y a los 3 meses. Se excluyeron los controles que se realizaron por derivación de morbilidad y que no correspondían a los establecidos como controles de salud según lo indicado en la Norma Técnica para la supervisión de niños y niñas de 0 a 9 años en la APS. **RESULTADOS:** Durante el año 2019 el número de controles de salud correspondiente a los 40 días y a los 3 meses fue de 297 y 404, respectivamente; en el 2020 fue de 219 y 152 respectivamente. Al comparar ambos años en el control de los 40 días se produjo una reducción del 26,3%, en el caso del control de los 3 meses la reducción fue del 62,4%. **DISCUSIÓN y CONCLUSIONES:** Durante el año 2020 se produjo una importante disminución en la cantidad de controles realizados tanto a los 40 días como a los 3 meses. La importancia de dichos controles de salud en la población infantil, radica en la posibilidad de detectar de forma temprana alteraciones y poder actuar de forma oportuna. La disminución en estas atenciones podría tener un impacto a futuro del que aún no somos conscientes. Dada la situación sanitaria en la actualidad en donde los recursos humanos y económicos están siendo dirigidos principalmente a enfrentar la pandemia, hacen difícil poder retomar los controles en el mismo volumen en el que se hacían pre-pandemia.

CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN POLICONSULTANTE EN UN SAPU DE LA CIUDAD DE SANTIAGO DURANTE EL AÑO 2020.

Natalia Valencia Quiroz (1), Daniela Ureta Díaz (2), Catalina Arzola Nalegach (3), Cristián Cuéllar Budin (1)
(1) Médicos Cirujanos CESFAM Pudahuel Poniente, (2) Médica EDF, CESFAM Dr. Luis Ferrada Urzúa,
(3) Médica EDF, CESFAM Maipú

INTRODUCCIÓN y OBJETIVOS: No existe una definición clara de lo que se considera un usuario policonsultante, sin embargo, se hace necesario la identificación de estos con la finalidad de entender los motivos que los llevan a consultar de manera repetida y poder abordar a estos pacientes de manera integral en sus centros de salud de atención primaria y así focalizar los recursos de manera más efectiva, otorgando una atención más satisfactoria para la salud de estos usuarios. El OBJETIVO de este trabajo es caracterizar a los pacientes policonsultantes y su impacto en el número de atenciones realizadas por un centro de salud. **MATERIAL y MÉTODO:** Se utilizó el programa de ficha electrónica Rayen de Servicio de Urgencia del SAPU Pudahuel Poniente para obtener todos los datos de atenciones de urgencia desde enero a noviembre del año 2020. Mediante al programa Excel se filtraron los datos para obtener la población policonsultante definida como 7 o más atenciones durante el período observado. Se caracterizaron los datos por sexo, número de consultas y grupo etario.
RESULTADOS: Durante el período observado 555 usuarios cumplieron con el criterio de ser policonsultantes. En total se realizaron 14708 atenciones de las cuales 5677 correspondes a consultas de usuarios policonsultantes. Un 61% de los pacientes corresponden a mujeres y un 39% a hombres. El número de consultas de estos usuarios presentó una variación desde 7 a 18 consultas entre enero y noviembre del 2020. La mayor proporción de estos usuarios se concentran por sobre los 45 años, siendo estos un 78,9%. El principal grupo etario al que corresponden los usuarios es de los 45 a los 59 años alcanzado a un 30,6%, seguido por el grupo de 60 a 74 años con un 30,1%. **DISCUSIÓN y CONCLUSIONES:** Del total de atenciones realizadas durante el período observado, un 38,6% corresponden a atenciones efectuada en pacientes policonsultantes. Frente a estos datos se hace evidente la gran necesidad de que la población general conozca cuáles son los motivos de consultas ante los que deben solicitar atención médica y a qué tipo de establecimiento deben dirigirse para así no colapsar los distintos servicios de urgencias del país. Cabe destacar que el período observado corresponde a uno en el que Chile se encontraba en crisis sanitaria, esta situación podría explicar en parte el gran número de atenciones debido a la dificultad para conseguir horas de forma normal en sus CESFAM de origen, ante esto vale la pena realizar un análisis similar a este en condiciones más regulares. Se hace importante la identificación de los pacientes policonsultantes para planear estrategias de atención que otorguen mayor satisfacción a los usuarios y vayan en pro de mejorar su condición de salud.

ACCIDENTE CEREBROVASCULAR ISQUÉMICO EN CONTEXTO DE INFECCIÓN POR SARS-COV-2, A PROPÓSITO DE UN CASO.

Daniela Valenzuela Rivas,
Médico EDF CESFAM Juan Cartes Arias, Lota

INTRODUCCIÓN: Las manifestaciones clínicas asociadas a la infección por SARS-CoV-2 son muy variadas, aunque las más frecuente son las de tipo respiratorias, se han descrito también síntomas de la esfera neurológica que pueden representar una elevada carga de morbimortalidad en el paciente si no son detectadas a tiempo. De esta manera, se han descrito casos de Accidente CerebroVascular Isquémico (ACVi) en pacientes con diagnóstico de COVID-19, ya sea concomitante a la infección o como complicación de la misma. Por esta misma razón, cobran vital importancia los factores de riesgo al momento del diagnóstico, ya que se ha visto que los pacientes que presentan ACVi y COVID-19 tienen en su mayoría antecedentes cardiovasculares importantes (diabetes, hipertensión, etc.). Dentro de los mecanismos involucrados se ha descrito un estado de inflamación sistémica e hipercoagulabilidad asociada a la infección, lo cual predispone a un estado protrombótico con mayor riesgo de ictus. Se ha visto que el virus tiene afinidad al receptor de la enzima convertidora de angiotensina 2, la cual se expresa también a nivel del sistema nervioso central. Como factores de mal pronóstico, se han identificado niveles elevados de proteínas protrombóticas como Dímero D y Fibrinógeno en pacientes con ACVi y COVID-19. Uno de los principales conflictos que se ha visto en la práctica es el diagnóstico tardío por el menor número de consultas espontáneas al servicio de urgencia por ACVi, lo cual empeora drásticamente el pronóstico asociado. **PRESENTACIÓN DEL CASO:** Paciente varón de 56 años con antecedente de HTA en tratamiento, cumpliendo cuarentena por COVID-19 (+) en su día 11, con historia de 3 días de evolución de pérdida de fuerza hemicuerpo izquierdo, desviación de comisura labial a derecha, disartria progresiva, desorientación y perseveración. Al examen físico, paciente hemodinámicamente estable, HGT normal, sin requerimientos de oxígeno, afebril, bien hidratado y perfundido, faringe congestiva sin placas de pus, desviación de comisura labial a derecha, pupilas isocóricas-normorreactivas, hemiparesia braquio-crural izquierda, RR2TSS, MP + SRA. Se decide traslado a servicio de urgencia hospitalario donde es evaluado mediante TAC cerebral que evidencia múltiples hipodensidades subcorticales en territorio de ACM derecha. AngioTAC muestra oclusión completa de carótida interna derecha. Dado contexto de ACV isquémico subagudo fuera de ventana, se decide iniciar tratamiento con hidratación ev + aspirina + atorvastatina + anticoagulación con heparina, y se hospitaliza para completar estudio de fuente embolígena e inicio de neurorehabilitación. **DISCUSIÓN:** La infección por SARS-CoV-2 tiene afectación multisistémica y muy variada entre individuos, lo cual dificulta su identificación en pacientes con síntomas que no sean de causa respiratoria. Dentro de sus formas de presentación, desde el punto de vista neurológico, el ACVi se ha descrito como uno de los principales fenotipos de la enfermedad, aunque se hace imposible determinar su aparición concomitante o como complicación de la misma. En su presentación se ha vinculado un estado proinflamatorio causado por la infección viral la cual predispone a un mayor estado de hipercoagulabilidad. En cuanto a la severidad del cuadro, depende en gran medida de la comorbilidad asociada y la demora en consultar al servicio de urgencias, lo cual determina significativamente el pronóstico de la enfermedad. Los pacientes con factores de riesgo cardiovascular tienen mayor riesgo de padecer la enfermedad por SARS-CoV-2 así como de presentar peor evolución del punto de vista neurológico. Como marcadores pronósticos se han visto niveles elevados de PCR y Dímero D, lo cual podría eventualmente ayudar a determinar pacientes en mayor riesgo de complicaciones derivadas de la infección. Debido a lo anterior, es importante mantener un alto índice de sospecha en pacientes que consultan por ACVi, pues podría ser la primera manifestación de la enfermedad o complicación de la misma.

TROMBOEMBOLISMO PULMONAR COMO MANIFESTACIÓN INICIAL DE SÍNDROME NEFRÓTICO, A PROPÓSITO DE UN CASO.

Felipe Valenzuela Salazar (1), Valentina Briceño Moraga (2), Nathia Niklitschek Toro (3)
(1) Médico Universidad Austral de Chile, (2) Médico EDF CESFAM La Unión, (3) Médico EDF Hospital Rio Bueno

RESUMEN ESTRUCTURADO: El tromboembolismo pulmonar es una enfermedad común con una incidencia 112 casos por 100.000 habitantes. Tiene una presentación clínica variable, siendo mas frecuente en hombres. En la patogenia debemos considerar el riesgo trombo génico acuñado en la triada de Virchow que incluye estados de hipercoagulabilidad, estasis venoso y lesiones endotelial. El caso presentado involucra a un paciente joven sin antecedentes que consulto por disnea como síntoma inicial, se diagnostico un tromboembolismo pulmonar y que se diagnostico como causa originaria un síndrome nefrótico. **INTRODUCCIÓN**: **Presentación del caso:** Paciente masculino de 36 años sin antecedentes mórbidos, consulto por cuadro 2 días de disnea, tos, dolor tipo puntada interescapular moderada intensidad. Al ingreso afebril, taquicardico, estable hemodinamicamente. Examen físico sin hallazgos significativos. Estudio con electrocardiograma con taquicardia sinusal y patrón S1Q3T3. Exámenes destacaba creatinina 0.86 mg/dl, orina completa con hematuria dismorfica, cilindros hialinos granulosos y proteinuria ++, albumina 2.1 mg/dl. Se derivo a hospital base con sospecha de TEP. Angio TAC confirmo tromboembolismo pulmonar subsegmentario derecho. Se realizo proteinuria 24hrs 12.2 gr, Colesterol total 284 mg/dl, Triglicéridos 529 mg/dl. Perfil ANA, ENA y complemento normal. Se estudio anticuerpos PLA2R (ELISA) que resulta positiva con títulos altos (1430 U/ml, VR <20) diagnosticándose nefropatía membranosa. Paciente se manejo con anticoagulación, antihipertensivos (IECA) con buena evolución clínica. **DISCUSIÓN:** El tromboembolismo pulmonar es una patología frecuente que se asocia a mortalidad. Representa un desafío diagnostico por su presentación inespecífica y que requiere una alta sospecha diagnostica que debe estar sustentada en los factores de riesgo trombo génicos.

ANGIOEDEMA HEREDITARIO COMO ETIOLOGÍA DE DOLOR ABDOMINAL CRÓNICO. A PROPÓSITO DE UN CASO

Karen Valenzuela Salazar (1), Jaime Jiménez Muñoz (2), Kamila Placencia Ravanal (3), Patricio Cano Valenzuela (2)
(1) Médico EDF CESFAM, Victoria, (1) Médico EDF Hospital de Traiguén, (2) Médico EDF Hospital de Nueva Imperial

INTRODUCCIÓN: El angioedema hereditario es una enfermedad poco frecuente caracterizada por episodios de angioedema que afectan piel o mucosa de tractos gastrointestinal o respiratorios. El mayor riesgo de esta enfermedad recae en el riesgo de asfixia por edema laríngeo. A continuación, se presenta un caso de esta patología.

REPORTE DE CASO: Paciente de 27 años, con múltiples consultas en urgencia durante aproximadamente 6 años por dolor abdominal epigástrico asociado a náuseas y vómitos con examen físico sin hallazgos relevantes. Presenta además estudio de tubo digestivo y ecotomografía abdominal que resultan sin hallazgos. En una de sus consultas destaca incluso llegó a realizarse laparotomía exploratoria por sospecha de úlcera péptica perforada en la cual no hubo hallazgos. Al indagar dirigidamente también refiere episodios recurrentes de edema perioral y de extremidades. Para completar estudio se solicita laboratorio con IgG e IgM normales. Se solicita también complemento donde se pesquisa déficit de C1 inhibidor. Por clínica asociado al déficit de C1 inhibidor se diagnostica angioedema hereditario y se inicia trámite para ser acogido a ley Ricarte Soto para tratamiento. **CONCLUSIÓN Y DISCUSIONES**: El angioedema hereditario puede ser una patología de difícil diagnóstico sobretodo cuando no presenta sintomatología específica ni se asocia a antecedentes familiares. El diagnóstico se realiza con historia clínica compatible además de laboratorio con complemento donde se debe pesquisar niveles bajos de C4 asociado a déficit de c1 inhibidor. El tratamiento varía según síntomas y su recurrencia. En agudo no responden a adrenalina, antihistamínicos ni corticoides por lo que deben recibir idealmente concentrado de c1 inhibido de plasma humano o recombinante, antagonistas del receptor de bradicinina o inhibidor de kalikreina además de manejo de vía aérea en caso de requerirlo. En el caso de síntomas abdominales si no se cuenta con terapia de primera línea previemente mencionado, puede bastar con manejo de soporte.

MIASIS ÓTICA: REPORTE DE UN CASO

Karen Valenzuela Salazar (1), Jaime Jiménez Muñoz (2), Carolina Nuñez Rodriguez (3), Patricio Cano Valenzuela (2)
(1) Médico EDF CESFAM, Victoria, (2) Médico EDF Hospital de Traiguén, (3) Médico EDF CESFAM de Palmilla

INTRODUCCIÓN: La miasis es una zoonosis raramente vista en países desarrollados pues se asocia a condiciones de higiene deficientes. A continuación, se presenta un caso de un paciente con miasis ótica y nasofaríngea, presentaciones poco frecuentes. **REPORTE DE CASO:** Paciente de 60 años en situación de calle con antecedente de consumo de alcohol y depresión. Llega a la urgencia en estado etílico, con consumo problemático de alcohol desde 20 días previo a la consulta. Al examen físico destaca nistagmo lateral en ambos ojos, temblor fino en EESS y se describe múltiples larvas en ambos pies hasta tobillo. Se decide hospitalizar para manejo de sindrome de abstinencia y curaciones por compromiso cutáneo. Durante hospitalización, luego de realizar curaciones se seguían observando larvas en la unidad del paciente. Se inspecciona de forma más acuciosa y se observa salida de larvas desde conducto auditivo izquierdo. Se deriva a especialista quien observa múltiples larvas en dicho sitio además de membrana timpanica no visible y se observan larvas en fosa nasal derecha. En total se extraen alrededor de 100 larvas de ambos sitios. Se deja ivermectina en dosis única. **CONCLUSIÓN Y DISCUSIONES:** La otomiasis se produce cuando una mosca hembra, atraída por el odor, deposita sus larvas en el meato auditivo. Dentro de sus factores de riesgo está el bajo estatus socioeconómico, alcoholismo, diabetes mellitus, postración y otitis media crónica. Requiere tratamiento lo antes posible que consiste en extracción de larvas y terapia antiparasitaria con ivermectina oral

CARACTERIZACIÓN DIAGNÓSTICA DE ECOGRAFÍAS ABDOMINALES REALIZADAS POR LICITACIÓN MUNICIPAL A PACIENTES EN CGR HUARA (AGOSTO 2020- FEBRERO 2021).

Gabriela Valle Salazar (1), Mayra Pizarro Aranda (2), Samuel Acuña Retamal (1)
(1) Médicas EDF CESFAM Yandry Añazco, *(2) Médico EDF CGR Huara,*

INTRODUCCIÓN y OBJETIVOS: La ecografía abdominal es una herramienta muy valiosa actualmente en atención primaria. Es un estudio imagenológico no invasivo, de fácil acceso y de bajo costo, que ayuda a los médicos a dar un diagnóstico oportuno en ciertas patologías. Sumado a lo anterior, se considera diagnóstica en patologías incluidas en las Garantías Explícitas de Salud (GES), como la Nº26, Colecistectomía preventiva del cáncer de vesícula en personas de 35-49 años. La incorporación de ésta en APS, a través de un convenio o licitación, contribuye a mejorar el acceso a la salud, propiciando la equidad, un pilar fundamental en nuestro modelo de salud familiar. **OBJETIVO:** Describir y analizar las patologías más frecuentes en la población de la comuna de Huara, Región de Tarapacá. **MATERIAL y MÉTODO**: Estudio descriptivo transversal. Se evaluó resultado de Convenio Imágenes: Ecografía abdominal, incluyendo a usuarios que presentaron dolor abdominal y/o sospecha de malignidad, el el periodo entre agosto 2020 – febrero 2021. Se realizó una base de datos en planilla Excel, separándolos por edad, género y diagnóstico. **RESULTADOS:** El total de la muestra fueron 67 pacientes, lo que corresponde un 60% mujeres (N=40) y 40 % hombres (N=27). Se logró identificar las siguientes patologías: esteatosis hepática (43.3%), colelitiasis (19.4%), sospecha de malignidad (4.4%) y otros hallazgos (pólipos vesiculares, nódulos hepáticos benignos, etc) (5.9%). Un 32% de los usuarios estudiados no presentó hallazgos patológicos. Dentro del género femenino la patología más frecuente fue la esteatosis hepática con un 45%(N=18) y en el sexo masculino la misma patología con un 40% (N=11). Al separarlos por edad, llama la atención el grupo etario entre 45 y 54 años donde se obtiene la mayor cantidad de pacientes afectados por esteatosis hepática con un 53%. **DISCUSIÓN o COMENTARIOS:** Huara, es una comuna de la región de Tarapacá, que se caracteriza por abarcar una basta dispersión demográfica y presentar una población con múltiples factores de riesgo tanto sociales como económicos. En este estudio, la patología más prevalente fue la esteatosis hepática con un 43.3%, lo cual, según la literatura, es menor en relación a la realidad nacional en este tipo de poblaciones (60-80%), lo que podría estar explicado dado que el convenio de resolutividad no está dirigido a la búsqueda específica de esta patología. Por otra parte, dentro de los hallazgos, solo un 25%% pertenecería al grupo etario del GES Nº26 (colecistectomía preventiva del cáncer de vesícula en personas de 35 a 49 años), quedando fuera un 75% de la muestra con confirmación diagnóstica de colelitiasis y/o sospecha de malignidad. Considerando estos RESULTADOS y el antecedente de que diversos estudios han demostrado una correlación entre las tasas de colecistectomía y la incidencia y/o mortalidad por cáncer vesicular, sería de suma importancia evaluar el aumento del rango etario de screening en nuestra población para así poder anteponerse a esta patología y brindar una mejor atención a nuestros usuarios.

COMPLICACIÓN PATOLOGÍA BILIAR LITIÁSICA (FÍSTULA COLECISTO-COLÓNICA). A PROPÓSITO DE UN CASO
Carlos Varas Fernández, Catherin Marulanda Sepúlveda, Alex Hurtado Molina,
Médicos EDF Hospital de Yungay

INTRODUCCIÓN: Una complicación no muy frecuente de la patología biliar litiásica (2% a 8%), corresponde a las fístulas colecisto-entéricas que son la resultante de una comunicación anómala entre el epitelio biliar y el tubo digestivo, dentro de estas en su mayoría se encuentra fístulas colecisto-duodenales, colecisto-colónicas y colecisto-gástrica, generalmente con cuadros de larga evolución. Uno de los motivos de la investigación es que la problemática de esta complicación en primera instancia, es la variedad de su presentación clínica que pueden cursar tanto en cuadros asintomáticos, agudos y graves. **MATERIAL y MÉTODO**: **CASO CLINÍCO**: Mujer de 57 años, sin antecedentes mórbidos, refiere presentar cólicos biliares desde 10 años previo a su consulta, acompañado de náuseas y vómitos, posterior a comida con grasas, al ex fisico afebril, sin ictericia, abdomen distendido, sensible en hipocondrio derecho, murphy +, con exámenes de parámetros inflamatorios en alza con un patrón obstructivo en su perfil hepático, eco abdominal donde describe la presencia de cálculos biliares. Se decide derivar a Hospital Regional de Chillán para evaluación por cirujano, quién decide realizar una Colecistectomía laparoscópica, al iniciar la disección de la vesícula biliar se identificó sorpresivamente una fístula colecisto-colónica, luego se identifica el conducto y la arteria cística de aspecto normal (se decide terminar la cirugía por vía laparoscopica), se ligan y seccionan, se completa colecistectomía. Luego, se realizó la sección del trayecto fistuloso y el cierre de colon con sutura vicryl 2-0 por vía laparoscópica en 2 planos. **RESULTADOS y CONCLUSIONES**: A pesar de realizarse un diagóstico intraoperatorio, se identificó, se seccionóy se cerró sin eventualidades. y se concluye que las fístulas colecisto-entéricas son una complicación evitable por el sólo diagnóstico y tratamiento precoz de la colelitiasis, estando la colecistectomia preventiva en el GES en adultos entre 35 y 49 años. DISCUSIÓN: Las fístulas colecisto-entéricas son una complicación de la patología biliar litiásica muy poco frecuente, pero no por ello menos importante, ya que, al ser un cuadro clínico no claro, se hace complejo llegar al diagnóstico en forma preoperatoria, por ende, se necesita la existencia de criterios de sospecha para disminuir la evolución de esta complicación y su mortalidad. Dentro de los principales síntomas descritos en la literatura encontramos fiebre, calofríos, ictericia y dolor en hipocondrio derecho. Además, se han reportado como elementos clínicos importantes la pneumobilia (50% casos), y la presencia de diarrea con coloración verdínica con una posible hemorragia digestiva baja dándole una complicación mayor al cuadro (compromiso hemodinámico grave). **COMENTARIO**: Uno de los fines de este trabajo, es aclarar los antecedentes que tienen estos pacientes, como lo fue solamente los cólicos biliares de larga evolución de nuestra paciente, ya que no presentó ningún otro signo(diarrea verdínica y de hemorragia digestiva alta), que evidenciara la posibilidad de llegar a un diagnóstico preoperatorio, por ende es bueno siempre pensarlo dentro de las posibles complicaciones de colelitiasis no tratada quirúrgicamente , para que no sea un evento sorpresa en el hallazgo intraoperatorio.

DÉFICIT DE GLUCOSA-6-FOSFATO DESHIDROGENASA (DG6PDH): REVISIÓN A PROPÓSITO DE UN CASO CLINÍCO.
Consuelo Varas González, Han Rojas Bruna, Emilio Cerda Dinamarca, Victoria Salazar Campos,
Médicos EDF CESFAM Rio Hurtado.

INTRODUCCIÓN: El déficit de glucosa-6-fosfato deshidrogenasa (DG6PDH) es el defecto enzimático más frecuente de los eritrocitos. Se trata de una alteración vinculada a la protección del glóbulo rojo frente al estrés oxidativo. Básicamente aumenta la vulnerabilidad de los glóbulos rojos a la destrucción, ya que no son capaces de revertir la acción oxidativa. El efecto es la desnaturalización de la hemoglobina y la disminución de la vida media de los hematíes**.** Presentamos un CASO CLINÍCO, de paciente pediátrico portador de esta alteración, en controles en atención primaria. **OBJETIVO:** Describir una de las formas de presentación clínica del déficit DG6DH a través de un CASO CLINÍCO de la comuna rural de Río Hurtado (IV Región).
MATERIAL y MÉTODO: Evaluación de historia médica a través de ficha clínica. **RESULTADOS (Descripción de caso):** paciente de 5 años, sin antecedentes mórbidos crónicos, antecedentes perinatales RN de termino, 39 semanas, adecuado a edad gestacional, parto cesárea, Apgar 9/9, alimentado con lactancia materna exclusiva hasta 6 meses y lactancia materna hasta 1año 5 meses. Inicia cuadro de fatiga, somnolencia, anorexia, y coloración amarilla de piel y mucosas, fiebre de 38,5C de 5 días de evolución. En anamnesis próxima destaca antecedentes de participación en cosecha de habas y consumo de este alimento en gran cantidad en la última semana. Es evaluado en servicio de urgencia rural, donde se objetiva ictericia de piel y mucosa y compromiso de malestar general. Es derivado a nivel secundario. Exámenes de laboratorio destaca hb: 10,4 gr /dl, hcto: 29%, bilirrubina indirecta :3.1 mg/dl, bilirrubina total de: 4,06 mg/dl, vhs 36 mm/hr, pcr:1, enzimas hepáticas normales. Dado el compromiso del estado general y RESULTADOS de exámenes, es ingresado en unidad de tratamiento intesivo, por 5 días. Evoluciona favorablemente tras transfusión de hematíes. Logrando hb de 14 gr/dl hcto 36%. Se inicia estudios de actividad enzimática DG6PDH. Confirmando su déficit. **DISCUSIÓN:** El comportamiento clínico común de los trastornos bioquímicos eritrocitarios es el de un síndrome hemolítico de evolución aguda o crónica. La gravedad depende de la intensidad de la anemia y esta, a su vez, del tipo o naturaleza del defecto molecular y de su carácter portador
En la gran mayoría de los casos es característica la hemólisis aguda desencadenada por la ingesta de ciertos medicamentos o habas (favismo). El déficit de G6PDH es asintomático hasta el momento en que el paciente entra en contacto con alguna sustancia de intenso poder oxidante, las infecciones intercurrentes y ciertos trastornos metabólicos
No existe tratamiento específico. Lo principal es prevenir la exposición a agentes desencadenantes.

DIFICULTAD DEL ENFOQUE DIAGNÓSTICO EN LA PLURI ETIOLOGÍA DE LA PERICARDITIS AGUDA. A PROPÓSITO DE UN CASO EN PACIENTE ATÍPICO."

Carolina Vargas Orellana (1), Dafner Stenger Reyes (1) Sebastián Díaz Ojeda (2)
(1) Médico EDF Hospital San Vicente Tagua-Tagua, (2) Médico EDF CESFAM La Esperanza

INTRODUCCIÓN y OBJETIVOS: La causa más frecuente de la Pericarditis aguda es la idiopática o viral, especialmente en pacientes ambulatorios. En el medio hospitalario son relativamente frecuentes la pericarditis por infarto de miocardio, enfermedad renal o neoplásica. El OBJETIVO del trabajo es mostrar a través de un paciente poco común, la dificultad de precisar la etiología de esta entidad, con el fin de destacar la importancia de la obtención de una historia completa, así como considerar las causas infrecuentes, enfocándose en valorar esta patología, inicialmente, de forma sindromática para evitar errores en el enfoque terapéutico. **CASO CLINÍCO:** Hombre de 33 años, quien niega antecedentes, consulta en urgencia por cuadro de 5 días de dificultad respiratoria asociado a dolor torácico opresivo izquierdo. Sin otros síntomas asociados. Examen físico destacó: saturación de 85% ambiental, uso de musculatura accesoria subcostal, murmullo pulmonar disminuido en hemitórax izquierdo desde tercio distal asociado a crépitos difusos. Laboratorio: leucocitosis con desviación izquierda, PCR 493.17, anemia leve con VCM normal, Troponina normal, crea 14.63, BUN 92.2, hiponatremia leve e hiperkalemia moderada. ECG: elevación difusa y de concavidad superior del segmento ST en DII, V5-V6, asociado a depresión segmento PR. Radiografía de tórax velamiento desde 1/3 distal del hemitórax izquierdo. Se inició oxigenoterapia, broncodilatación y antibióticos empíricos, sin embargo, la titulación de oxígeno se mantuvo dificultosa, por lo que se solicitó derivación a centro de mayor complejidad. **RESULTADO Y CONCLUSIONES:** Se realizó seguimiento del caso, donde se pudo constatar que paciente presentaba antecedente de Enfermedad Renal Crónica. Se habría iniciado estudio, destacando una disminución de complemento C3 y C4, con biopsia renal compatible en sospecha de Lupus Eritematoso Sistémico. Por lo que, inicialmente, los diagnósticos posibles fueron múltiples: Pericarditis Aguda, Obs Purulenta por Neumonía Bacteriana, Obs. Urémica por Falla renal crónica vs Lúpica. **DISCUSIÓN o COMENTARIOS:** La importancia de tener una historia clínica completa asociado al conocimiento de las causas menos probables en contexto de un paciente atípico, son factores relevantes con el fin de permitir un abordaje inicial adecuado, considerando la complejidad del caso en contexto de recursos diagnósticos escasos.

PSICOSIS AGUDA SECUNDARIA A HIPERTIROIDISMO, PRESENTACIÓN DE UN CASO.

Carolina Vargas Orellana (1), Patricio Oliva Peralta (1), Catalina Vargas Orellana (2)
(1) Médico EDF Hospital San Vicente Tagua-Tagua, (2) Interna Medicina Universidad San Sebastián

INTRODUCCIÓN y OBJETIVOS: El hipertiroidismo se asocia frecuentemente a irritabilidad, insomnio, ansiedad, fatiga, alteraciones en la concentración y memoria. Estos síntomas pueden ser episódicos o pueden evolucionar en manía, depresión y delirium. La psicosis es una complicación rara en el hipertiroidismo, presentándose solo en el 1% de los casos. A continuación, se presenta un caso de psicosis aguda, secundaria a hipertiroidismo. **CASO CLINÍCO:** Paciente femenina de 34 años de edad con antecedente de Hipertiroidismo de mal control, es llevada por familiares al servicio de urgencias por cuadro de 2 días de evolución de hiperactividad, hetero agresividad, además de alucinaciones visuales y auditivas. Sin antecedentes psiquiátricos de base. Al examen físico destaca exoftalmo bilateral. Paciente poco cooperadora, con agresividad manifiesta. ECG taquicardia sinusal, sin otras alteraciones. Laboratorio de ingreso: TSH 0.01, T4L 4.98, perfil hematológico, función renal, gases y electrolitos normales. En contexto de Episodio psicótico agudo, se hospitaliza. Se inicia tratamiento con Propanolol y Metimazol a altas dosis, además, psiquiatría inicia tratamiento farmacológico, incluyendo antipsicóticos, con buena respuesta tras 10 días de tratamiento. **RESULTADO Y CONCLUSIONES:** Paciente que ingresó por cuadro de psicosis aguda, donde se sospechó etiología secundaria a Hipertiroidismo, siendo tratada con fármacos antitiroideos en dosis altas, por indicación de medicina interna y asociación de antipsicóticos por parte de equipo de Psiquiatría. Se logra respuesta clínica apropiada a los 10 días de hospitalización con manejo complementario descrito. **DISCUSIÓN**: La patología tiroidea debería considerarse en el diagnóstico diferencial de un amplio espectro de síntomas psiquiátricos. El tratamiento precoz del hipertiroidismo, permite corregir la patología psiquiátrica secundaria en la mayoría de los pacientes, sin embargo, en un subgrupo de pacientes, la resolución completa de los síntomas, no ocurre hasta la normalización de la endocrinopatía, por lo que resulta importante la terapia específica con psicofármacos, mientras se logra dicho OBJETIVO. En caso de fracaso de tratamiento, terapia ablativa y tiroidectomía, pueden ser considerados.

CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN DE COÑARIPE-LIQUIÑE CON DIAGNÓSTICO DE COVID-19 EN EL AÑO 2020.

Diego Vargas Ayancán, German Moller Alcaíno,
Médicos EDF CESFAM Coñaripe.

INTRODUCCIÓN: La Organización Mundial de la Salud (OMS) calificó como una pandemia global la situación de COVID-19, el 11 de marzo de 2020. Al 31 de diciembre del año 2020 en Chile se han confirmado 608.973 casos, en la región de los Ríos 8.918 y en la comuna de Panguipulli se han confirmado 624 casos. Las localidades precordilleranas de Coñaripe y Liquiñe pertenecen a la comuna de Panguipulli, en la zona noreste, en el límite norte de la región de los Ríos, se encuentran a una distancia de 31 kilómetros. OBJETIVO: Caracterizar a la población de Coñaripe y Liquiñe que presentó COVID-19 durante el año 2020. **MATERIAL Y MÉTODO**: Estudio descriptivo retrospectivo, se realizó revisión de planilla de seguimiento de casos confirmados COVID-19 el año 2020 de CESFAM Coñaripe y CECOSF Liquiñe, se analiza en Excel 2020 datos tales como edad, género, población urbana o rural, presencia de síntomas, hospitalizaciones y fallecidos. **RESULTADOS Y CONCLUSIONES**: La población de Coñaripe y Liquiñe en el año 2020 con diagnóstico de COVID-19 corresponde a 86 casos, de éstos un 44,2% hombres (n=38) – 55,8% mujeres (n=48). El total de casos por edad entre 0-19 años corresponde a 16,3% (n=14), 20-39 años el 25,6% (n=22), 40 y 59 años el 39,5% (n=34), entre 60 y 79 años el 14% (n= 12); y mayores de 80 años el 4,7% (n=4), por lo que entre las edades entre los 20 y 59 años se encuentra el mayor número de casos confirmados. El caso confirmado de menor edad corresponde a 5 meses y el de mayor edad 92 años. Corresponde a población urbana el 36% (n=31) de los casos confirmados y a población rural el 64% (n=55), por lo que la población rural ha presentado mayor número de casos. Ha habido un mayor número de casos confirmados sintomáticos, que corresponden a el 63% (n=54), en comparación a los casos confirmados asintomáticos que son el 37% (n=32). De el total de casos confirmados, han sido hospitalizados el 10,5% (n=9), de los cuales el 22% (n=2) han requerido ingreso a Unidad de Paciente Crítico. Se ha reportado 1 fallecido, lo que equivale a una tasa de letalidad de 1,2%. La tasa de letalidad en los mayores de 80 años corresponde al 25%. **DISCUSIÓN O COMENTARIOS**: Durante el primer año de pandemia en estas localidades se reporto un alza sostenida de los casos, con predominio en el género femenino y población rural, donde la población con mayor actividad laboral ha presentado el mayor número de casos. La proporción de casos confirmados sintomáticos y asintomáticos es equivalente a la razón 2:1. Preocupa la letalidad obtenida en población mayor de 80 años, ya que es la población con más alta mortalidad en relación a las complicaciones por COVID-19.

CARACTERIZACIÓN DE LA EVOLUCIÓN DE LA PANDEMIA DE COVID-19 EN LAS LOCALIDADES DE COÑARIPE Y LIQUIÑE SEGÚN NÚMERO DE CASOS CONFIRMADOS POR SEMANA EPIDEMIOLÓGICA, CARGA VIRAL Y CASOS ACTIVOS.

Diego Vargas Ayancán, German Moller Alcaíno,
Médicos EDF CESFAM Coñaripe

INTRODUCCIÓN: La Organización Mundial de la Salud (OMS) calificó como una pandemia global la situación de COVID-19, el 11 de marzo de 2020. Al 31 de marzo de 2021 en Chile se han confirmado 995.538 casos, en la región de los Ríos 27.560 y en la comuna de Panguipulli se han confirmado 2.048 casos. Las localidades precordilleranas de Coñaripe y Liquiñe pertenecen a la comuna de Panguipulli, en la zona noreste, en el límite norte de la región de los Ríos, se encuentran a una distancia de 31 kilómetros. OBJETIVO: Caracterizar la evolución de la pandemia de COVID-19 en relación a el número de casos confirmados por semana epidemiológica, tasa de carga viral (promedio de casos nuevos en los últimos 7 días móviles) y tasa de casos activos por cada 100 mil habitantes para las localidades de Coñaripe y Liquiñe. **MATERIAL Y MÉTODO**: Estudio descriptivo retrospectivo, se realizó registro por semana epidemiológica del número de casos confirmados de COVID-19, analizando datos mediante Excel 2020. **RESULTADOS Y CONCLUSIONES**: La población bajo control para la localidad de Coñaripe corresponde a 6.747 y para Liquiñe de 2.251. El primer caso confirmado en Coñaripe fue en la semana epidemiológica (SE) 22 del año 2020, el primer caso confirmado en Liquiñe fue en la SE 23 del año 2020, en ambas semanas hubo 1 caso confirmado. Hasta la SE 51 del año 2020 Coñaripe presentaba 34 casos confirmados y Liquiñe 23 casos confirmados. Desde ese entonces se ha presentado un brote epidemiológico, que persiste aún en la SE 12 del año 2021, donde Coñaripe ha confirmado 219 casos y Liquiñe un total de 144. Esta alza significa un aumento de casos para Coñaripe y Liquiñe de 6,4 y 6,2 veces respectivamente. La mayor tasa de carga viral de Coñaripe fue de 57 en la SE 7 del año 2021, mientras que la mayor tasa de carga viral de Liquiñe fue de 102 en la SE 1 y 3 del año 2021. El mayor número de casos activos para Coñaripe y Liquiñe fue de 43, lo que significa 478 casos activos por cien mil habitantes, en la SE 3 del año 2021. **DISCUSIÓN O COMENTARIOS:** Es importante el aumento de casos confirmados de COVID-19 desde la SE número 51 del año 2021 hasta la semana epidemiológica 12 año 2021. Se debe considerar como factores que explican esto: el aumento de la movilidad al ser zona turística, que incrementó más por el eclipse de la Araucanía, la Fase en el plan paso a paso que se encontraba la comuna de Panguipulli durante el verano 2021, como también la disminución de la adherencia del autocuidado de la población en las medidas de sanitaria para la prevención de contagio de COVID-19.

CARACTERIZACIÓN DE LA SINTOMATOLOGÍA AL MOMENTO DE LA PRIMERA CONSULTA Y COMORBILIDADES MÁS FRECUENTES DE LA POBLACIÓN DE COÑARIPE-LIQUIÑE CON DIAGNÓSTICO DE COVID-19 EN EL AÑO 2020.
Diego Vargas Ayancán, German Moller Alcaíno,
Médicos EDF CESFAM Coñaripe.

INTRODUCCIÓN: La Organización Mundial de la Salud calificó como una pandemia global la situación de COVID-19, el 11 de marzo de 2020. Al 31 de diciembre del año 2020 en Chile se han confirmado 608.973 casos, en la región de los Ríos 8.918 y en la comuna de Panguipulli se han confirmado 624 casos. Las localidades precordilleranas de Coñaripe y Liquiñe pertenecen a la comuna de Panguipulli, en la zona noreste, en el límite norte de la región de los Ríos, se encuentran a una distancia de 31 kilómetros. OBJETIVO: Describir los principales síntomas y comorbilidades de la población de Coñaripe y Liquiñe que presentó COVID-19 durante el año 2020. **MATERIAL Y MÉTODO**: Estudio descriptivo retrospectivo, se realizó revisión de planilla de seguimiento de casos confirmados COVID-19 el año 2020 de CESFAM Coñaripe y CECOSF Liquiñe, se analizan datos como sintomatología presente en la primera consulta y comorbilidades en planilla Excel 2020.
RESULTADOS Y CONCLUSIONES: La población de Coñaripe y Liquiñe en el año 2020 con diagnóstico de COVID-19 corresponde a 86 casos. De éstos el 37% (n=32) son asintomáticos y el 63% (n=54) sintomáticos. De éstos últimos los síntomas de mayor a menor presencia corresponden a: Cefalea 69% (n=37), Tos 61% (n=33), Mialgia 61% (n=33), Odinofagia 37% (n=20), Fiebre 35% (n=19), Anosmia 17 % (n=9), Ageusia 13% (n=7), Dolor Torácico 7% (n=4), Diarrea 6% (n=3) y Dolor Abdominal 6% (n=3). Con respecto a las comorbilidades presentes en los casos confirmados de COVID-19, la Hipertensión Arterial corresponde a un 14% (n=12), Diabetes Mellitus un 13% (n=11), Obesidad un 14% (n=12), Asma 2% (n=2), Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica 1% (n=1). **DISCUSIÓN O COMENTARIOS**: Del total de casos confirmados sintomáticos, los síntomas más mencionados en la primera consulta corresponden a cefalea, tos y mialgia, además se describen otros síntomas principales como odinofagia y fiebre. Los pacientes refieren escasamente anosmia y ageusia al momento de la consulta, sin embargo, se describe en la literatura que se presenta este síntoma posterior al inicio de los síntomas. No se debe dejar de considerar los síntomas gastrointestinales, que, si bien son escasos, son parte de los síntomas de sospecha para la COVID-19. Las principales comorbilidades han sido la HTA, DM2 y Obesidad, comorbilidades consideradas de riesgo para enfermedad grave por COVID-19, están en una proporción menor al 15% en los casos confirmados el año 2020, y por ende la mayoría de nuestros casos se han presentado en población sana.

CARACTERIZACIÓN DE LOS ACCIDENTES ESCOLARES ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE ALTA RESOLUTIVIDAD (SAR) DEL CONSULTORIO MIRAFLORES
Felipe Vargas Campos (1), Catalina Solis Carrasco (2), Cristian Yañez Vera (3), Estefanía Muñoz Gatica (3),
María Ignacia Aguayo Salazar (3)
(1) Médico EDF, Hospital Makewe, SAR Miraflores, (2) Alumna Medicina Universidad de La Frontera,
(3) Internos Medicina Universidad de La Frontera

INTRODUCCIÓN: En Chile desde el 12 de mayo de 1972 existe un seguro escolar gratuito que protege a las víctimas de accidentes estudiantiles, se define como tal, todas aquellas lesiones que sufran los y las estudiantes, que ocurran dentro del establecimiento educacional durante la realización de la práctica profesional, o los sufridos en el trayecto (ida y regreso). Dentro de la red de urgencia el SAR Miraflores junto con el Hospital Regional de Temuco, busca resolver las consultas de accidentes escolares del nodo centro de la provincia de Cautín. **OBJETIVO:** Caracterizar las consultas en urgencias por accidentes escolares (AE) en el Servicio de Alta Resolución (SAR) Miraflores durante el año 2019. **MATERIAL y MÉTODO:** Se realizó un estudio observacional descriptivo de corte transversal retrospectivo, abarcando las atenciones de urgencia del SAR Miraflores durante el año 2019. Se incluyeron las atenciones de urgencia en el 2019 que se ingresaron como AE. Se excluyeron controles y reconsultas por un mismo accidente. Los datos para el análisis se obtuvieron de los registros de la base de datos local de SAR Miraflores. La información fue registrada, procesada y analizada a través de filtros de acuerdo a las variables de interés con el programa Microsoft Excel®. Las variables seleccionadas fueron: edad, distribución de consultas por edad, motivo de consulta, diagnóstico principal, categorización y necesidad de derivación. **RESULTADOS:** Se registraron 80.987 consultas en el SAR Miraflores, 3.741 (4,62%) corresponden a AE, 243 (6,50 %) requirieron derivación al Hospital Hernán Henríquez Aravena (HHHA). Se distribuyeron entre 5 meses y 49 años de edad, el mayor porcentaje corresponde a 10-15 años con 1329 atenciones (35.5%) y 5-10 años con 1038 atenciones (27,7%). De los AE, 2155 (57,6 %) corresponde al sexo masculino y 1586 (42,4 %) al sexo femenino. Se evidencia que el mayor número de consultas ocurrió en el mes de abril siendo 596 (15,93%) y el menor febrero con 21 (0,025%). Según el diagnóstico de egreso predominan contusiones y traumatismos, en 1.936 pacientes (51,75%). De los pacientes que consultaron por AE, 243 (6.5%) se derivaron al HHHA y de estos, 157 (64,61%) derivaciones fueron por diagnóstico de fractura, donde predominó la de muñeca y mano con 83 (52,87%) diagnósticos. **DISCUSIÓN:** Del total de consultas en SAR Miraflores, un 4.62% son AE, sin embargo, en la literatura son escasos los análisis de datos derivados de las consultas por esta causa. En relación a los grupos etáreos el número de consultas por AE predomina en el grupo de 10-15 años (35,5%) y de 5-10 años (27,7%) para ambos sexos, coincidiendo con la literatura. Al evaluar los AE por semestre, se aprecia mayor accidentabilidad durante el primer semestre (59,45%) respecto al segundo (38,97%). **CONCLUSIÓN:** De la literatura publicada y el análisis de los datos, el comportamiento es similar en cuanto a las variables estudiadas. Cabe destacar que existe poca literatura en cuanto a las atenciones relacionadas a accidentes escolares y se evidencian falencias en el sistema de registro y análisis cuantitativo de este tipo de atenciones a nivel de los servicios de urgencia.

CARACTERIZACIÓN DEL PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE CONSULTAS REALIZADAS POR EMBARAZADAS EN SERVICIO DE ATENCIÓN PRIMARIA DE URGENCIA DE ALTA RESOLUTIVIDAD (SAR) MIRAFLORES DURANTE EL AÑO 2019

Felipe Vargas Campos (1), Catalina Solis Carrasco (2), Cristian Yañez Vera (3), Estefanía Muñoz Gatica (3), María Ignacia Aguayo Salazar (3)
(1) Médico EDF, Hospital Makewe, SAR Miraflores, (2) Alumna Medicina Universidad de La Frontera, (3) Internos Medicina Universidad de La Frontera

INTRODUCCIÓN: El Servicio de Atención Primaria de Urgencias de Alta Resolución (SAR) Miraflores, es un componente de la Red de Urgencias ubicado en la comuna de Temuco en la Región de La Araucanía. Este busca resolver casos de urgencia indiferenciada de mediana y baja complejidad, estabilizar y trasladar oportunamente casos de mayor complejidad. Se estima que hasta el 80% de las consultas obstétricas por pacientes gestantes en Unidades de Urgencia de centros de alta complejidad no son pertinentes y debieron ser resueltas en centros de atención primaria. Destaca que los principales motivos de consulta obstétrica son otras patologías del embarazo, fuera de la esfera obstétrica. **OBJETIVO**: Caracterizar epidemiológicamente las consultas y atenciones realizadas a embarazadas durante el año 2019 en el SAR Miraflores. **MATERIAL y MÉTODO:** Se realizó un estudio observacional descriptivo de corte transversal retrospectivo, abarcando las atenciones a pacientes consultantes con antecedente de embarazo confirmado por ecografía o por test cualitativo (positivo en orina), desde el 1 de enero del 2019 al 31 de diciembre del 2019. Los datos para el análisis se obtuvieron de los registros de la base de datos local de SAR Miraflores. La información fue registrada, procesada y analizada a través de filtros de acuerdo a las variables de interés con el programa Microsoft Excel®. Las variables seleccionadas fueron: edad, distribución de consultas por meses del año y respecto a la edad gestacional en trimestre, motivo de consulta, diagnóstico, categorización y necesidad de derivación. **RESULTADOS:** Se registró un total de 80.987 consultas durante el año 2019. De estas un 308 (38%) corresponden a consultas de pacientes gestantes. El promedio de edad de atención fue 26 años, la mayor cantidad de consultas fue durante el segundo trimestre de gestación con 102 atenciones (33,12%). El mes que registró más consultas fue enero con 35 (25,29%) y el menor fue diciembre con 14 (4,54%). Los motivos de consultas de las pacientes embarazadas se distribuyeron en patologías gineco obstétrico 37 (12,01%), Gastrointestinal 51 (16,56%), Respiratorio 50 (16,23%), Genitourinario 25 (8,12%), musculoesquelético 40 (12,99%), Dermatológico 22 (7,14%), Médico Legal 47 (15,26%), Neurológico 7 (2,27%), Otros 29 (9,42%). En relación a la categorización, se atendieron pacientes gestantes catalogadas entre C2 a C5, siendo 4 (1,30%) C2, 169 (54,87%) C3, 124 (40,25%) C4, 11 (3,57%) C5. En cuanto al destino de las pacientes gestantes, 218 (70,77%) se dieron de alta y 90 (29,22%) se derivaron a otros establecimientos. Los centros de derivación fueron 29 (32,22%) a HHHA, 45 (50%) a Procedimientos Judiciales, 16 (17,77%) derivación interna dentro del establecimiento. **DISCUSIÓN y CONCLUSIONES:** SAR Miraflores cumple un rol fundamental dentro de la red de urgencia, porque presenta un componente de atención indiferenciada, donde un 0,38% de las consultas totales del 2019 fueron realizadas por pacientes gestantes y estas fueron resueltas en 70,77%, derivando un 9,41 % al centro terciario HHHA. Se debe destacar que la caída sostenida de las atenciones de gestantes durante el último trimestre del año 2019, pudiendo haberse afectado por el estallido social suscitado el 18 de octubre. En relación a los motivos de consulta de las pacientes embarazadas, la mayoría corresponde a patologías médico-quirúrgicas, 87,90%, mientras que las patologías obstétricas corresponden a un 11,69%, distribución similar a las reportadas en estudios nacionales**.** Esto evidencia un flujo de atención y derivación sistemático, logrando descongestionar las Unidades de Urgencia de Atención Terciaria, sin embargo, sale a luz la necesidad de implementar un sistema de retroalimentación integrado entre el centro de referencia y SAR Miraflores para continuar el seguimiento del paciente y valorar la pertinencia de la derivación.

CARACTERIZACIÓN DEL PERFIL EPIDEMIOLÓGICO Y EL REGISTRO DE PARO CARDIORRESPIRATORIO EXTRAHOSPITALARIO (PCR-EH) EN EL SERVICIO DE ATENCIÓN PRIMARIA DE URGENCIA DE ALTA RESOLUTIVIDAD (SAR) MIRAFLORES DURANTE EL AÑO 2019, ¿EN QUÉ DEBEMOS MEJORAR?

Felipe Vargas Campos (1), Catalina Solis Carrasco (2), Cristian Yañez Vera (3), Estefanía Muñoz Gatica (3), María Ignacia Aguayo Salazar (3)
(1) Médico EDF, Hospital Makewe, SAR Miraflores, (2) Alumna Medicina Universidad de La Frontera, (3) Internos Medicina Universidad de La Frontera

INTRODUCCIÓN: El paro cardiorrespiratorio extrahospitalario (PCR-EH) es el cese abrupto de la actividad mecánica cardiaca y ventilatoria fuera de un recinto hospitalario, lo que determina una brusca caída del transporte de oxígeno a los tejidos, confirmándose con ausencia de conciencia, pulso y ventilación. A nivel mundial, la incidencia del PCR-EH es entre 20 y 140 por cada 100.000 habitantes y la supervivencia oscila entre un 2% a 11%. Chile cuenta con escasa información publicada que permitan realizar comparaciones de incidencia, mortalidad y sobrevida a nivel país. **OBJETIVOs**: Caracterizar el perfil epidemiológico y el registro actual de PCR- EH de pacientes atendidos en SAR Miraflores el año 2019. **MATERIAL y MÉTODO:** Se realizó un estudio observacional de corte transversal retrospectivo seleccionando casos de PCR-EH diagnosticados al cierre de atención entre 01 enero del 2019 y 31 diciembre 2019 obtenidos mediante la revisión de la base de datos local SAR Miraflores. Se utilizó el programa de Microsoft Office Excel para procesar y analizar los datos. **RESULTADOS:** El 2019 se atendió un total de 57.624 pacientes mayores de 15 años, diagnosticandose 8 PCR EH, lo que precisa una incidencia acumulada de 13,88 x 100.000 habitantes, 2 casos fallecieron, determinando una tasa de mortalidad específica de 3,47 x 100.000 habitantes. De los 8 PCR EH, 87,5% fueron hombres y 12,5% mujeres. La media de edad fue de 63,9 años y la mayor incidencia fue en el grupo masculino de 81 a 90 años con 103,52 x 100.000 hab. Los ritmos de presentación fueron: asistolia (25%) y actividad eléctrica sin pulso (25%), luego taquicardia ventricular sin pulso (12.5%). Destaca un 35,7% de los ritmos no fue informado en los registros. El 75% de las causas de PCR se describieron secundarios a infarto agudo al miocardio. Las comorbilidades que predominaron fueron hipertensión arterial y diabetes mellitus tipo 2 alcanzando al 62,5% de los pacientes respectivamente. La media de tiempo de espera fue de 5,25 minutos, con un mínimo de menos de 1 minuto y máximo de 10 minutos. La media observada de tiempo de maniobra de reanimación cardiopulmonar (RCP) fue de 14,1 minutos, con mínimo de 4 minutos y máximo 30 minutos. Un 75% logró retorno a la circulación espontánea (RCE) y continuo el manejo y cuidado en centro de derivación. **DISCUSIÓN:** El SAR Miraflores registra una incidencia acumulada de PCR-EH de 13,88 x 100.000 hab, menor que la incidencia mundial de 20 a 140 x 100.000 hab. Sin embargo, no existen datos epidemiológicos nacionales ni locales que permitan hacer mayores comparaciones. Tampoco existe un registro estandarizado local ni nacional que permita reportar los datos de forma uniforme, dejando en manifiesto la falta de información en relación a los eventos de PCR-EH. El perfil de pacientes en PCR EH, coincide con lo publicado a nivel internacional, con predominio de presencia de factores de riesgo cardiovasculares y edades extremas. Dado el registro actual no es posible conocer la sobrevida a los 30 días de PCR EH manejados en SAR Miraflores, puesto que se carece de integración del sistema del SAR con el hospital terciario al que son derivados los pacientes, La información registrada en cada atención es imprescindible para evaluar las variables implicadas en cada PCR EH atendido y buscar mejorar la atención dada en situaciones de emergencia, por lo que es perentorio implementar un registro estándar único de atención de PCR EH.

CAMBIOS EN EL PERFIL DEL PACIENTE INGRESADO A SALUD MENTAL EN EL CESFAM LA LEONERA, 2019-2020.

Javier Vargas Neira (1), Florencia Abatto Felmer (2), Javier Parra Reyes (3), Fabiola Urrutia Medina (4)
(1) Medico APS, CESFAM La Leonera, Chiguayante, (2) Médico EDF, CESFAM La Leonera, Chiguayante
(3) Rehabilitador oral, Servicio de salud Concepción, (4) Médico APS, CESFAM Armando Williams, Cauquenes

INTRODUCCIÓN y OBJETIVOS: En Chile, los problemas de salud mental son la principal fuente de carga de enfermedad. Un 23,2% de los años de vida perdidos por discapacidad o muerte (AVISA) están determinados por las condiciones neuropsiquiátricas. En las mujeres, los trastornos depresivos y los trastornos ansiosos se encuentran entre las primeras causas de AVISA. En los hombres, los trastornos por consumo de alcohol juegan un rol preponderante, junto a los accidentes y violencia. El COVID-19 ha llevado a imponer medidas de aislamiento que han alterado la forma habitual de convivencia para lo cual no estábamos preparados social ni emocionalmente. **MATERIAL y MÉTODO:** Se obtuvo la información de la base estadística del CESFAM La Leonera. Posteriormente se realizó el análisis y tabulación de los datos usando programa Excel. **RESULTADOS y CONCLUSIONES:** Durante el año 2019 hubo 406 ingresos, de los cuales 212 (52%) correspondieron a mujeres y 194 a hombres (48%), sin embargo, en 2020 disminuyó a 306, manteniéndose estable el número de mujeres 217 (70%) y disminuyendo el de hombres a 89 (28%). En cuanto a la edad de los pacientes, el año 2019 la mayor cantidad de ingresos se observó en el rango de 0 a 19 años con un 38%, seguido de los pacientes de 20 a 39 años (23%), de 40 a 59 (23%), de 60 a 70 años (16%) y de 80 a99 años (1%).Durante el 2020 se observa un cambio en la distribución por rango etario, disminuyendo en el grupo de 0 a 19 años (18%) y aumentando en el de 20 a 39 años a un 35.6%, manteniéndose estables los rangos intermedios. Durante el año 2020 se observa un aumento generalizado en los ingresos por trastornos de ansiedad y los relacionados con el consumo de sustancias, así como una disminución de los trastornos del comportamiento de la infancia y adolescencia. Específicamente en los grupos de 20 a 39 y de 40 a 59 años, se observa un aumento en los trastornos de ansiedad, dado principalmente en las mujeres. **DISCUSIÓN y COMENTARIOS:** La pandemia modificó los estilos de vida y generó impacto en la salud mental de la población, generando mayor estrés y demanda, principalmente en las edades activas laboralmente. Por lo demás el subdiagnóstico generado por una reducción en las prestaciones otorgadas en APS y por consultas predominantes en el ámbito de urgencias lleva a creer que estos números podrían haber sido mayores. Es importante generar políticas públicas, tanto a nivel nacional como comunal, para contener la demanda en consultas del área de la salud mental y preparar a los médicos APS para realizar diagnósticos, derivaciones y tratamientos oportunos.

SÍNDROMES MIELODISPLÁSICOS (SMD), UN DESAFÍO EN LA ATENCIÓN PRIMARIA.

Javier Vargas Neira (1), Florencia Abatto Felmer (2), Aileen Oñate (2), Fabiola Urrutia Medina (3)
(1) Médico APS, CESFAM La Leonera, Chiguayante, (2) Médico EDF, CESFAM La Leonera, Chiguayante
(3) Médico APS, CESFAM Armando Williams, Cauquenes

INTRODUCCIÓN y OBJETIVOS: Los SMD constituyen un grupo de desordenes clonales de las células progenitoras hematopoyéticas, con una tendencia variable a evolucionar a leucemia mieoloide aguda. Son mas frecuentes en personas de edad avanzada. Su incidencia anual es de 3:5 casos por 100mil hab. Este trabajo tiene por OBJETIVO promover una alta sospecha diagnostica frente a los SMD. **MATERIAL y MÉTODO:** Se presenta el siguiente caso: Mujer de 77 años con antecedentes de hipertensión arterial e hipotiroidismo en tratamiento. Durante el 2015 se pesquisó en exámenes de control crónico hemograma alterado, hemoglobina (hb):11.6g/dl, VCM 98.2fl y leucocitos: 2400xmm3 con predominio de neutropenia, se indicó tratamiento con sulfato ferroso más ácido fólico de manera empírica y fue derivada a hematología para completar estudio. Especialidad concluyó que correspondía a leucopenia y neutropenia que no tenían traducción clínica, en cuanto a mayor número de infecciones y anemia leve normocitica normocrómica en contexto de patologías crónicas. Siendo contrarreferida a la atención primaria (APS). Durante el 2016 persistió bicitopenia, sin embargo, con anemia macrocitica, Hb: 10.1 g/dl, VCM 109.5fl, Leucocitos: 3.600xmm3, Durante los años siguientes se realizó estudio complementario con ecotomografía abdominal que informó quiste complejo en LHD, test de weber y coproparasitológico seriado negativos. Acudió a controles crónicos sin cambios en su tratamiento. En el 2019 caso se presentó en telehematología, se solicitó niveles de LDH:185, VitB12: 782. Posteriormente las atenciones presenciales se ven suspendidas por contingencia epidemiológica. En diciembre del 2020 consultó en extrasistema por astenia y fatiga marcada, en exámenes se pesquisó anemia severa, Hb:6,1g/dl, VCM:118fl, leucocitos 1370xmm3 de predominio neutrófilos (534xmm3), requiriendo transfusiones de glóbulos rojos en servicio de urgencias. Se solicitó niveles de ferritina: 423 ng/ml y Mielograma compatible con SMD tipo citopenia refractaria con displasia multilineal. Acude a CESFAM donde es referida de manera prioritaria a especialidad de hematología. **RESULTADOS y CONCLUSIONES:** Es importante tener la sospecha clínica, frente a citopenias inexplicadas que no responden a tratamientos; recabar síntomas relacionados, intensidad y duración, como la exposición a tóxicos y fármacos. En este caso se observa la demora en el diagnóstico que repercute en la evolución de la enfermedad. **DISCUSIÓN y COMENTARIOS:** Es posible que el estudio complementario sea limitado en atención primaria, Sin embargo, la presencia de la telemedicina ha generado un impacto positivo ya que acerca al especialista al medico general, reforzando el conocimiento, y otorgando un mayor grado de resolutividad de casos que requieren una derivación pronta y oportuna que no retrasen el tratamiento ni el seguimiento.

SÍNDROME CONSUNTIVO SECUNDARIO A NEFROLITIASIS BILATERAL. REPORTE DE CASO

Alberto Vejar Mansilla (1), Ana Escobar Montoya (2), Katherine Illanes Suánez (2)
(1) Médico EDF, Hospital de Río Bueno, (2) Médica EDF, CESFAM de Río Bueno

INTRODUCCIÓN: La urolitiasis es una patología frecuente que afecta aproximadamente al 10% de la población en los países industrializados. Su prevalencia ha aumentado en las últimas décadas por su asociación con Síndrome Metabólico, Diabetes Mellitus y Obesidad. No es infrecuente encontrar nefrolitiasis bilaterales en las ecografías abdominales de pacientes, aunque pocos de ellos causan obstrucción y falla renal, teniendo en ese caso indicación de descompresión urgente.
CASO CLINÍCO: Varón de 72 años, con antecedentes de hipertensión arterial y poliartrosis. Consultó por cuadro de 3 meses de baja de peso de 10 kg asociado a dolor dorsal y abdominal persistente. Se indicó manejo sintomático del dolor y se derivó para estudio ambulatorio por síndrome consuntivo. En el transcurso del mes presentó tres consultas en servicio de urgencias por persistencia de síntomas asociado a náuseas e intolerancia alimentaria. Se realizaron exámenes que confirmaron falla renal aguda AKIN III. Ecotomografía abdominal solicitada en forma ambulatoria informó hidronefrosis moderada bilateral, urolitiasis izquierda, nefropatía secundaria. Se realizó pieloTC que mostró Atrofia renal derecha + hidronefrosis bilateral moderada a severa, mayor a izquierda, con 2 cálculos ureterales obstructivos uno a derecha y otro a izquierda. Se realizó nefrolitotomía percutánea con éxito logrando recuperar función renal desde creatinina 8.4 a 2.71 mg/dL. **DISCUSIÓN:** Este caso es una presentación atípica de Nefrolitiasis, pues la edad del paciente y las características del cuadro se orientan hacia un síndrome consuntivo de etiología oncológica como primera sospecha. Se sugiere realizar un estudio metabólico que incluye estudio bioquímico de la orina y estudio de la composición de la litiasis, para determinar si se trata de un paciente de alto o bajo riesgo de litiasis, para poder prevenir las recurrencias aplicando programas de profilaxis, disminuyendo así la morbilidad de la patología litiásica.

ABSCESO DEL MÚSCULO PSOAS EN PACIENTE INMUNOSUPRIMIDO EN HOSPITAL DE ZONA RURAL"

Matías Vélez Collado (1), Fernanda González González (2), Nickivan Sepúlveda Peñaloza (1)
(1) Médico EDF, Hospital de Salamanca, (2) Médico EDF, CESFAM Sotaquí.

INTRODUCCIÓN: El absceso del músculo psoas es una colección de pus en dicho compartimiento muscular de evolución insidiosa y potencialmente letal. Si bien su incidencia es desconocida en nuestro país, en Reino Unido es de 0.4 casos por cada 100.000 habitantes al año. Se caracteriza clínicamente por dolor lumbar, cojera y fiebre, sin embargo, esta triada clásica se presenta solo en un 30% de los casos, pudiendo presentarse cada signo por separado o como fiebre de origen desconocido. Su patogénesis puede ser por vía hematógena o por estructuras adyacentes (vértebras, cadera, gastrointestinal, genitourinario, vasculares u otros sitios) generando abscesos primarios y secundarios, con microbiología determinada por origen, en el primario representado por *Staphylococcus Aureus* (88%), mientras que en secundario: 55% es polimicrobiano, de este último 82% de origen entérico. El tratamiento antibiótico adecuado y drenaje quirúrgico de la colección son pilares fundamentales en la terapia. **OBJETIVO:** La finalidad es presentar un CASO CLINÍCO raro y de difícil diagnóstico ocurrido año 2021 en Hospital de Salamanca (HSAL). **MATERIAL y MÉTODO:** Se trata de hombre de 56 años, con antecedentes de cirrosis hepática por alcoholismo, con múltiples consultas en urgencias de HSAL quien refiere cuadro de 1 mes de evolución de dolor lumbar, irradiado al cuadrante inferior izquierdo (CII) abdominal, sensación febril y cojera que inicia ese día. Durante la evaluación febril, con sensibilidad CII, signo de psoas + y dolor a la flexión de cadera izquierda. Dentro de los hallazgos de laboratorio destaca leucocitosis de 19.670 (72% segmentados), Proteína C Reactiva 123.8mg/L, creatinina 1.32mg/dL, INR 1.64, orina completa inflamatoria. Ecoscopía: descarta presencia de ascitis. Se sospecha cuadro de diverticulitis aguda y se solicita Tomografía computada (TC) de abdomen y pelvis con contraste que evidencia absceso de psoas izquierdo, se hospitaliza con terapia antibiótica. Dada complejidad se deriva a Hospital de Coquimbo, donde se define foco de columna lumbar con espondilodiscitis L3-L4, y se realiza drenaje guiado por TC con salida secreción hemato-purulenta, cultivos negativos, con TC de control con evolución óptima. Tras intervenciones, presenta mejoría clínica, completando 3 semanas de antibióticos endovenosos, se indica alta con indicación de completar 5 semanas con antibióticos orales. **RESULTADOS y CONCLUSIONES**: Las imágenes contrastadas juegan un rol preponderante en definir la presencia de esta patología, por lo que su disponibilidad es fundamental. La sospecha clínica de esta patología infecciosa debe ser alta sobre todo en pacientes inmunosuprimidos ya que el pronóstico puede ser fatal. **DISCUSIÓN:** En el caso planteado la etiología fue diseminación local de infección de estructuras adyacentes. Es importante mencionar que la presentación clínica y los datos de laboratorio son inespecíficos lo que genera demoras en el diagnóstico y aumento de la mortalidad. Si bien nuestro paciente presentó la triada clásica, esta suele asemejar patologías abdominales como diverticulitis aguda, peritonitis bacteriana espontánea, cólico renal, pielonefritis, entre otros. Lo que vuelve esta traída poco específica para esta patología.

SHOCK SÉPTICO E HIPOVOLÉMICO POR SALMONELOSIS ENTÉRICA EN HOSPITAL DE SALAMANCA

Matías Vélez Collado (1), Fernanda González González (2), Nickivan Sepúlveda Peñaloza (1)
(1) Médico EDF, Hospital de Salamanca, (2) Médico EDF, CESFAM Sotaquí

INTRODUCCIÓN: El Shock séptico corresponde a la disfunción orgánica circulatoria que pone en riesgo la vida, causada por la respuesta desregulada del organismo a una infección, con criterios clínicos definidos en donde a pesar de la adecuada reposición de fluidos no se logra mantener la Presión Arterial Media (PAM) sobre 65mmHg. Por su parte la Salmonela entérica es el agente bacteriano emergente más frecuente encontrado en brotes de enfermedades transmitidas por alimentos (ETA) en Chile, Unión Europea y Estados Unidos. Corresponde a un bacilo móvil gram negativo, cuya transmisión es fecal-oral y cuenta con diferentes mecanismos de supervivencia destacando la formación de biofilm. Dentro de su reservorio están los animales, todos los alimentos de origen animal pueden ser fuente de infección para las personas, además de las aguas contaminadas y los vegetales regados con éstas. A raíz de esto, el mayor riesgo de contagio está dado por consumo de huevo parcialmente cocido o mal refrigerado tras su preparación, consumo de vegetales cultivados con agua contaminada o de alimentos del mar extraídos en cercanía de drenajes de aguas servidas. En Chile, la salmonelosis humana se encuentra dentro de las enfermedades de notificación obligatoria. **OBJETIVO:** Exponer presentación clínica atípica de Salmonelosis entérica. **MATERIAL y MÉTODO**: Mujer de 74 años con hipertensión arterial previa controlada, refiere cuadro de 2 días de evolución de deposiciones diarreicas fétidas de más de 15 episodios sin elementos disentéricos y vómitos en más de 7 oportunidades diarias. Durante la evaluación en Servicio de Urgencias (SU) se observa severamente deshidratada, mal perfundida e hipotensa, se inicia reposición con volumen sin respuesta. Por lo que se inician drogas vasoactivas con OBJETIVO PAM 65 y antibióticos empíricos, se descarta foco respiratorio y urinario y se solicitan exámenes destacando leucocitosis y proteína C reactiva elevada, falla renal, acidosis metabólica y oligoanuria, se hace el diagnóstico de Shock séptico-hipovolémico y se traslada a Unidad de Tratamiento Intensivo (UTI) para continuar su manejo. Días más tarde se recibe resultado de pareja (quién comparte hogar y síntomas, más leves) destacando coprocultivo (+) *Salmonella Entérica* multisensible. Se realiza notificación. En anamnesis remota destaca consumo de hortalizas de cultivos domiciliarios regados con agua de canal y huevos de aves de corral propias. Paciente completa 5 días de hospitalización, con resolución de su cuadro y criterios de alta sin secuelas significativas. **RESULTADOS y CONCLUSIONES**: Aún en el año 2021 en nuestro país las enfermedades infecto-contagiosas son causante de morbimortalidad y las medidas terapéuticas deben incluir educación apropiada enfocada tanto en los afectados como en la población general, dado que las actividades de riesgo son muy prevalentes en el contexto rural, la prevención a través de la educación es fundamental. **DISCUSIÓN**: Las aparición de brotes de ETA hablan de una falta de educación sanitaria en la población, más aún, su manejo debe ser siempre con enfoque preventivo con medidas de control en toda la cadena alimentaria desde la producción agrícola hasta la elaboración, fabricación y preparación de los alimentos tanto en el comercio como en el hogar.

CARACTERIZACIÓN DE INASISTENCIAS DE USUARIOS A CONSULTAS SEGÚN PROGRAMA EN UN CENTRO DE SALUD FAMILIAR URBANO DE LA REGIÓN METROPOLITANA

Guillermo Véliz Sanzana, Anita Sanhueza Vásquez, Francisca León Castro, Loreto Soto Valdés
Médico EDF CESFAM Santa Anita, Lo Prado, Santiago

INTRODUCCIÓN: Uno de los factores que impacta en mayor medida el cumplimiento de metas sanitarias anuales, conforme a lo reportado por la literatura, es la inasistencia a los controles programados. A nivel global se dispone de varios estudios que dan cuenta de la magnitud de este problema. A modo de ejemplo en nuestro medio, de acuerdo con cifras oficiales, el año 2010 se registraron 1.271.859 inasistencias de pacientes a consultas médicas de especialistas en el sector público de salud, lo que equivale al 16,1% de todas las consultas médicas programadas. Se ha evidenciado que alrededor del 41% de las razones de las inasistencias de usuarios serían atribuibles a los establecimientos y el 59% a los pacientes. En Chile se ha observado una tendencia al alza de este problema durante los últimos años, particularmente en lo que respecta a las consultas de especialistas del sector público de salud. **OBJETIVO:** Determinar la magnitud de inasistencias en el Centro de Salud Familiar Santa Anita de la comuna de Lo Prado y caracterizarlas según tipo de atención. **MATERIAL Y MÉTODO**: Estudio descriptivo transversal. Se obtuvo la planilla Excel de inasistencias del año 2019 desde el servidor electrónico Rayén y se correlacionó con la oferta de cupos según programa de salud en el mismo año, en formato de planilla Excel extraída desde el servidor institucional IRIS-SALUD. **RESULTADOS**: Los RESULTADOS muestran que durante el año 2019 el número absoluto de inasistencias en nuestro centro corresponde a 22.369. La distribución de inasistencias por programa, en función de lo ofertado, es la siguiente: Salud Mental 1959/7199 (27,21%), Sala de Rehabilitación (RBC) 1119/4609 (24,27%), Enfermedades Respiratorias del Adulto (ERA) 656/3981 (16,47%), Salud Cardiovascular 1639/10673 (15,35%), Infecciones Respiratorias Agudas (IRA) 445/3334 (13,34%), Control Compromiso funcional (CCF) 207/1286 (16,09%), Morbilidad 3965/25254 (15,70%), Morbilidad Odontológica (641/3508) 18,27%. En el análisis de datos no se observaron variaciones estacionales estadísticamente significativas. **DISCUSIÓN O COMENTARIOS:** Los RESULTADOS dan cuenta de que, en nuestro medio, la inasistencia a las citas en salud es un problema relevante en términos de magnitud. Cabe destacar que los programas que poseen el mayor número relativo de inasistencias brindan atención a pacientes con cargas notables de sufrimiento ya sea físico o psíquico. Por el contrario, las consultas que evidencian el menor número de inasistencias son las citas de urgencia, en la que el tiempo de espera entre citación y atención resulta ser el menor. A modo general, y con el objeto de optimizar la gestión de recursos humanos en salud resulta clave conocer la magnitud del problema de las atenciones perdidas en cada centro en particular, y al mismo tiempo, diseñar y elaborar estrategias integrales destinadas a disminuir el ausentismo de usuarios a las citas de salud.

PREVALENCIA DE MULTIMORBILIDAD EN EL PROGRAMA DE CRÓNICOS RESPIRATORIOS EN UN CESFAM URBANO DE LA REGIÓN METROPOLITANA.

Guillermo Véliz Sanzana, Anita Sanhueza Vásquez, Francisca León Castro, Loreto Soto Valdés
Médico EDF CESFAM Santa Anita, Lo Prado, Santiago

INTRODUCCIÓN: La situación demográfica de transición avanzada en Chile conlleva un aumento de la prevalencia de condiciones crónicas de salud. Se entiende como multimorbilidad en nuestro medio la coexistencia de 2 o más condiciones crónicas de salud, que pueden incluir enfermedades no transmisibles de larga duración o condiciones mentales de larga duración. El impacto de ella es muy variado y, en general, de alto riesgo. En ese sentido se vuelve imperativo brindarle un abordaje de carácter integral a una población que año tras año acumula una mayor carga de enfermedad. El Ministerio de Salud Chileno plantea la necesidad de estratificar a la población a fin de definir niveles de atención de las personas, en función de sus necesidades en cuanto a uso de los servicios asistenciales, identificando así diferentes tipos de requerimientos e intervenciones en cada grupo con el fin de manejar de mejor forma su condición crónica, evitar ingresos hospitalarios y demandas de urgencia. **OBJETIVO:** Estimar la prevalencia de multimorbilidad en el Programa de Enfermedades Respiratorias del Adulto (ERA) en el CESFAM Santa Anita de la comuna de Lo Prado. **MATERIAL Y MÉTODO:** Estudio descriptivo transversal. Se realizó una revisión exhaustiva de 916 fichas clínicas de la plataforma electrónica Rayén de los usuarios inscritos en el Programa ERA hasta el 31 de diciembre de 2020. Los datos biográficos y de enfermedad fueron extraídos y posteriormente tabulados en planilla Excel. Se establecieron 52 columnas de condiciones crónicas con base en el modelo poblacional de estratificación de condiciones crónicas sugerido por el MINSAL. A fin de estratificar a la población se utilizó la pirámide de Kaiser permanente de riesgos modificada, en la que G0, G1, G2 y G3 equivalen respectivamente a sin condiciones crónicas, 1 condición crónica, entre 2 a 4 condiciones crónicas y 5 o más condiciones crónicas. **RESULTADOS:** Se analizó un total de 908 usuarios, 640 de sexo femenino. La edad promedio del total fue de 61,33 años. Su distribución según grado de multimorbilidad fue: G0 = 3 (0.33%), G1 = 139 (15.30%), G2 = 326 (35.90%), G3 = 440 (48.45%). Del total evaluado, los diagnósticos más frecuentes son: Hipertensión arterial: 378 (41.6%), Artrosis de rodilla, cadera u otro tipo 215 (23.67%), Diabetes mellitus tipo 2 215 (23.67%), Obesidad 209 (23.01%), Asma bronquial 206 (22.68%), Dislipidemias 201 (22.13%), EPOC 187 (20.59%), Función limitada o discapacidad 104 (11.45%). **DISCUSIÓN O COMENTARIOS:** Se desprende de los RESULTADOS de este estudio que la mayor parte de la población inscrita en el programa ERA del CESFAM Santa Anita se categoriza, en términos de la estratificación de multimorbilidad, en el grado 3, equivalente a personas con situación de cronicidad compleja y con mayores requerimientos asistenciales. La frecuencia de diagnóstico es mayor a lo reportado en población general chilena; esto último dice relación con la edad promedio avanzada de las personas atendidas por este programa. Los hallazgos refuerzan la importancia de diseñar una estrategia de cuidados integrales a personas en situación de cronicidad.

IMPORTANCIA DE LA DETECCIÓN DE POLIFARMACIA Y USO DE MEDICAMENTOS POTENCIALMENTE INAPROPIADOS EN ADULTOS MAYORES DEL PROGRAMA DE DEPENDENCIA SEVERA EN ATENCIÓN PRIMARIA

Camila Belén Venegas Vergara (1), Ana Belén Cortés Jiliberto (2), Macarena Janet Fernández Barrientos (1)
(1) Médica EDF Centro de Salud Familiar Padre Esteban Gumucio, La Granja.
(2) Médica Cirujana Centro de Salud Familiar La Granja, La Granja.

INTRODUCCIÓN: En los adultos mayores la prescripción de medicamentos potencialmente inapropiados (MPI) es considerada un problema de salud pública, al igual que la polifarmacia, se relacionan con mayor morbimortalidad y uso de recursos sanitarios. **OBJETIVOS:** Determinar la presencia de polifarmacia y MPI en adultos mayores candidatos a ingresar al Programa de Dependencia Severa en el CESFAM Padre Esteban Gumucio. **MATERIAL Y MÉTODO:** Se realizó un estudio observacional descriptivo de pacientes candidatos a ingresar al Programa de Dependencia Severa entre 2019 y 2020. Se evaluaron 203 pacientes con entrevista y registro en ficha electrónica. Se utilizaron criterios de Beers (2019) para la detección de MPI, Barthel para funcionalidad, polifarmacia (considerada como 5 ≥ medicamentos). Se realizó estadística descriptiva para el análisis de datos. **RESULTADOS:** De los pacientes evaluados (≥60 años) presentaron edad promedio 81,1 años, 60,1% mujeres, 39,9% hombres. Se observó polifarmacia en 145 de ellos (73,4%), promedio de fármacos por pacientes 5,5, 191 recibían al menos un MPI. La prevalencia de MPI fue 94,1%, de estos los más utilizados fueron: Aspirina (74), Quetiapina (60), Metformina (51), Tramadol (36) y Zopiclona (31). Mediante la prueba de chi^2 (α = 5%), se encontró que existe una relación entre polifarmacia y medicamentos potencialmente inapropiados y que la prevalencia de MPI aumenta en un 12,1% con la polifarmacia. **DISCUSIÓN O COMENTARIOS:** La prevalencia de MPI y polifarmacia, es mayor que lo descrito en la literatura. Observándose un aumento en la prescripción de MPI con la polifarmacia. Es importante conocer la magnitud del problema para generar estrategias que permitan reducir el riesgo clínico asociado al uso inadecuado de fármacos e injustificado de recursos.

TRATAMIENTO ORTODÓNCICO CON APARATOLOGÍA FIJA, PARA LA CORRECCIÓN DE MORDIDA INVERTIDA ANTERIOR SIMPLE.

Constanza Vera Maturana (1), Magdalena Matamala Peña (2)
(1) Odontóloga CESFAM Quinta Bella Recoleta, Especialidad Ortodoncia Facultad de Odontologia Universidad de Chile
(2) Odontóloga EDF Servicio de Salud O´Higgins, Especialidad Ortodoncia Facultad de Odontologia Universidad de Chile

INTRODUCCIÓN y OBJETIVOS: La mordida invertida anterior simple es una anomalía dentomaxilar, en el sentido sagital, que afecta uno o dos incisivos, encontrándose éstos en mordida invertida respecto de sus antagonistas. El tratamiento ortodóncico con aparatología fija, permite realizar la corrección de esta anomalía y lograr una adecuada oclusión dentaria, finalizada la dentición mixta segunda fase. **PRESENTACIÓN DEL CASO:** Paciente mujer, 10 años, estado de maduración CS3, clase III esqueletal por naturaleza mixta, braquifacial severo, perfil anterior anteinclinado, rotación mandibular anterior. Dentición mixta segunda fase, desviación línea media dentaria superior 2 mm hacia la derecha, con respecto a la línea media facial. Diente 2.2 con mordida invertida anterior simple. Discrepancia total superior -3mm, discrepancia total inferior -3mm. Overbite 3,5 mm y overjet 1,5 mm. Distoclusión molar bilateral. Se planificó un tratamiento con aparatología fija de ortodoncia, en dos fases: Primero uso de técnica de aparatología fija 4 x 2, con el propósito de alinear el segmento 2-2 y arco lingual, luego se utilizó arco utilitario en TMA 0.017" x 0.025", para intruir y protruir el segmento anterosuperior y distalar molares, y finalmente para lograr una mayor protrusión incisiva, se utilizó un arco de acero inoxidable 0.017"x 0.025" con aparatología fija 4 x 2 y resorte abierto. En segunda fase, una vez que finaliza la dentición mixta segunda fase, se planifica tratamiento con aparatología fija de ortodoncia, prescripción MBT, con el OBJETIVO de obtener una correcta alineación y oclusión dentaria. **DISCUSIÓN y CONCLUSIÓN:** El tratamiento con aparatología fija en varias etapas, permite respetar el orden de la erupción dentaria, corregir la mordida invertida anterior simple, disminuir el overbite, y con ello, lograr una óptima alineación dentaria, oclusal y estética.

TRATAMIENTO MALOCLUSIÓN CLASE III ESQUELETAL CON MÁSCARA DE TRACCIÓN FRONTAL Y SISTEMA ERTTY GAP III.

Constanza Vera Maturana (1), Magdalena Matamala Peña (2), Eduardo Àlvarez Palacios,
(1) Odontóloga CESFAM Quinta Bella Recoleta, Especialidad Ortodoncia Facultad de Odontologia Universidad de Chile
(2) Odontóloga EDF Servicio de Salud O´Higgins, Especialidad Ortodoncia Facultad de Odontologia Universidad de Chile
(3) Ortodoncista, Director del Departamento del niño y Ortopedia Dentomaxilar, Facultad Odontologia Universidad de Chile

INTRODUCCIÓN y OBJETIVOS: Las maloclusiones clase III consideran un desafío del tratamiento de ortodoncia, porque presentan un fuerte componente genético. Retrognatismo maxilar, prognatismo mandibular o combinación de esas discrepancias, caracterizan problemas esqueletales. La recomendación más frecuente para tratamiento de clases III es protracción maxilar, generalmente con uso de máscara de tracción frontal (MTF), asociada o no con la disyunción de sutura media palatina. El OBJETIVO es mostrar una forma de tratamiento temprano de clases III, con el uso de máscara de tracción frontal continuado por sistema Ertty Gap III. **PRESENTACIÓN DEL CASO:** Paciente hombre, 8 años, estado maduración CS2, Clase III Esqueletal por mandíbula protruída, braquifacial, perfil posterior anteinclinado, rotación mandibular anterior, falta DESARROLLO tercio medio. Dentición mixta primera fase. Mordida cruzada bilateral, mesioclusión molar bilateral, overjet -3mm, overbite 1mm. Se planificó una primera fase de tratamiento ortopédica con MTF con un protocolo de uso de elásticos ½ pulgada 400 grs durante 16 meses, y con disyuntor McNamara modificado, con activación del tornillo ¼ vuelta dos veces al día por 12 días. En una segunda fase a los 12 años, se utilizó sistema Ertty Gap III, con protocolo de uso ½ vuelta cada 15 días por 3 meses, y uso elásticos intraorales de clase III por 11 meses. El OBJETIVO del tratamiento fue obtener adecuada relación transversal maxilar y sagital mandibular. **DISCUSIÓN y CONCLUSIÓN:** Se lograron OBJETIVOs clínicos, como, mejoramiento del perfil facial, corrección de clase III dentoalveolar y una redirección del crecimiento maxilomandibular. Por lo tanto, Sistema Ertty Gap III es una técnica viable de ser aplicada en forma complementaria a MTF. **COMENTARIOS:** Es relevante dar a conocer nuevas técnicas de terapéutica en el tratamiento temprano de una clase III esqueletal.

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y EPIDEMIOLÓGICAS DE ENFERMEDAD POR CORONAVIRUS 2019 EN POBLACIÓN AYMARA DE LA COMUNA DE COLCHANE: UN ESTUDIO DESCRIPTIVO.

Gonzalo Vera Santis (1), Roberto Gonzalo Klinger Guerra (2), Diego Alejandro González Culí (3)
(1) Médico EDF CGR Colchane, (2) Médico EDF, CGR Camiña, (3) CGR Dr. Amador Neghme Huara

INTRODUCCIÓN: La comuna de Colchane se emplaza en el altiplano chileno, siendo su población mayoritariamente de etnia Aymara. En mayo de 2020 se confirma el primer caso en Colchane de enfermedad por coronavirus 2019 (COVID-19). Hasta la segunda semana de abril 2021, existía una incidencia acumulada de 131 casos de esta enfermedad. Los primeros estudios reportaron que la mayoría de estos pacientes presentaban fiebre y tos. Estudios posteriores mostraron que la frecuencia de estos síntomas no eran tan altos como se pensaba inicialmente. Con la evolución de la pandemia, se ha visto que los síntomas extrapulmonares son bastante comunes, incluso en algunas series, más frecuentes que la fiebre. **OBJETIVO**: Describir las características clínicas y síntomas iniciales de COVID-19 confirmado, en la población Aymara de la comuna de Colchane. **MATERIAL y MÉTODO**: Se realizó un estudio descriptivo y retrospectivo entre el 21 de mayo del 2020, fecha del primero caso confirmado en Colchane, hasta la semana epidemiológica 14 del año 2021. Se estudió a la población Aymara nativa, con COVID-19 confirmado. Del total de la población incluida, se seleccionaron como muestra aquellos usuarios de origen Aymara, atendidos en alguno de los establecimientos de salud de la comuna de Colchane. En total se seleccionaron 108 pacientes. Los datos de edad, sexo, inicio del cuadro, síntomas y comorbilidades se recogieron por medio del Sistema de Vigilancia Epidemiológica EPIVIGILA. **RESULTADOS**: De los 108 pacientes seleccionados, el 56% eran de sexo femenino. El promedio de edad fue de 46.1 años. 8 pacientes eran de < 20 años. Un 32,3% (n=35) fueron asintomáticos. El síntoma inicial más frecuente fue la tos con 61.6%, seguido por mialgia 35.6% y rinorrea 32.8%. La fiebre fue informada en solo 19 del total de pacientes siendo el cuarto síntoma más frecuente. De los tres síntomas más frecuentes, al menos uno se reportó en el 86,3% de los 73 pacientes sintomáticos. **CONCLUSIÓN**: El presente trabajo muestra que la tos, mialgia y rinorrea, fueron los síntomas iniciales más frecuentes de COVID-19 en el total de pacientes Aymaras confirmados con COVID-19 en la comuna de Colchane. Cerca del 90% de los pacientes sintomáticos reportó al menos uno de estos tres síntomas. Los síntomas extrapulmonares fueron un hallazgo infrecuente, por lo que nuestros RESULTADOS no son similares con los estudios previos que reportaron hasta un 40% con sintomatología gastrointestinal inicial. Por otro lado, nuestros hallazgos si fueron similares a los estudios iniciales realizados en China que mostraron que la fiebre, tos y mialgia fueron los síntomas iniciales más frecuentes.

DEMODICOSIS EN PACIENTE CON ROSÁCEA PÁPULO-PUSTULAR. ¿FENOTIPOS DE LA MISMA ENFERMEDAD? REPORTE DE UN CASO

Gonzalo Vera Santis (1), Javiera Mora Araya (2), Fabiola Muñoz Gajardo (2)
(1) Médico EDF, CGR Colchane, (2) Médico EDF, CESFAM Yandry Añado Montero

INTRODUCCIÓN: La rosácea es una dermatosis inflamatoria crónica frecuente que afecta principalmente la región centro-facial. Esta entidad se clasifica en cuatro subtipos distintos. El subtipo II o rosácea pápulo-pustular se caracteriza por un eritema facial persistente y lesiones papulares y pustulares de ubicación simétrica. La demodicosis es una dermatosis crónica caracterizada por lesiones eritemato-maculares pruriginosas, papulares y habitualmente con compromiso facial asimétrico, y cuyo agente causal son ácaros foliculares del género Demodex. Ambas entidades se consideran distintas patologías, pese a presentar numerosas similitudes, lo anterior debido a que el rol del ácaro Demodex en la rosácea aún no es ampliamente aceptado. Pese a ello, la densidad de éste ácaro en los pacientes con rosácea es mayor que la población general, lo que sugiere un posible papel en la patogenia de esta enfermedad. La dificultad para diferenciarlas y la gran cantidad de similitudes entre ambas entidades sugieren que no deberían considerarse como dos patologías diferentes. **PRESENTACIÓN DE CASO**: Mujer de 27 años con antecedente de trombofilia por déficit proteína C y rosácea pápulo-pustular en tratamiento de mantención. Inicia cuadro de 5 días de evolución de lesiones acneiforme, pápulo-pustulares y eritematosas en región centro-facial y zona posterior de ambas manos. Dichas lesiones se acompañaban de ardor y prurito. No refiere clínica similar previa. Por lo anterior se realiza ácaro test que informa: Presencia de Demodex folliculorum v. brevis. Se indica receta magistral con Ivermectina y metronidazol en crema. Cuadro se resuelve en aproximadamente 3 semanas de iniciado el tratamiento. **DISCUSIÓN**: Actualmente, la alta densidad del ácaro Demodex no es del todo considerado como un factor etiológico más en la rosácea pápulo-pustular. Pese a lo anterior, ambas entidades presentan numerosas similitudes, tales como la sintomatología, la histología, la densidad del ácaro Demodex en la enfermedad y la respuesta a tratamiento acaricida. Si bien es difícil probar el verdadero rol de éste ácaro en el DESARROLLO de la rosácea, las características clínicas semejantes entre la rosácea pápulo-pustular y la demodicosis, sugieren que deberían considerarse como dos fenotipos de una misma enfermedad.

ANÁLISIS DE IMPACTO DE LAS CUARENTENAS EN LA INCIDENCIA DE CASOS POSITIVOS DE SARS-COV2 EN EL SERVICIO DE URGENCIAS PRIMARIA DE BARRANCAS DE SAN ANTONIO.

Sebastián Vera Santibáñez (1), Stephanie Harrison Muñoz (1), Natalia Alvarado Álvarez (2)
(1) Médico EDF, Centro de Salud familiar Barrancas, (2) Médico EDF, Postas de Salud Rural San Antonio.

INTRODUCCIÓN: La enfermedad por COVID 19 ha sido una de las epidemias más grandes que ha arrasado la humanidad en el siglo XXI, catalogada por la OMS como pandemia global. En Chile, el 3 de marzo de 2020 se detectó el primer caso de COVID 19, por lo que las autoridades de salud respondieron con medidas de restricción para contener la pandemia. En el presente trabajo se evaluará el caso particular del Servicio de Atención Primaria de Urgencias (SAPU) de Barrancas de San Antonio, observando los casos derivados a confirmación con el examen *Polymerase Chain Reaction* (PCR) para SARS COV-2, a fin de evaluar el impacto de las cuarentenas decretadas. **MATERIAL y MÉTODO:** Se realizó un estudio de cohorte longitudinal entre la población consultante del SAPU Barrancas entre el 25 de marzo al 30 de septiembre de 2020 (217 días), de los cuales se seleccionaron 357 consultas por síntomas respiratorios que fueron derivadas a toma de muestra de PCR por cumplir criterios de "caso sospecha" según los lineamientos del MINSAL. Se agruparon los casos según si resultaron "positivo" a la PCR, los que resultaron "negativos" y los casos que se les perdió el seguimiento luego de la derivación, y se compararon los periodos antes del decreto de cuarentena en la comuna de San Antonio (entre el 25 de marzo al 08 de junio de 2020), durante la cuarentena (entre el 09 de junio al 27 de julio de 2020) y posterior a la cuarentena en el Plan Paso a Paso (entre el 28 de julio al 30 de septiembre de 2020). **RESULTADOS y CONCLUSIONES:** De las 357 consultas por síntomas respiratorios catalogados como caso sospecha en el periodo señalado, se obtuvieron un total de 51 casos positivos con confirmación de PCR SARS-COV2, 277 casos negativos y 27 casos de pacientes que se les perdió el seguimiento. En el periodo previo a la cuarentena se observó una **incidencia acumulada de 11.3%** en 105 días de observación, durante la cuarentena un **19.3%** en 48 días de observación y posterior a la cuarentena un **14.4%** en 64 días de observación. En el primer periodo de observación se observa una menor incidencia de casos positivos, en el segundo periodo durante la cuarentena un alza de incidencia y posterior a la cuarentena un descenso en el número de casos.
DISCUSIÓN y COMENTARIOS: En el periodo previo a la cuarentena, se observa una incidencia de casos positivos baja en los pacien tes derivados, que puede responder al periodo en donde recién comenzaba aislarse el virus. En el periodo durante la cuarentena se observa un alza de casos positivos, que puede responder a la transmisión del virus y a la pérdida de trazabilidad de casos en el periodo más crítico de la pandemia. En el periodo post cuarentena, ocurre una baja de casos positivos, correspondiendo al momento en que se implementa el plan Paso a Paso, con el fin de desconfinar las comunas que redujeran la incidencia de casos. Se puede inferir que la cuarentena tuvo un efecto en mitigar y mantener una incidencia de casos baja, a fin de evitar una sobresaturación de los servicios de salud.

¿ESTAMOS SUBDIAGNOSTICANDO ACCIDENTES CEREBRO VASCULARES?, A PROPÓSITO DE UN CASO.

Andrés Verdugo Arriagada (1), Fabiola Urrutia Medina (2), Makarenne Rodríguez Letelier (1), Javier Vargas Neira (3)
(1) Médico EDF Hospital de Cauquenes, (2) Médica APS CESFAM Armando Williams, Cauquenes.
(3) Médico APS CESFAM La Leonera, Chiguayante

INTRODUCCIÓN: La falta de identificación temprana de los usuarios con Accidente Cerebro Vascular (ACV) pudiese deberse a que, en algunos casos, los pacientes presentan manifestaciones atípicas que simulan otras condiciones lo que dificulta el reconocimiento de la patología. Esto obstaculiza la preservación o restauración rápida del flujo sanguíneo arterial cerebral que es el pilar del tratamiento actual disponible. **CASO CLINÍCO:** Paciente femenina de 67 años con antecedentes de fibrilación auricular sin anticoagulación por mala adherencia, hipertensión arterial, diabetes mellitus con mal control metabólico. Consultó por cuadro de 10 días de síntomas depresivos con cambios conductuales que se atribuyeron a muerte reciente de conyugue. El día de la consulta presentó episodio de compromiso de conciencia cuantitativo con sopor superficial Glasgow 12. Dentro de sus exámenes solo destacaba una hiperglicemia leve, sin trastorno electrolítico ni infeccioso. Se realizó TAC de cerebro sin contraste el cual se informó sin lesiones agudas. Durante la hospitalización la paciente persistió con delirium hipoactivo. Dado sus comorbilidades y alta sospecha se solicitó una Resonancia magnética (RM) que mostró signos de múltiples infartos lacunares bilaterales. **DISCUSIÓN:** En estudios retrospectivos, se ha objetivado que entre los usuarios con accidente cerebrovascular, un 20 a un 39.9% al momento de la admisión en urgencias ingresó con un diagnóstico diferente. De este grupo más de la mitad (58.4%) tenía manifestaciones neurológicas, mientras el resto presentaba síntomas de otros sistemas. Dentro de las manifestaciones neurológicas atípicas destacan trastornos de síntomas somáticos 33%, alteración del nivel de conciencia (confusión) 30%-90% según distintas revisiones, desordenes del habla/lenguaje 11%-67%, y otros menos comunes como trastornos convulsivos, síntomas neuropsiquiátricos o trastornos de la sensación cutánea. En estos casos, la presentación puede ir acompañada de signos corticales como asomatognosia, anosognosia, agnosia visual o desinhibición del habla que pudiesen ser etiquetados como delirio o encefalopatía. En el caso presentado se mantuvo alta sospecha clínica por los antecedentes médicos y comorbilidades que le conferían a la usuaria un mayor riesgo asociado. **CONCLUSIÓN:** Destaca que una proporción significativa de casos no son identificados al ingreso por lo que es importante tener alta sospecha, considerar la presencia de síntomas cualitativos, signos atípicos y factores discriminatorios sugestivos, además de desarrollar estrategias que permitan el reconocimiento temprano de este grupo de pacientes considerando estudios de neuro imagen precoz y apropiadas para objetivar compromiso cerebral.

QUISTE HEPÁTICO SIMPLE GIGANTE COMO CAUSANTE DE DOLOR ABDOMINAL A REPETICIÓN EN PACIENTE ADULTO MAYOR: REPORTE DE CASO

Cristian Verdugo Orellana (1), Felipe Moreno Toro (2), María Opazo Mellado (3)
(1) Médico EDF Hospital de Licantén, (2) Médico EDF, Hospital de Parral, (3) Médica EDF, Hospital de San Javier

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS: El quiste hepático (QH) es una patología infrecuente, con una incidencia de 0.5 a 1% en estudios de autopsia. La mayoría son asintomáticos y rara vez se asocian a complicaciones, requiriendo tratamiento en situaciones excepcionales. Se presenta el caso de una paciente adulta mayor con cuadros de dolor abdominal (DA) a repetición secundarios a la presencia de dicha formación. **MATERIAL Y MÉTODO:** Análisis retrospectivo de CASO CLINÍCO con estudio crítico de literatura médica disponible. **RESULTADOS Y CONCLUSIONES:** Paciente femenino de 84 años, sin antecedentes mórbidos referidos, con múltiples consultas en atención primaria de salud desde marzo 2016, por cuadro de dolor abdominal difuso y náuseas, sin fiebre, baja de peso ni cambios en deposiciones. Se realiza estudio ecográfico ambulatorio en noviembre 2018 que revela imagen anecoica, ovalada, de 14 centímetros (cm) de diámetro, compatible con QH simple. Exámenes de laboratorio con anemia moderada, discreta elevación de gamma-glutamiltransferasa. Tomografía axial computarizada de abdomen y pelvis informa QH simple, en lóbulo derecho, de 20 x 13 cm, con desplazamiento de diafragma y riñón derecho, sin evidencias de compresión de estructuras adyacentes. Dado sintomatología recurrente se programa resolución quirúrgica electiva. En julio de 2019 se somete a fenestración laparoscópica, constatándose quiste simple en lóbulo hepático derecho, sin lesiones peritoneales, con aspiración de 2.5 litros de líquido claro desde el quiste, destechamiento de 7 cm de diámetro, procedimiento sin incidentes. Se hospitaliza en unidad de Cirugía Mujeres del Hospital Regional de Talca para manejo post-quirúrgico, con favorable evolución. El QH es una entidad clínicamente inespecífica, siendo su diagnóstico a menudo incidental en estudios de imagen. La ecografía abdominal tiene una sensibilidad y especificidad cercana al 90%. **DISCUSIÓN O COMENTARIOS:** Los quistes que adquieren grandes dimensiones habitualmente producen sintomatología y requieren resolución definitiva. El manejo depende de la relación causal sintomática establecida, DESARROLLO de complicaciones o rápido crecimiento, siendo el abordaje quirúrgico laparoscópico un procedimiento seguro, con bajos índices de recurrencia.

LINFEDEMA CRÓNICO, REPORTE DE UN CASO

Franz Verdugo Zúñiga, Matías Honorato Guzmán, Diego Fernando Ramírez Charme
Médicos EDF Cesfam Chépica

INTRODUCCIÓN: El linfedema es la acumulación de fluido con acumulación de proteínas en el intersticio, secundario a anomalías en el sistema de transporte linfático. Independiente de su etiología, se puede manifestar como edema blando con fóvea que puede progresar a un edema sin fóvea y crecimiento irreversible de la extremidad, llevando a una fibrosis progresiva, obstrucción de los vasos linfáticos y celulitis a repetición. El linfedema primario se debe a anomalías en el DESARROLLO del sistema linfático, mientras que el secundario es consecuencia del daño de vasos linfáticos debido al trauma, cáncer, cirugía o infección. Las zonas más comprometidas son la extremidad inferior (90%), extremidad superior (10%) y genitales (< 1%). El proceso diagnóstico, etapificación y seguimiento, se basa en clínica e imágenes; el examen físico se realiza con mediciones volumétricas y signo fóvea, en cuanto a las imagines, permiten confirmar diagnóstico, estatus funcional y extensión de la enfermedad; entre ellas destaca la linfocintigrafia isotópica, linforesonancia magnética y la linfografia con verde indocianina. Si bien no hay cura para el linfedema, existen opciones terapéuticas en función de etapa clínica; el manejo inicial incluye medidas conservadoras consistente en la terapia descongestiva compleja (TDC) que incluye el uso de prendas de compresión ; a su vez el tratamiento quirúrgico es opción cuando las medidas conservadoras ya no son suficientes, este involucra procedimientos reconstructivos del sistema linfático con anastomosis linfatico-venosas y transferencia de linfonodos vascularizados , y resectivos la enfermedad es muy severa y avanzada. **CASO CLINÍCO:** Mujer 45 años, antecedente de obesidad tipo 3, sin otras comorbilidades crónicas conocidas, alergias (-), cirugías(cesárea 1 vez) sin antecedentes familiares de importancia , consumo de medicamentos y drogas (-), usuaria de MÉTODO anticonceptivo (DIU).Consulta por cuadro de 8 años de evolución progresiva de edema de extremidades inferiores diurno. con leve atenuación nocturna asociado a sensación de pesadez, dolor, parestesias y episodios de celulitis a repetición en los últimos dos años; al interrogatorio dirigido sin otros síntomas, solo destaca antecedente de celulitis de curso tórpido años atrás, esto previo a aparición de edema. Al examen físico IMC 41, se aprecia gran aumento de volumen de EEII bilateral mayor a izquierda, fóvea+++, sin signos de telangectasias, varices, dermatosis crónica, ulceras ni TVP actual. Se realiza estudio de laboratorio para edema sistémico encontrándose función cardiaca, hepática y renal normal, albumina en rango adecuado, proteinuria negativa y tiroides normal; dentro del estudio de edema local se realiza Eco-doppler de EEII resultando negativo para insuficiencia venosa crónica. Se plantea hipótesis diagnóstica de linfedema crónico secundario estadio II, y se deriva a cirujano plástico para resolución, quien confirma el diagnóstico y comienza tratamiento conservador asociado a eventual reconstrucción quirúrgica según evolución. **CONCLUSIÓN:** El proceso diagnóstico del edema de extremidades inferiores es más complejo de lo que parece, existiendo causas sistémicas y locales, siendo el linfedema crónico una causa poco estudiada y manejada en la practica médica. Es importante diagnosticar y etapificar la enfermedad, dado que existen opciones terapéuticas efectivas en etapas tempranas, siendo reversible, detenido o enlentecido el progreso de la enfermedad.

PITIRIASIS LIQUENOIDE Y VARIOLIFORME AGUDA (PLEVA), REPORTE DE UN CASO

Franz Verdugo Zúñiga, Matías Honorato Guzmán, Diego Fernando Ramírez Charme
Médicos EDF Cesfam Chépica

INTRODUCCIÓN: La pitiriasis liquenoide es una dermatosis inflamatoria adquirida muy poco frecuente, benigna, de etiología desconocida, autolimitada la mayoría de las veces, que afecta a adultos y niños jóvenes, con leve predominio en varones. La etiología es desconocida, pero se postula que están implicados mecanismos de hipersensibilidad frente a medicamentos y/o agentes microbianos. Su forma aguda se denomina pitiriasis liquenoide y varioliforme aguda (PLEVA), existiendo además otras presentaciones clínicas: la pitiriasis liquenoide crónica y la ulcero necrótica febril, ambas con las mismas bases fisiopatológicas, considerándose distintas posibles fases de una misma enfermedad. Clínicamente la PLEVA se caracteriza por la erupción polimorfa de lesiones dérmicas inflamatorias variadas y evolutivas, que van desde pápulas eritematosas, o purpúricas, descamativas, con eventual progresión hacia vesículas, pústulas, lesiones necróticas, costras e hiper o hipopigmentación residuales; la distribución es habitualmente en el tronco, extremidades proximales y pliegues flexores. Las lesiones son asintomáticas, o están acompañadas de prurito, ardor y raramente fiebre, sin afectación extra-cutánea. La historia natural tiende a la remisión espontanea, sin embargo, se utilizan antihistamínicos y emolientes para la sintomatología; a su vez para optimizar la resolución del cuadro y evitar secuelas cutáneas, se recomienda el uso corticoides tópicos, inmunomoduladores tópicos, macrolidos y fototerapia. **CASO CLINÍCO:** Paciente de 25 años, sexo masculino, sin comorbilidades crónicas conocidas, alergias (-), cirugías (-), sin antecedentes familiares de importancia. Consulta en policlínico de morbilidad por cuadro de 3 semanas de evolución de inició insidioso de lesiones dérmicas pruriginosas; al interrogatorio no se pesquisan otros síntomas, ni consumo de fármacos, sustancias o exposición a alérgenos comunes. Al examen físico destaca lesiones en tronco y extremidades papulo-eritematosas, descamativas, algunas costrosas y unas pocas con leve centro necrótico; sin fiebre, sin adenopatías, ni signos de infección cutánea sobreagregada. Exámenes de laboratorio destaca función hepática, renal, hemograma normal, VHS 30, PCR 12, VDRL-, VIH- , VHC-, ANA-. En primera instancia se inicia corticoides tópicos y antihistamínicos y se deriva para estudio en dermatología, con hipótesis diagnostica de dermatosis alérgica en estudio. Dermatólogo diagnostica PLEVA e indica biopsia que informa dermatitis linfocitaria y liquenoide vacuolar purpúrica, confirmando el diagnóstico. A las 8 semanas de evolución paciente acude a control evidenciándose escasas lesiones papulo-costrosas y en mayor cantidad lesiones residuales de hipopigmentación; manifiesta no haber usado corticoide, pero si antihistamínico.
CONCLUSIÓN: La PLEVA es una condición dermatológica inflamatoria aguda muy rara , a pesar de esto , sus bases inflamatorias secundarias a probable hipersensibilidad, su curso relativamente benigno y buena respuesta a tratamiento (algunos al alcance de atención primaria), sugieren quizás una posibilidad terapéutica empírica más temprana , sin generar daño colateral (luego obviamente de una correcta aproximación diagnostica) , esto con el fin de disminuir la carga y duración sintomática en el paciente, generando así alivio más pronto.

SOSPECHA DIAGNÓSTICA DE COLANGITIS BILIAR PRIMARIA EN APS. A PROPÓSITO DE UN CASO.

Felipe Vergara Alarcón, Nicole Misle Rojas, Javiera Castillo Daza
Médicos EDF Cesfam Sur Iquique.

INTRODUCCIÓN: La colangitis biliar primaria es una causa de daño hepático crónico de tipo autoinmune con etiología desconocida, con una probable predisposición genética. Se presenta generalmente en adultos de sexo femenino entre los 50-60 años. Las manifestaciones van desde asintomáticos a fatigabilidad, prurito, sequedad de boca y ojos de forma insidiosa hasta llegar a los síntomas típicos de la cirrosis. Además de poder asociarse a neuropatías y otras enfermedades autoinmunitarias.
PRESENTACIÓN DEL CASO: Paciente femenina, 46 años, sin antecedentes mórbidos. Con antecedentes familiares de madre con artritis reumatoide. Buenos hábitos alimenticios, tabaquismo (-), consumo OH (-), eutrófica. Asiste a fines del 2018 a chequeo anual preventivo con exámenes de laboratorio, entre los cuales destaca: GOT: 76, GPT: 100, GGT: 361, FA: 349, BT: 1.09, BD: 0.78. Dado que paciente se encontraba asintomática, pero con perfil hepático alterado se le solicita repetición de exámenes de laboratorio junto con serología para VHB, VHC y ecotomografía abdominal los cuales resultan normales, pero persistía con pruebas hepáticas alteradas. Sin embargo, paciente dejó de controlarse por un año dado que otros exámenes resultaron normales y no presentaba molestias. Durante diciembre del 2019 paciente comienza con dolor abdominal localizado a nivel de hipocondrio derecho tipo cólicos, intermitentes y sin factor desencadenante fijo, intensos, no asociado a otros síntomas. Por este motivo decide reconsultar, se le solicitan pruebas hepáticas las cuales siguen similares a valores iniciales, ecotomografía abdominal sin evidencia de litiasis biliar e hígado sin alteraciones estructurales, serología hepática que persiste negativa. Se decide solicitar anticuerpos y con los siguientes RESULTADOS: Perfil ENA: Anti Ro: 1.5, Anti RNP: 7.4, Anti SM: 2.5, Anti LA: 1.2, Anti SCL: 70, Anti Jo: 1.8, Ac anti TG: 21.3. Dado alteración de perfil ENA se decide derivar con gastroenterólogo para diagnostico quien solicita RM abdominal la cual orienta al diagnostico de daño hepático crónico, asociado a esplenomegalia y varices esofágicas pequeñas sin signos rojos. Solicita además una elastografia de transición - ET que destaca una fibrosis hepática en etapa F4 según la clasificación de Metavir. Se realiza el diagnostico de daño hepático crónico en contexto de una colangitis biliar primaria. **DISCUSIÓN**: Pese a no ser la edad de presentación típica, el estudio de pruebas hepáticas alteradas es necesario, dado que la ecotomografía abdominal es un examen poco preciso para descarte de daño hepático crónico además de ser operador dependiente. **CONCLUSIÓN**: El daño hepático crónico por causa autoinmune es una de la forma poco frecuente de presentación de éste, recordad siempre el abordaje ordenado y sistemático frente a pacientes que se presenten con alguna alteración del perfil hepático para llegar a un diagnóstico adecuado y de manera oportuna.

DISECCIÓN TRONCO CELÍACO COMO HALLAZGO EN ESTUDIO DE DOLOR TORÁCICO. REPORTE DE UN CASO.
Nikol Pilar Vergara Tapia, Constanza Paz Díaz Garrido, María Paz Cabezas Freitte,
Médicas EDF Hospital San Agustín La Ligua

INTRODUCCIÓN: Las disecciones extra aórticas en orden de frecuencia incluyen la arteria renal, coronaria, cerebral, carótida, vertebral y viscerales. La literatura describe dos tipos dominantes de disección de arteria visceral: la disección del tronco celíaco y arteria mesentérica superior, con incidencia de 0.08% en reportes de casos como presentación espontánea. La disección de tronco celíaco es una patología poco frecuente en ausencia de disección concurrente de la aorta, lesión iatrogénica o traumatismo abdominal. **CASO CLINÍCO:** Hombre de 59 años, antecedentes de hipertensión arterial, fibrilación auricular en tratamiento con anticoagulante, regular control de patologías de base. Consulta en urgencias por dolor precordial intermitente opresivo de intensidad variable de 9 horas de evolución, inició en reposo, sin otros síntomas. Ingresa con crisis hipertensiva, sin hallazgos al examen físico. Electrocardiograma: isquemia anteroseptal, por lo que se deriva a hospital de mayor complejidad para evaluación. Exámenes de laboratorio sin elevación de enzimas cardíacas ni troponina ultrasensible, perfil hepático y hemograma normal. Angiotomografía tórax y abdomen: aumento del diámetro del tronco celíaco de 14 mm con evidencia de disección arterial con flap, se origina a 8 mm de la emergencia de la aorta y se extiende hacia la emergencia de la arteria esplénica de una longitud de 27 mm. Se maneja medicamente con terapia anticoagulante y control de presión arterial. Paciente evoluciona favorablemente con disminución de dolor, sin deterioro hemodinámico, dándose de alta, con seguimiento por cirugía vascular. **DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES:** La presentación clínica varía desde pacientes asintomáticos hasta angina intestinal con isquemia mesentérica, hemorragia o peritonitis. Se han descrito presentaciones atípicas dependiendo de la ubicación de las lesiones como pancreatitis aguda, síndrome de malabsorción o ictericia. El tratamiento médico se propone para pacientes con disección limitada y exámenes seriados que no demuestren ruptura o expansión, de lo contrario debería plantearse una intervención quirúrgica o técnicas endovasculares como embolización o stent en pacientes de riesgo. Es importante considerar esta patología como diagnóstico diferencial de dolor abdominal y torácico habiendo descartado patología coronaria para realizar intervenciones oportunas.

CARACTERIZACIÓN DE MUESTRAS DE PCR-SARS COV2 TOMADAS EN HOSPITAL DE BAJA COMPLEJIDAD DE LA SEXTA REGIÓN.
Teresa Vergara Arratia, Josefa Feres García, Gustavo Llanos Avendaño,
Médicos EDF Hospital de Coinco

INTRODUCCIÓN y OBJETIVOS: A finales del 2019 se identifico en Wuhan China una nueva cepa de coronavirus que se caracterizaba por generar casos de neumonía grave, la organización mundial de la salud designó la enfermedad como COVID 19 y el agente como SARS-COV2. En nuestro país el primer caso de diagnóstico el 03 de marzo del 2020. En el siguiente trabajo se realiza una caracterización de las muestras para PCR Covid 19 tomadas en un Hospital de Baja Complejidad de la sexta Región. **MATERIAL y MÉTODO:** Se realiza estudio retrospectivo de base de datos epivigila de todas las muestras tomadas en Hospital de Coinco tanto para casos sospechosos según criterios definidos por autoridad sanitaria como búsquedas activas (asintomáticos), desde el 19 de marzo del 2021, cuando se toma la primera muestra en nuestro centro a persona que cumplía criterios de sospecha, hasta el 19 de marzo del 2021. **RESULTADOS:** Se realizo la toma de 2.835 muestras durante 1 año, las cuales se dividen en 1.638 casos sospechosos y 1.197 búsquedas activas. De estas muestras resultaron 331 PCR positivas, 293 en casos sospechosos y 38 búsquedas activas positivas. La primera PCR positiva se presentó el 21 de abril del 2020. De los positivos un 53% correspondió a hombres y 47 % a mujeres. De las PCR positivas un 76,7% corresponde a usuarios de la comuna de Coinco, el resto se distribuye en usuarios de la microárea que consultan en servicio de urgencia.

Tabla 1: Distribución mensual de tomas de PCR

Mes	PCR Total	PCR (+)	Positividad (%)	Mes	PCR Total	PCR (+)	Positividad (%)
Mar /20	3	0	0	Sept/20	183	22	12
Abr /20	21	1	4	Oct /20	197	24	12
May/20	145	38	26	Nov /20	176	18	10
Jun/20	107	48	44	Dic /20	448	28	6.2
Jul /20	291	67	23	Ene/20	447	57	12.7
Ago/20	276	47	17	Feb/20	277	40	14.4
				Mar/21	264	27	10.2

DISCUSIÓN: Al ser un centro rural, el primer caso demoro más de 1 mes en aparecer en la comuna, se observa una alta positividad hasta el mes de junio donde solo se realizaba toma a casos sospechosos. Con la generación de la estrategia de búsqueda activa, empieza a disminuir la positividad de forma progresiva, siendo el mes de diciembre el con menor positividad y al mismo tiempo, con mayor numero de toma de muestras. No existe mayor diferencia con relación a distribución por sexo. La curva de positividad muestra un comportamiento similar al descrito en la estadística nacional.

SÍNDROME DE PAGET-SCHRÖETTER, A PROPÓSITO DE UN CASO

Teresa Vergara Arratia, Gustavo Llanos Avendaño, Josefa Féres García
Médicos EDF Hospital de Coinco

INTRODUCCIÓN y OBJETIVOS: La trombosis venosa profunda (TVP) del sector axilo-subclavio se estima en aproximadamente 2 a 4% de todos los casos de TVP y tiene una incidencia de 11 por cada 100,000 admisiones hospitalarias. El síndrome de Paget-Schroetter o TVP espontánea de las extremidades superiores, suele estar en relación a una anomalía compresiva subyacente en la salida torácica. A continuación, se presenta CASO CLINÍCO de este infrecuente síndrome. **CASO CLINÍCO**: Varón de 39 años, con antecedente de dislipidemia mixta, consulta por cuadro de 3 días de evolución de dolor y eritema en brazo izquierdo que aumenta de forma progresiva, asociándose a limitación de la elevación del brazo, razón por la que consulta en Servicio de urgencia privado. Se realiza estudio con Angiotac arterial y venoso de extremidades superiores el cual informa reducción del diámetro de ambas venas subclavias con la maniobra de Adson (mayor a 50%). Trombosis venosa aguda- subaguda de venas subclavia axilar y braquial izquierda, compatible con Enfermedad de Paget-Schröetter. Se hospitaliza y se realiza manejo con flebografía con instalación de catéter y trombólisis, lográndose repermeabilización parcial de vena axilar y subclavia. Se progresa con tromboaspiración obteniéndose abundantes trombos. Se repite flebografía la cual muestra repermeabilización axilar y parcial de subclavia por lo que se deja catéter de trombólisis. Se descarta costilla cervical como causa de TVP. Se realiza finalmente angioplastia con balón de estenosis. Evolución favorable posterior a procedimientos, con disminución de clínica y se indica seguimiento con anticoagulación sistémica. **DISCUSIÓN**: El síndrome de Paget-Schroëtter, aunque es relativamente raro, es una complicación potencialmente incapacitante que compromete el tracto de salida torácico afectando a individuos jóvenes sanos y activos. Frecuentemente es secundaria a una actividad repetitiva de la extremidad superior asociada a una anormalidad mecánica de la porción costo clavicular del sector venoso axilo-subclavio; esta estenosis puede estar en relación a costilla cervical, un músculo escaleno anterior hipertrofiado o tendón subclavio, o una combinación de todos. También puede haber antecedente de actividad física vigorosa. El gold estándar diagnóstico es la flebografía, este no sólo demuestra el trombo venoso, sino que ayuda a confirmar la permeabilidad de la circulación colateral y la presencia de estructuras en la salida del tórax que pueden influir en la presentación de la enfermedad. En el caso de nuestro paciente, no presentaba ninguna de las causas anteriormente descritas del cuadro clínico.

EXPERIENCIA DE TRAZABILIDAD EN PANDEMIA DE UN CENTRO EN APS

María de los Ángeles Vial Lecaros, Alejandro Herrera Álvarez,
Médicos EDF Cesfam Padre Damián de Molokai

INTRODUCCIÓN y OBJETIVOS: Desde inicios de la pandemia por COVID -19, se ha transformado la forma de trabajo de los equipos de salud. En todos los ámbitos de atención clínica, tanto hospitalaria como ambulatoria, se han suspendido ciertas prestaciones para dar paso a otras con mayor necesidad. Es por esto por lo que, en nuestro centro, y junto a la necesidad de iniciar con el proceso de trazabilidad en APS, diseñamos un protocolo de seguimiento de pacientes que se adecuara a nuestra realidad local. **MATERIAL y MÉTODO:** Se realizó un protocolo y capacitación del personal de salud del CESFAM, para seguimiento de casos internos. Se generó una planilla Excel de pacientes activos/ sospecha/ contacto estrecho y altas. El protocolo contemplaba seguimiento telefónico diario. Además, se generó protocolo de trazabilidad, en el que el primer llamado, se realizaba el estudio de contactos estrecho, y se les seguía para evaluar inicio de sintomatología. Se dispuso de personal multidisciplinario, compuesto por enfermeras, kinesiólogos, trabajador social, psicólogos y médicos para realizar las llamadas. Cada familia en seguimiento contaba con un encargado familiar, que debía velar por sus necesidades en periodo de aislamiento. Tanto necesidades socioeconómicas como médicas, de manera integral. **RESULTADOS y CONCLUSIONES:** Se llevó a cabo la estrategia a partir de Julio 2020, con buena recepción tanto de pacientes como de los profesionales de Salud. Hasta el día de hoy continuamos dando apoyo a las familias de nuestro CESFAM con llamadas de seguimiento en su etapa de aislamiento, resolviendo dudas y problemas que surgen y generan ansiedad en las familias. **DISCUSIÓN:**
Es importante compartir experiencias, en esta etapa de crisis que aún estamos viviendo. Esperamos poder llegar al final de la pandemia del virus COVID-19 con una gran experiencia de trabajo en nuestra comunidad.

HEPATITIS AUTOINMUNE, REVISIÓN DE UN CASO.

María de los Ángeles Vial Lecaros (1), Alejandro Herrera Álvarez (1), María Cristina Sotomayor Mallea (2)
(1) Médico EDF Cesfam Padre Damián de Molokai, (2) Interna Medicina, Universidad de los Andes

INTRODUCCIÓN: La hepatitis autoinmune (HAI) es una enfermedad inflamatoria crónica que se caracteriza por autoanticuerpos circulantes y niveles elevados de globulina sérica. Con variadas presentaciones clínicas, puede presentarse a cualquier edad, siendo más frecuente en mujeres. No existe un marcador para su diagnóstico. Debe sospecharse cuando la afectación hepática perdura más de seis meses y se han descartado otras etiologías: víricas, metabólicas o genéticas.
CASO CLINÍCO: Paciente masculino de 58 años, con antecedentes de múltiples hospitalizaciones en estudio de síndrome ictérico desde 2003. En agosto 2018, se realizan serología viral, perfil tumoral, estudio de hemocromatosis y estudio inmunológico, todos negativos. Biopsia hepática que muestra hepatitis portal y periportal, leve a moderada, con inflamación lobulillar leve, sin fibrosis, y pericolangitis crónica leve. Rendez -Vous con microlitiasis que se extraen. Se da de alta con estudio ambulatorio. Reingresa en febrero de 2019 con cuadro de ictericia de una semana de evolución, asociado a coluria, y astenia. Al laboratorio transaminasas GOT 1259 U/Lt, GPT 1881 U/Lt, FA 304 U/Lt, GGT 496 U/Lt , Bilirrubina total 13,1 mg/dl y directa 6,37 mg/dl. Se descarta patología biliar obstructiva. Nuevo estudio inmunológico: anticuerpos antinucleares (-) antimitocondriales (-) antimúsculo liso (+) en dilusión 1/1600, IgG 2990 mg/dl, IgA 350 mg/dl, IgM 75 mg/dl.
En reunión de Gastroenterología se decide prueba terapéutica para HAI, con buena respuesta clínica y de laboratorio.
De acuerdo con el Score del grupo internacional de Hepatitis Autoinmune, realizando una prueba terapéutica, se da un diagnóstico definitivo de HAI. **DISCUSIÓN:** La HAI es desafío para los médicos, ya que es un cuadro infrecuente, con una amplia gama de manifestaciones, es un diagnóstico de exclusión, no presentando ningún marcador clínico ni de laboratorio específico. Es necesario tener una alta sospecha frente a alteraciones hepáticas que persisten a los 6 meses, habiéndose excluido otras causas.

REPORTE DE CASO CLINÍCO. TRAUMATISMO DENTOALVEOLAR: ABORDAJE DESDE LA URGENCIA MÉDICA HASTA EL SEGUIMIENTO; A PROPÓSITO DE DOS CASOS.

Nathalie Vicencio Cáceres (1), Angélica Burgos Díaz (2), Tomás Paris Gaete (3)
(1) Cirujana Dentista EDF CESFAM T. Schmidt, (2) Cirujana Dentista EDF Hospital de Lolol,
(3) Cirujano Dentista EDF DSM Marchigüe

INTRODUCCIÓN y OBJETIVOs: El traumatismo dentoalveolar (TDA) corresponde a las lesiones que afecta al diente y estructuras de soporte (ligamento periodontal, encía y hueso alveolar). Tienen una prevalencia de un 25 a 33% de la población. Principalmente se observa en la población menor a los 19 años (International Association of Dental Traumatology guidelines for the management of traumatic dental injuries: General introduction. Dent Traumatol.; 36:309–313) con un peak entre los 0-3 años y en población escolar (Soares TR, Prevalence of soft tissue injuries in pediatric patients and its relationship with the quest for treatment. Dent Traumatol. 2016; 32:48–5). Corresponden a un problema de salud pública, debido a que comprenden a un 5% de todas las injurias (International Association of Dental Traumatology guidelines for the management of traumatic dental injuries: General introduction. Dent Traumatol.; 36:309–313) **CASO CLINÍCO: Caso1;** Paciente de sexo femenino, 5 años de edad sin antecedentes mórbidos. Se presenta en box odontológico debido a cambio de coloración (a amarillo) en diente 6.1, el cual sufrió un golpe hace 10 meses, momento en que fue tratado en urgencia médica, con posterior derivación al equipo odontológico. El diagnóstico fue una luxación extrusiva con laceración de tejidos blandos. El paciente se mantuvo en control constante hasta la fecha actual, observándose cambio de coloración sin presencia de signos clínicos inflamatorios/ infecciosos ni dolor. Se toma radiografía de control, en la cual se aprecia una obliteración del canal radicular, lo cual es considerado una evolución favorable. Se persisten los controles hasta el momento de exfoliación del diente afectado. **Caso 2:** Paciente de sexo masculino, 4 años de edad, sin antecedentes mórbidos. Se presenta por trauma en sector maxilar anterior. Acude primeramente a urgencia médica, debido a que es fin de semana y no hay odontólogo en el equipo. Ante la gravedad de la lesión se decide llamar a odontólogo, el cual acude a evaluación. Al examen clínico se aprecia dientes con movilidad aumentada, presencia de mordida cruzada, fractura de tabla vestibular y dolor constante en zona de trauma. Se diagnostica como luxación extrusiva de dientes 6.1 y 6.2 con laceración de tejidos blandos. Se decide exodoncia de ambos dientes debido a pronóstico desfavorable y riesgo de aspiración. Además, se controlará hasta etapa de recambio dentario. **DISCUSIÓN:** La prevalencia de estas lesiones es alta, por lo cual el manejo inicial es de suma importancia para determinar el éxito, tanto en el pronóstico como en el tratamiento. Además, estas situaciones generan mucha ansiedad, dolor e incertidumbre en los pacientes y en sus tutores. Es importante tener un equipo que permita, en primera instancia, contener esta situación de estrés. Dentro de la formación del personal de urgencia se ha dejado de lado el manejo inmediato de trauma dentoalveolar y, en horarios nocturnos, feriados y fines de semana, no se cuenta con el recurso humano odontológico para el tratamiento de este tipo de lesiones. Es por esto que es de suma importancia que exista una buena comunicación entre los diferentes profesionales cuando ocurren estas circunstancias. **CONCLUSIÓN:** Cada vez se hace más importante tener centros de referencia y personal capacitado para atender este tipo de lesiones como también el mejorar la comunicación entre los servicios de urgencia y diversos profesionales para su correcto manejo a corto y largo plazo.

DE LA ULCERA AL CÁNCER GÁSTRICO, CON RÁPIDA EVOLUCIÓN. REPORTE DE UN CASO.

Víctor Vicencio Catalán (1), Rayen San Martin Negrete (1), María Constanza Jorquera Cancino (2),
María José Mena Escobar (3).
(1) MédicoS EDF Cesfam La Bandera, San Ramón (1) Médica EDF CESFAM La Bandera, (2) Médica EDF CESFAM Lo Amor,
(3) Medica APS CESFAM La Bandera

INTRODUCCIÓN: El cáncer gástrico en Chile corresponde a la segunda causa de muerte por cáncer en hombres, es más prevalente desde los 40 años. Existen dos tipos histológicos, con características anátomo-patológicas y pronosticas distintas: un tipo de cáncer gástrico Intestinal que se desarrolla en la mucosa con metaplasia intestinal y otro Difuso, que se origina en la mucosa gástrica propiamente tal. A continuación, se presenta caso de paciente con esta patología.
DESARROLLO: Hombre de 69 años con antecedentes de HTA y DM2NIR en tratamiento. Refiere cuadro de 4 meses de evolución caracterizado por dolor abdominal tipo puntada, predominante región umbilical-epigástrica, no irradiado, intensidad variable llegando hasta EVA 8/10, intermitente, periódico, aumenta con la ingesta de alimentos y disminuye parcialmente con omeprazol. Concomitante a lo anterior manifiesta dispepsia, meteorismo, pirosis y baja de peso de hasta 10 kg con apetito disminuido. Al interrogatorio dirigido sin otros síntomas. Se inicia manejo sintomático y se solicitan exámenes de laboratorio: Ecografía abdominal: Quiste hepático 16,3 mm, barro biliar sin evidencia de litiasis, vesícula ni alteraciones de la conformación de la misma, litiasis renal derecha 0.5 mm Endoscopia digestiva alta: test de ureasa positivo. Ulcera duodenal de 12 mm con fibrina en fondo. Lesión elevada tipo yamada II del antro gástrico ulcerada biopsiada: Metaplasia intestinal histológicamente incompleta moderada. Hiperplasia foveolar. Sin evidencia de neoplasia en el MATERIAL examinada.
En este contexto se inicia tratamiento erradicador y control con nueva Endoscopia en 2 meses la cual se informa como:
Tumor en región pre-pilorica BORRMAN III, Biopsia: Adenocarcinoma tubular moderadamente diferenciado en mucosa gástrico. **CONCLUSIONES:** Si bien el paciente es relativamente joven, sin factores de riesgo, debemos reforzar el tiempo de evolución de síntomas, más de dos semanas asociado a síntomas sistémicos en un hombre mayor de 65 años, aun sin factores de riesgo, nos debe hacer sospechar a la brevedad un cáncer gástrico. La otra implicancia en el DESARROLLO del caso, fue el control más bien tardío de las ulceras gástricas en consecuencia al acceso restringido del examen durante la pandemia.

TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO REACTIVO A LA PANDEMIA POR SARS-COV-2: REPORTE DE UN CASO

Víctor Vicencio Catalán (1), Rayen San Martin Negrete (2), María Constanza Jorquera Cancino (3), Carla Soto Castro (4)
(1) Médico EDF Cesfam La Bandera, San Ramón. (2) Médica EDF CESFAM La Bandera, (3) Medica EDF CESFAM Lo Amor, (4) Médica EDF CESFAM Constitución

INTRODUCCIÓN: El trastorno obsesivo compulsivo (TOC) es una patología neuropsiquiátrica caracterizada por la presencia de pensamientos, impulsos o imágenes frecuentes no deseadas e intrusivas (obsesiones) y/o conductas o actos mentales repetitivos generados por impulsos (compulsiones). Típicamente comienza en la infancia y se estima que en Chile su prevalencia sería de 0,7% para hombres y 1,6%. Una de las características de esta patología es la gran tasa de comorbilidad: trastornos ansiosos, trastornos por tics, trastorno bipolar y de la conducta alimentaria, entre otras. Lo anterior hace del TOC en una patología crónica, grave, de difícil manejo y con una gran alteración en la esfera biopsicosocial del individuo. **DESARROLLO:** Varón de 20 años, asmático, sin uso de sustancias, sin antecedentes psiquiátricos familiares ni consultas previas en programa de salud mental, refiere cuadro de 8 meses de evolución (que inicia con la pandemia actual) caracterizado por pensamientos intrusivos y miedos irracionales que lo llevan a realizar acciones repetitivas. Manifiesta tener las manos con presencia de gérmenes, específicamente SASRS-COV-2, provocando lavado constante de las mismas y verificando con una lupa si estás están limpias. De no realizar ritual inicia con crisis de pánico y con la idea irracional de que sus padres morirán de COVID-19. En los últimos 2 meses, y con "segunda ola" de la pandemia, cuadro se intensifica: cierra y abre cajones buscando gérmenes y aplicando desinfectantes, aumenta el lavado de manos contrayendo dermatitis irritativa, comienza a sumar las patentes de los autos y no puede ver ni nombrar números múltiplos de 3, de hacerlo menciona que podría infectarse de COVID-19. Al tener relaciones sexuales presenta la urgencia de asearse minuciosamente por el eventual contagio del virus. Cuadro clínico lo obliga a congelar sus estudios universitarios. Al interrogatorio dirigido paciente consciente de que sus obsesiones no se fundamentan, sin ideación suicida ni alteraciones sensoperceptuales. **CONCLUSIONES:** El TO es una enfermedad grave, que generalmente aparece en la infancia y que provoca una alteración significativa en la calidad de vida del paciente. En el caso expuesto la enfermedad se presenta en un paciente de 20 años, sin patologías mentales previas ni antecedente familiares psiquiátricos. Lo anterior nos muestra la gran carga biopsicosocial que ha provocado la pandemia exacerbando patologías psiquiátricas previas o, como en este caso, desencadenándolas. Considerando lo anterior se hace indispensable generar mecanismos y estrategias que apunten a prevenir el aumento de la incidencia de los trastornos psiquiátricos en nuestra población.

EMBOLIA AÉREA: UNA CAUSA INFRECUENTE DE ACCIDENTE CEREBROVASCULAR.

Pamela Vidal Valdebenito, Valentina Ulloa Pérez, Víctor Conejeros González, Ivonne Peña Álvarez
Médicos EDF Hospital San José de Maipo

INTRODUCCIÓN: La embolia aérea es causa infrecuente de accidente vascular, y suele relacionarse con procedimientos invasivos, entre los que destaca el retiro de catéter venoso central (CVC). **CASO CLINÍCO**: Paciente masculino de 58 años, en control por cáncer de laringe supraglótica, es sometido a laparatomía exploradora y aseo quirúrgico por peritonitis asociada a gastrostomía percutánea. Por evolución favorable, se retira CVC para alta hospitalaria. Paciente presenta compromiso de conciencia, parálisis facial central izquierda, hemiplejia izquierda con hipotonía, y paresia de hemicuerpo derecho con hipertonía. Tomografía computada (TC) y angioTC de encéfalo y cuello sin lesiones agudas u oclusión de grandes vasos, pero muestran presencia de burbujas de gas en convexidad parietal derecha y ambos senos cavernosos. Se indican medidas de neuroprotección y oxigenoterapia con mascarilla de reservorio a 15Lt/min. No se indica antiagregación plaquetaria. En estudio ecocardiograma normal y test de burbujas negativo para shunt auriculoventricular. Paciente se traslada a centro de rehabilitación multidisciplinaria, con posterior alta a domicilio. **DISCUSIÓN:** Las embolias aéreas suelen ser complicación de procedimientos invasivos. Una causa frecuente es la inserción, mantenimiento o retiro de un CVC. El diagnóstico se fundamenta en historia de accidente cerebrovascular relacionado temporalmente con alguno de los factores de riesgo, siendo clínicamente indistinguible de otras etiologías. TC y resonancia magnética (RM) de encéfalo son sensibles y específicas para detectar burbujas de aire en el trayecto de los vasos. El manejo consiste en estabilización hemodinámica y oxigenoterapia, tratando la hipoxia e hipoxemia, y eliminando las burbujas de aire. **CONCLUSIÓN:** La embolia aérea es infrecuente, y debe sospecharse en pacientes que desarrollen déficit neurológico durante o inmediatamente tras un procedimiento invasivo. El retiro del CVC es una causa frecuente. Su diagnóstico oportuno con TC o RM de encéfalo permite su tratamiento precoz con oxigenoterapia.

HEPATITIS AGUDA VIRAL EN ADULTA MAYOR CON ENFERMEDAD AUTOINMUNE Y ENFERMEDAD HEPÁTICA GRASA NO ALCOHÓLICA: REPORTE DE UN CASO.

José Vildósola Santibañez (1), Rocío Fuentes Garrido (2), Roxana Alcaino González (3)
(1) Médico EDF, DSM Chimbarongo, (2) Médico EDF, CESFAM Olivar Alto, (3) Médico EDF, CESFAM Codegua

INTRODUCCIÓN: La hepatitis es un proceso inflamatorio del hígado, agudo o crónico, causado por diversas etiologías, incluida la autoinmune. Esta es frecuente en personas con antecedente de enfermedad autoinmune, por lo que el estudio causal de la hepatitis suele enfocarse en ella. Presentamos el caso de una mujer mayor con patología autoinmune de base que cursó una hepatitis aguda de etiología inicialmente incierta. **METODOLOGIA**: Se revisó ficha clínica de paciente con su consentimiento informado. **DESARROLLO**: Mujer de 70 años, con antecedentes de hipertensión arterial, depresión, hipotiroidismo, síndrome de Sjögren, artritis seronegativa, artrosis, obesidad, enfermedad hepática grasa no alcohólica (EHGNA). Usuaria crónica de corticoides orales (prednisona 5mg/día), enalapril, sertralina, Eutirox, paracetamol, tramadol. Residente de sector rural con acceso intermitente a agua potable. Inicia cuadro progresivo de astenia, inapetencia, dolor abdominal, coluria e ictericia indolora de 2 semanas de evolución. A la evaluación presentaba hemodinamia estable, ictericia de escleras, abdomen sensible en hipocondrio derecho, hepatomegalia. Laboratorio muestra hiperbilirrubinemia de predominio directo y elevación de transaminasas >10 veces sobre el valor normal; fosfatasas alcalinas elevadas. Función renal normal, hemograma sin leucocitosis, con leve trombopenia; proteína C reactiva elevada. INR 1,45. Perfil lipídico normal. Ecotomografía abdominal muestra hígado graso moderado y probables signos de daño hepático crónico; se describe vía biliar libre. En exámenes previos solo destaca elevación discreta de transaminasas, esporádica, compatible con EHGNA, y cuadros de esteatohepatitis. Dado edad y probabilidad de neoplasia se realiza colangio-RNM que informa vías biliares normales, elementos de daño hepático crónico, y discreta ascitis Se configura el diagnóstico de hepatitis aguda. Se dan indicaciones de manejo sintomático, y se indica estudio etiológico, el que revela IgG total discretamente elevada sobre rango normal, ferritina 1650 ng/ml, ANA + a dilución 1/640 con patrón granular fino denso (AC-2), anticuerpos antimitocondriales y anti-sm negativos. Marcadores virales de hepatitis destaca anti-HAV IgM reactivo en el límite (0,94). Electroforesis de proteínas normal. Se repite anti-HAV IgM a las 2 semanas (0,81) interpretándose como reactivo, dado resultado previo. Clínicamente presenta mejoría de protrombina y pruebas hepáticas en semanas siguientes, sin tratamiento, resolución de la ictericia y vuelta a su estado basal, solo persistiendo astenia. Dada evolución clínica y valores reactivos para hepatitis A, se desestima, en acuerdo con la paciente, la realización de biopsia, concluyendo origen viral sobre una EHGNA. Actualmente paciente se encuentra asintomática en observación periódica de marcadores de daño hepático. **COMENTARIO**: El diagnóstico etiológico de la hepatitis aguda tiene un amplio diferencial, con implicancias en el tratamiento definitivo del cuadro, por lo que es importante excluir los posibles diagnósticos para evitar tratamientos inadecuados, como pudo ser la inmunosupresión en este caso, de haberse tratado como hepatitis autoinmune. Destacamos en este caso la importancia del juicio clínico y la consideración por las preferencias de la paciente para evitar procedimientos invasivos como la biopsia.

LINFOMA CUTÁNEO DE CÉLULAS B GRANDES, TIPO PIERNA: REPORTE DE CASO

Sebastián Villa Barros, Jorge Rojas Gutiérrez, José Canihuante Calderón,
Médicos EDF Hospital de Lanco.

INTRODUCCIÓN: El linfoma cutáneo primario de células B grandes, de pierna (PCLBCL por sus siglas en inglés), es una presentación rara de linfoma cutáneo. Corresponde al 4% del total de linfomas primarios cutáneos, y al 20% de todos los linfomas primarios cutáneos de células B. Dado que frecuentemente se presenta sin síntomas sistémicos, su adecuada y pronta evaluación puede cambiar el pronóstico del paciente. **DESCRIPCIÓN DEL CASO:** Paciente de sexo femenino de 70 años, con antecedentes de hipertensión arterial, diabetes tipo II, accidente cerebrovascular secuelado, obesidad y linfoma no Hodgkin (LNH) diagnosticado el 2011 (Células B grandes, difuso, CD20 positivo, etapa IVB con compromiso pleural, óseo y cervical. Completa 8 ciclos de R-CHOP el 25/11/2011). Después de múltiples controles con tomografías axial computadas (TAC) que no mostraron progresión de enfermedad se decide alta desde hematología el 2017. El 25 de febrero de 2019 se sospecha recaída, ya que la paciente presenta nuevamente compromiso del estado general, baja de peso, fiebre y VHS elevada. En esa oportunidad el TAC de control no mostró progresión de enfermedad. Se realizó estudio reumatológico donde destaca ANA 1/80 moteado, con perfil ENA y anti DNA negativo. Dada persistencia de cuadro febril fue evaluada por infectología, destacando baciloscopias negativas y ausencia de parámetros inflamatorios sugerentes de infección salvo VHS 120. PCR para Citomegalovirus y Epstein Barr negativos, complemento normal, cinética de fierro normal. Hemocultivos y urocultivos negativos. Se descarta causa infecciosa. Se complementó estudio con colonoscopia y endoscopía digestiva alta sin lesiones. Es dada de alta con diagnóstico de síndrome febril sin foco, que posteriormente cede espontáneamente.
Paciente evoluciona asintomática hasta enero del 2020, con aparición de un nódulo eritematoso azulado en pierna derecha. Sin otros síntomas, exámenes de laboratorio normales. Se realiza interconsulta a dermatología con sospecha de linfoma cutáneo, quienes confirman sospecha y solicitan biopsia, la cual se posterga por motivos de pandemia de COVID 19. Es hospitalizada en Lanco en mayo del 2020 para estudio, con resultado de biopsia de nódulo de extremidad inferior positivo para Linfoma de células grandes Tipo B Centro germinal. Se traslada al Hospital Base Valdivia para inicio de tratamiento. Evaluada por hematología, se inicia protocolo R-CHOP el 7 de julio, que tolera satisfactoriamente. Es dada de alta, con controles en policlínico de hematología. **DISCUSIÓN:** El PCLBCL es una presentación poco común de linfoma primario cutáneo, y su pronta evaluación permite mejorar el pronóstico del paciente. Las lesiones cutáneas pueden ser la única manifestación clínica disponible, por lo que se hace necesario su conocimiento para realizar un diagnóstico precoz, y mantener un alto nivel de sospecha. Asimismo, es necesario una correcta articulación entre la atención primaria y la atención de especialidad, para coordinar las biopsias e iniciar el tratamiento.

INFECCIÓN URINARIA ALTA POR *RAOULTELLA PLANTICOLA* EN PACIENTE INMUNOCOMPETENTE. UN AGENTE EMERGENTE.

Sebastián Villa Barros, Jorge Rojas Gutiérrez, José Canihuante Calderón,
Médicos EDF Hospital de Lanco

INTRODUCCIÓN: *Raultella planticola* es una enterobacteria encapsulada de la familia *Enterobacteriacea*, previamente clasificada en el género *Klebsiella*. Es habitualmente aislada en el ambiente, en ganadería y en Chile en peces de crianza. Las infecciones por este agente son raras, sin embargo, han sido descritas con cada vez mayor frecuencia en la literatura, afectando de preferencia a pacientes inmunocomprometidos y/o de la 3era edad. Han sido descritas infecciones por este agente en focos biliar, pancreático, pulmonar, gastrointestinal y renal en diversos contextos, generalmente asociados a bacteriemia. Presentamos un reporte de CASO CLINÍCO de Infección Urinaria Alta por este agente en una paciente inmunocompetente, de la 3era edad, siendo a nuestro conocimiento el primer CASO CLINÍCO descrito por este agente en Chile en la literatura. **CASO CLINÍCO:** Paciente femenino, 72 años, antecedentes: HTA, Prolapso Vaginal Operado (2003), al momento de consultar con antecedente de incontinencia urinaria de esfuerzo ocasional. Consulta en Urgencias en nuestro Hospital por 1 día de evolución de diarreas, dolor abdominal, vómitos y fiebre hasta 39,6°C. Refiere consumo de pescado crudo (salmón) en sushi, 2 días previo al cuadro. Sin uso previo reciente de ATB. Exámenes de laboratorio destaca desviación izquierda sin leucocitosis y PCR levemente elevada. Se indica manejo sintomático. Vuelve a consultar a las pocas horas por persistencia de vómitos, dolor abdominal y fiebre asociado a deshidratación y dolor lumbar, pero sin puño percusión. Nuevos exámenes indican aumento de parámetros inflamatorios, aumento de creatinina plasmática e hipokalemia, lo que se corrije y se deriva nuevamente a domicilio. Dos días después vuelve a consultar por persistencia de fiebre sumando disuria y franco dolor lumbar con puño percusión positiva a derecha. Se diagnostica Pielonefritis Aguda y se indica Ceftriaxona 1 gr EV día con alivio sintomático completo al 3er día. Se solicita urocultivo, el cual demuestra *Raoultella planticola* >100.000 UFC/mL con resistencia a ampicilina y susceptibilidad a aminoglucócidos, cefalosporinas 1era-4ta gen, quinolonas, sulfas, carbapenems, tazonam y nitrofurantoína. Al cuarto día se desescala según urocultivo a cefadroxilo 500 mg cada 12 hrs VO, completando 7 días de antibioterapia en total. Al control al mes y 6 meses presenta normalización de exámenes, ausencia de síntomas urinarios, urocultivo control negativo. **DISCUSIÓN:** Son factores de riesgo identificados en la literatura: 3era edad, ERC en HD, DM2, consumo previo de pescados mal cocinados, procedimientos invasivos en vía biliar y urinaria e inmunocompromiso adquirido. Las infecciones en pacientes inmunocompetentes son raras. Factores tales como la edad mayor, el antecedente de prolapso y el consumo de pescado crudo pudieran haber contribuido en este caso. En general, las cepas de *Raoultella planticola* son sensibles a las terapias empíricas de primera línea. Se han descrito, sin embargo, cepas resistentes a cefalosporinas y carbapenémicos mediante betalactamasas de espectro extendido (BLEE) y carbapenemasas, aisladas en ambiente hospitalario. Es importante la vigilancia de este agente tanto en la atención hospitalaria como en la comunidad, en especial en ganadería y piscicultura, desde donde ha sido aislada.

DOLOR TORÁCICO SECUNDARIO A ANGINA DE PRINZMETAL, REPORTE DE UN CASO.

Carlos Vilafranca Brown, Sergio Correa Diaz, Jorge Morales Sepúlveda, Valentina Alcalde Manríquez
Médicos EDF Hospital de Lolol

INTRODUCCIÓN La angina de Prinzmetal corresponde a una patología vasoespástica de las arterias coronarias que genera episodios de dolor anginoso y alteraciones isquémicas transitorias en el electrocardiograma. Pese a corresponder a una etiología de angina de pecho de menor prevalencia que el accidente de placa, no está exenta de morbimortalidad y complicaciones, por lo que es relevante tener conocimiento de su existencia y manejo. Para esto se discutirá el tema analizando el caso de un paciente evaluado y manejado en el servicio de urgencias. **MATERIAL y MÉTODO** Revisión de datos de atención de urgencia y ficha clínica de paciente, previo consentimiento informado. **DESARROLLO** Paciente de sexo masculino de 58 años, sin antecedentes mórbidos, con hábito tabáquico activo, consulta en servicio de urgencias por cuadro de dolor retroesternal opresivo EVA 9/10 de inicio súbito en reposo, con irradiación a mandíbula y brazo izquierdo, asociado a diaforesis y parestesias en ambas manos. Al ingreso hipertenso hasta 183/103, eupneico saturando 99% ambiental, afebril. Niega consumo de cocaína u otros fármacos. Se toma EKG de ingreso observándose ritmo sinusal con supra desnivel del segmento ST (SDST) en derivadas DII, DIII y AVF e infra desnivel del segmento ST (IDST) en derivadas AVL, V2, V3, V4, V5 y V6. Se inicia manejo estabilizador de placa administrando Aspirina, Clopidogrel y Atorvastatina. A los 10 minutos del ingreso paciente refiere cese espontáneo del dolor. Se realiza EKG de control que muestra desaparición completa de signos isquémicos, tanto SDST como IDST. Se presenta caso a unidad de hemodinamia del Hospital Regional de Rancagua decidiéndose traslado para estudio con coronariografía. Posteriormente se recuperan imágenes e informe de coronariografía que evidencian ausencia de estenosis o trombos en coronarias, mostrando un flujo TIMI3. Paciente solicita alta voluntaria al día siguiente del ingreso. Vale la pena mencionar que el paciente posterior a este episodio presento 2 consultas en servicios de urgencia de la región por un cuadro de similares características, donde no se encontraron alzas de enzimas cardiacas y se otorgó alta a la espera de evaluación por cardiólogo. **DISCUSIÓN** La angina vasoespástica es uno de los diagnósticos diferenciales a considerar en el paciente con angina de pecho. Se presenta más comúnmente en pacientes femeninos, mayores de 40 años, habitualmente en reposo y no exacerbada por el ejercicio. Se ha descrito una etiología multifactorial en la que influyen factores genéticos, tóxicos (tabaco, drogas simpaticomiméticas) y el uso de algunos fármacos como los triptanes. Para su prevención es fundamental el manejo de factores de riesgo cardiovascular y la suspensión de tabaco. Se ha visto que el uso de bloqueadores de canales da calcio presenta un rol en la prevención de nuevos episodios, pudiendo ser coadyuvado con B-bloqueadores, pero evitando el uso de estos últimos como monoterapia, ya que podrían aumentar los síntomas. Para el tratamiento en agudo se deben seguir el manejo de SCA en urgencias, presentando un rol central el uso de nitratos los que inducirían relajación del vasoespasmo coronario.

ANEMIA DE ENFERMEDAD CRÓNICA COMO PRIMERA SOSPECHA DE ENFERMEDAD CELÍACA.
*Viviana Villalobos Labra (1), Daniela Lavín Vásquez (2), Boris Uribe Arriagada **(1)***
(1) Médico EDF SSMS, Cesfam Cóndores de Chile, (2) Médico EDF SSMS, Cesfam Barros Luco

INTRODUCCIÓN y OBJETIVOs: El amplio espectro de trastornos relacionados con el gluten, que incluyen enfermedad celíaca (EC), alergia al trigo y sensibilidad al gluten no celíaco, se notifican cada vez más en todo el mundo. La enfermedad celíaca es una enteropatía causada por una inflamación crónica que desencadena atrofia de mucosa intestinal como una respuesta inmunomediada a la proteína de trigo (gluten). Se estima una prevalencia de 0,3-0,6% en población adulta en Chile, presentándose con más frecuencia en mujeres, con una relación de 2:1 respecto a los hombres. Los OBJETIVOs de este trabajo son presentar un CASO CLINÍCO de anemia de enfermedades crónica como manifestación inicial de EC, y a la vez exponer brevemente sobre la relación de anemia y EC. **METODOLOGIA:** Se realizó revisión bibliográfica y reporte de CASO CLINÍCO en Cesfam. **CASO CLINÍCO:** Paciente mujer de 23 años, con antecedentes de alopecia androgénica patrón femenino, consulta por hemograma alterado solicitado por dermatólogo. Al hemograma destaca: Hematocrito: 32,3% Hemoglobina:10,4 VCM: 83 fL, HCM 27 pg, VHS 5, Leucocitos: 5970/uL Plaquetas: 316.000/uL. En anamnesis destaca historia de larga data de oligo e hipomenorrea. Sin antecedentes de hematuria, rectorragia., patologías crónicas, ni historia de diarrea crónica. Tiene antecedente de familiar de primer grado con sensibilidad al gluten no celíaco, y familiar en segundo grado con EC. Se solicitaron los siguientes exámenes para estudio: *índice reticulocitario*:1,35. *Cinética del hierro: Capacidad de fijación del fierro* 591 ug/dL (VN.250-400) *Fierro:* 57 ug/dL (VN40-160). *Saturación:9,5%* (VN:50-55) *ferritina<1* (VN 4,6-204) *niveles de cianocobalamina*: 301 (VN 187-833). Con estos RESULTADOS se solicitan marcadores serológicos para enfermedad celíaca: IgA Antiendomisio (+). IgA Antitransglutaminasa>100U/mL (VN<9). *Endoscopía digestiva alta*: Duodenitis crónica leve a moderada, focalmente activa, con atrofia vellositaria subtotal y linfocitosis intra-epitelial. Compatibles con EC. **DISCUSIÓN**: La EC es un trastorno multisistémico con diferentes manifestaciones clínicas, desde malabsorción con diarrea, compromiso nutricional, hasta manifestaciones extraintestinales, siendo la anemia una de las más frecuentes. Dentro de éstas, la anemia ferropénica es predominante. En la literatura se describe la presencia de anemia al momento del diagnóstico entre el 12-95% de los pacientes, siendo más frecuente la anemia ferropénica, seguida por anemia por déficit nutricional mixto y finalmente anemia por enfermedades crónicas en menos del 5% (asociado o no a ferropenia). Debemos considerar que la presencia de anemia en pacientes con enfermedad celíaca no siempre se debe a la malabsorción de nutrientes como el hierro, cianocobalamina y folato. Algunos estudios muestran que la etiología de la anemia en estos pacientes se debe a bajos niveles de eritropoyetina y aumento de interferón gamma, característico de anemias por enfermedad crónica. **CONCLUSIONES**: La EC es una cuya prevalencia va en aumento. La anemia es una manifestación extra intestinal frecuente. Dentro de la etiopatogenia de la anemia podemos encontrar el déficit de nutrientes, pero también los mecanismos de anemia por enfermedad crónica. Es de suma importancia el estudio etiológico de la anemia, que tal como en este caso, marcó la sospecha inicial de enfermedad celíaca.

PERFIL CLÍNICO DE LOS DIABÉTICOS DIAGNOSTICADOS EL 2020 EN UN CENTRO DE SALUD FAMILIAR
Fabián Villarreal Zan, María Ignacia Pérez Garayar
Médicos EDF, CESFAM Malalhue

INTRODUCCIÓN y OBJETIVOS: La Diabetes Mellitus Tipo II (DM2) es una enfermedad de alta prevalencia en Chile, que representa un gran impacto en la salud pública por sus complicaciones a largo plazo. Es de vital importancia prevenirla, diagnosticarla y tratarla oportunamente. A continuación, se describe el perfil de los pacientes que fueron diagnosticados con DM2 durante el 2020 en el CESFAM Malalhue. **MATERIAL y MÉTODO:** Se revisaron las fichas clínicas de los pacientes diagnosticados con DM2 el 2020. Se excluyeron aquellos que ingresaron trasladados de otros centros con diagnóstico previo de DM2. **RESULTADOS y CONCLUSIONES:** 57 pacientes ingresaron al Programa de Salud Cardiovascular (PSCV) con diagnóstico de DM2, 24 hombres y 33 mujeres. La edad promedio fue de 57 años. 85% de los usuarios tenían más de 45 años, 56% más de 55 y 28% 65 o más. El 98% presentaba un índice de masa corporal (IMC) mayor a 25; 75% mayor a 30 y 13% mayor a 40. De estos pacientes, 33 se controlaban previamente por Hipertensión Arterial (HTA), y 4 fueron diagnosticados con HTA y DM2 simultáneamente. Así, el 65% de los ingresados tenía HTA, de los cuales 40% presentaba presión arterial en rango descompensado. El 23% de los pacientes tenía antecedente de tabaquismo. Solo 7% había presentado un Infarto Agudo al Miocardio o un Accidente Cerebrovascular previamente. El 45% presentaba polifarmacia, definida como el uso crónico de 3 o más familias de medicamentos, 77% de ellos tenía más de 55 años. Dos tercios de los ingresados mayores de 65 años ya presentaba polifarmacia. **DISCUSIÓN:** Hay alta prevalencia de sobrepeso, obesidad, HTA y polifarmacia en pacientes diagnosticados con DM2, esto puede dificultar su tratamiento. Más de la mitad ya se controlaba por HTA, lo que llama a reforzar la prevención de DM2 en dichos controles.

PERFIL DE LABORATORIO DE LOS PACIENTES DIAGNOSTICADOS CON DIABETES MELLITUS TIPO II DURANTE EL 2020 EN UN CENTRO DE SALUD FAMILIAR

Fabián Villarreal Zan, María Ignacia Pérez Garayar
Médicos EDF, CESFAM Malalhue

INTRODUCCIÓN y OBJETIVOs: La Diabetes Mellitus Tipo II (DM2) tiene un alto impacto en la calidad de vida por sus complicaciones a largo plazo. Se considera un equivalente coronario por el riesgo cardiovascular (RCV) que confiere. A continuación, se describe un perfil básico de laboratorio de los pacientes diagnosticados con DM2 en el CESFAM Malalhue.
MATERIAL y MÉTODO: Se revisaron las fichas clínicas de los pacientes diagnosticados con DM2 durante el 2020. Se excluyeron aquellos que ingresaron trasladados de otros centros con el diagnóstico previo. Se analizó Hemoglobina Glicosilada (HbA1c), Colesterol LDL, Relación Microalbuminuria-Creatininuria (RAC) y Velocidad de Filtración Glomerular (VFG).
RESULTADOS y CONCLUSIONES: Se diagnosticaron 57 pacientes. Un bajo porcentaje no se había realizado aún sus exámenes de laboratorio. La HbA1c fue en promedio de 8.4% al ingreso. 1 de cada 4 usuarios presentaba una mayor o igual a 9%, en quienes se planteó iniciar insulinoterapia. En cuanto al perfil lipídico, 3 de cada 4 pacientes tenían LDL sobre 100 mg/dL o no calculable, quienes probablemente requerirían manejo con estatinas o fibratos. 1 de cada 5 pacientes presentaba nefropatía, por RAC > 30 y/o VFG < 60 mL/min, en varios de ellos se planteó el uso de inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina. Sumando estos antecedentes a la edad, sexo, hipertensión arterial y tabaquismo, previo al diagnóstico de DM2, el 37% de los pacientes ya presentaba alto RCV, 19% moderado, y 44% bajo. **DISCUSIÓN:** Una proporción importante de pacientes ya presentaba moderado y alto RCV, lo que sumado al riesgo que confiere la DM2 conlleva una alta probabilidad de presentar complicaciones cardiovasculares a futuro. Los valores de HbA1c y nefropatía sugieren la falla en la pesquisa precoz de esta patología. Los hallazgos de laboratorio tienden a plantear el inicio de distintos medicamentos, llevando con frecuencia a la polifarmacia.

IMPLEMENTACIÓN Y ANÁLISIS DE PROTOCOLO DE DESINTOXICACIÓN DE ALCOHOL HOSPITALIZADO EN HOSPITAL COMUNITARIO: EXPERIENCIA 2018-2020

Daniela Villarroel Mansilla, Adolfo Kahler Catalán, Fernanda Blaskovic Cañas
Médicos EDF Hospital de Achao

INTRODUCCIÓN y OBJETIVOS: El consumo de alcohol es un importante problema de salud pública, tanto por consecuencias psicosociales y médicas, como por alta prevalencia. La desintoxicación es una intervención dirigida al manejo seguro del proceso de abstinencia aguda, en contexto de consumo de sustancias. **El OBJETIVO** del trabajo es describir la experiencia del Hospital Comunitario de Quinchao, donde se implementó esta prestación, realizando una revisión de las características de los usuarios y el proceso de atención. **MATERIAL y MÉTODO:** Programa de Salud Mental del Hospital Comunitario de Quinchao confecciona "Protocolo de acceso a programa de desintoxicación en pacientes con consumo perjudicial o dependencia al alcohol", siendo distribuido en red Servicio Salud Chiloé. Determina criterios de inclusión y exclusión, evaluación inicial por equipo de Salud mental, prestaciones estandarizadas por médico, psicólogo, asistente social, terapeuta ocupacional y técnico paramédico, dividiendo el proceso en Asistencia del síndrome de abstinencia y Establecimiento de OBJETIVOs de alta. Al alta se realiza seguimiento por el equipo durante 7 semanas, continuando intervenciones con equipo de APS de origen. **RESULTADOS:** Entre 2018-2020 se realizan 35 desintoxicaciones, promedio 11,6 usuarios/año. 27 son hombres (77,1%) y 8 mujeres (22,9%). La población abarca usuarios desde 16 a 76 años, concentrándose 34% en rango etario 30-39 años. El promedio de estadía es 9,25 días, observándose aumento desde 6,69 días (2018) a 16,72 días (2020). 54% de los usuarios presentan comorbilidad psiquiátrica: Depresión, trastorno de ansiedad. **DISCUSIÓN:** Entre la población atendida en el programa se observan RESULTADOS extrapolables a datos nacionales respecto al consumo perjudicial de alcohol, siendo concordantes tanto la distribución por género, edad, como la presencia de comorbilidades. Se observa necesidad de implementar encuesta de satisfacción usuaria y efectos a largo plazo de la intervención.

PSICOSIS INDUCIDA POR CORTICOESTEROIDES EN CONTEXTO DE USO POR EDEMA CEREBRAL DE ORIGEN ONCOLÓGICO: REPORTE DE CASO

Daniela Villarroel Mansilla, Adolfo Kahler Catalán
Médicos EDF, Hospital de Achao

INTRODUCCIÓN: Los glucocorticoides son fundamentales en el tratamiento de múltiples condiciones inflamatorias, como el edema cerebral secundario a lesiones tumorales, sin embargo, pueden inducir una variedad de síntomas psiquiátricos y cognitivos, que si bien, la mayor parte de estos son leves y reversibles, un 6% corresponderá a cuadros neuropsiquiátricos serios. Aunque los efectos adversos de los corticoides son impredecibles, su aparición depende en gran medida de la dosis y duración de la terapia. **CASO CLINÍCO:** Hombre de 59 años, con antecedentes de Hipertensión arterial y Consumo perjudicial de alcohol. Hospitalizado por cefalea progresiva asociado a déficit motor, diagnosticándose Glioblastoma multiforme grado IV, fuera de alcance terapéutico. Dado extenso edema vasogénico con severo efecto de masa, se inicia Dexametasona 16 mg/día, con respuesta parcial, disminuyendo cefalea y mejorando déficit motor. Se inicia disminución progresiva de corticoides, en espera de alta, sin embargo, síntomas atribuibles a edema vasogénico reaparecen, decidiéndose mantener a permanencia. Durante este proceso, inicia cuadro de conductas disruptivas, ánimo exaltado e irritabilidad, ideas delirantes megalomaníacas, desajuste social frecuente, curso del pensamiento acelerado e insomnio. Sin alucinaciones. Cuadro compatible con manía inducida por corticoides, iniciándose tratamiento con antipsicóticos, disminuyendo sintomatología. Se desestima inicio de estabilizadores del ánimo, por mal pronóstico del cuadro oncológico de base a futuro. **DISCUSIÓN:** Los usuarios con historia de depresión o alcoholismo tienen mayor riesgo de cuadros afectivos por corticoides, así como dosis de prednisona > 20 mg/día, o equivalentes, por períodos prolongados, se asocian a mayor riesgo de psicosis. 10% de los pacientes presentan síntomas persistentes a pesar de la disminución o suspensión de los corticoides. Por lo general presentan respuesta completa a antipsicóticos en 2 semanas.

PACIENTES FALLECIDOS POR COVID-19 PERTENECIENTES AL CESFAM SAN GERONIMO DE PUENTE ALTO: OPORTUNIDAD DE CONSULTA EN URGENCIA.

José Vizcaya Vergara (1), Alejandra Sepúlveda Muñoz (1), Catherine Neira Varela (1), Maria Vizcaya Vergara (2)
(1) Medicos EDF CESFAM San Gerónimo de Puente Alto,
(2) Estudiante 3er año Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile.

INTRODUCCIÓN: La pandemia de COVID-19 ha causado una enorme cantidad de muertes en Chile y el mundo, siendo Puente Alto la comuna con mayor número de contagios a la fecha en nuestro país. La gran demanda asistencial ha generado una sobrecarga en los servicios de urgencia. Un problema común ha sido la consulta tardía. **OBJETIVO**: Caracterizar a la población fallecida por COVID-19 del CESFAM San Gerónimo de Puente Alto, y evaluar la condición respiratoria al momento de consultar en urgencia. **MATERIAL Y METODO:** Utilizamos los datos del equipo de seguimiento del CESFAM para ver el número de personas fallecidas por COVID-19, y evaluamos la saturación de oxígeno al momento de consultar en SAPU previo a su hospitalización. **RESULTADOS:** Un total de 77 personas pertenecientes al CESFAM han fallecido por COVID-19 hasta marzo 2021 (casos confirmados, probables y sospecha). El promedio de edad de este grupo es de 76.5 (± 12) años. En 59 de los casos existe registro de signos vitales al momento de consultar en SAPU con dificultad respiratoria o disnea. En 7 de los casos el paciente llegó en paro cardiorrespiratorio al SAPU. De los 52 restantes, un 75 % (39 casos) presentó una saturación de oxigeno bajo 90% ambiental y un 58% (30 casos) una saturación bajo 85% ambiental al momento de consultar. **DISCUSION:** Un gran porcentaje de los casos analizados de COVID-19 con resultado de muerte tienen en común una consulta tardía en los servicios urgencias. Es necesario encontrar formas de incentivar la consulta precoz frente a los primeros signos de insuficiencia respiratoria para disminuir los desenlaces fatales.

MASA PULMONAR COMO FORMA DE PRESENTACIÓN DE HIDATIDOSIS PULMONAR: REPORTE DE UN CASO

Macarena Volosky Medina (1), Matilde Pedrero Mizunuma (1), Gustavo Albornoz Arriagada (3)
(1) Médico EDF Hospital de Purranque, (2) Médico EDF CESFAM San José de Chuchunco

INTRODUCCIÓN: Las lesiones pulmonares focales son hallazgos comunes en la práctica clínica, típicamente encontrados en radiografías de tórax o tomografías computadas. La hidatidosis es una parasitosis endémica en el sur de Chile, con sintomatología variada según el órgano afectado. El pulmón es el segundo órgano más afectado, representando un 20-30% de los casos aproximadamente. En menos del 10% de los casos la enfermedad se presenta simultáneamente en pulmón e hígado. El reconocimiento precoz y el tratamiento oportuno es fundamental para evitar complicaciones, siendo la más temida el shock secundario a hipersensibilidad. El siguiente caso se presenta para destacar la hidatidosis como posible etiología frente al hallazgo de masa pulmonar, sobre todo en áreas endémicas. **CASO CLINÍCO:** Paciente masculino de 82 años, con antecedente de diabetes mellitus tipo 2 insulinorrequirente e hipertensión arterial, consulta en el Servicio de Urgencias del Hospital de Purranque por hiperglicemias asintomáticas. En exámenes destaca leucocitosis (12.630 ul) y proteína C reactiva de 366 mg/l. Al interrogatorio dirigido refiere dolor intermitente en parrilla costal derecha y cuadrante superior derecho, de moderada intensidad, sin otros síntomas asociados. Al examen físico destacan crépitos bibasales en bases pulmonares. Se solicita Radiografía de tórax que evidencia masa redondeada de bordes netos de 5 x 5 cm en lóbulo inferior derecho (LID). Se hospitaliza para manejo antibiótico con ceftriaxona y metronidazol, y completar estudio de masa pulmonar con Tomografía axial computarizada contrastada (TAC) de tórax, abdomen y pelvis. Se realiza TAC el cual informa 2 lesiones quísticas pulmonares (de 4,3 x 3 x 2 cm en segmentos basal lateral y posterior de LID y de 1,3 cm en segmento basal lóbulo inferior izquierdo) y lesiones quísticas hepáticas bilaterales sugerentes de hidatidosis. La lesión del lóbulo hepático izquierdo presenta características de quiste hidatídico complicado, por lo que se deriva prontamente a Hospital Base Osorno donde es hospitalizado para manejo farmacológico (albendazol) y manejo quirúrgico. **DISCUSIÓN:** La hidatidosis habitualmente es asintomática, siendo un hallazgo en contexto de otros estudios. Se debe considerar en el diagnóstico diferencial de masa pulmonar, sobre todo en pacientes residentes de zonas endémicas. Es importante el diagnóstico precoz de esta patología para evitar sus posibles complicaciones, ya que el abordaje quirúrgico de éstas se asocia a mayores tasas de morbilidad y mortalidad.

INCIDENCIA DE DISPLASIA DEL DESARROLLO DE LA CADERA EN LACTANTES EN LAS POSTAS RURALES SAN MIGUEL DE AZAPA, SOBRAYA y POCONCHILE; ARICA

Alexander Williamson Barboza (1), Jorge Cheg Paiva (2), José Pizarro Vidal (2)
(1) Médico EDF Posta Rural San Miguel de Azapa, Arica, (2) Médico EDF CESFAM Eugenio Petruccelli, Arica

INTRODUCCIÓN: La Displasia del DESARROLLO de cadera (DDC) corresponde a un espectro bastante extendido de distintas alteraciones, que afectan en mayor o menor grado el DESARROLLO de los componentes mesodérmicos de la articulación de la cadera, pudiendo existir retraso en la osificación endocondral del hueso ilíaco y fémur, además de alteración del cartílago articular, y posteriormente, de músculos, tendones y ligamentos, lo cual puede manifestarse desde una mínima laxitud de la cápsula femoral hasta una displasia severa con subluxación o hasta luxación de la cabeza femoral. En la aparición de la DDC pueden intervenir variados y numerosos factores causales, tanto de forma individual como conjunta, como lo son la hiperlaxitud ligamentosa, fuerzas mecánicas, factores obstétricos, factores ambientales postnatales, influencia genética, entre otros. En este contexto se sabe que en Chile la incidencia oscila entre un 2 a 3%, por lo cual se considera una enfermedad ortopédica relativamente frecuente en nuestro país. De esta manera su detección temprana resulta fundamental para la prevención de futuras complicaciones en la población.[1, 2 y 3.] . **CASO CLINÍCO Y ESTUDIO:** En el siguiente estudio descriptivo, se compila RESULTADOS de todas las radiografías de pelvis de screening solicitadas a lactantes entre 3 y 6 meses en el plazo desde el 01 de enero 2019 hasta el 31 de diciembre 2020 en las postas rurales de San Miguel de Azapa, Sobraya y Poconchile; de la ciudad de Arica. Se obtuvo como resultado un total de 400 radiografías, de las cuales el 54% correspondieron al sexo masculino, mientras que el 46% al sexo femenino; de estas, se pesquisaron **46 radiografías** alteradas, cifra correspondiente al **11,5%** de la población evaluada. De la cohorte afectada, **14 radiografías**, es decir, un **30.5%**, corresponde al sexo masculino versus **32 radiografías** equivalente al **69.5%** que correspondieron al sexo femenino. **CONCLUSIONES**: La DDC corresponde a una patología frecuente, la que, si no es corregida adecuadamente, genera gran discapacidad física en la adultez, siendo la principal causa de artrosis secundaria en menores de 50 años (25 a 50%). Dicho esto, el screening se vuelve fundamental, sobre todo en la población anteriormente descrita, donde se puede apreciar que la incidencia local de DDC en lactantes es prácticamente cuatro veces superior a la incidencia nacional, respetando marcadamente la prevalencia femenina. Esta situación podría justificarse por la vasta población de migrantes y Aymaras inscritos en dichas postas, condición que diferencia a esta localidad del resto del país, tanto cultural como genéticamente.

Bibliografia

1. Dra. XImena Ortega F, DISPLASIA DEL DESARROLLO DE LA CADERA, departamento de diagnóstico por imágenes. Radiología infantil. Clínica las Condes 2013.
2. E. Baudet Carrilloa, C. Revenga Giertychb, E. Bulo Concellón, DISPLASIA DEL DESARROLLO DE LA CADERA, revista de la sociedad andaluza de traumatología y ortopedia, vol. 21 páginas 143-263 (diciembre 2001)
3. Ministerio de salud. Guía clínica displasia luxante de cadera: diagnóstico y tratamiento precoz. Santiago: Minsal, 2010

DIFILOBOTRIASIS EN LOCALIDAD DE MEHUÍN, COMUNA DE MARIQUINA, REGIÓN DE LOS RÍOS.

Tanja Witt Fuchs, Francisca Madrid Guaico, Paulina Pérez Garay, Catalina Neira Terraza
Médicos Cirujanos EDF CESFAM San Jose de la Mariquina, Región de los Ríos

INTRODUCCIÓN: La difilobotriasis es un tipo de parasitosis humana causada por el cestodo del género Diphyllobothrium, conocida también como la “tenia de los peces”. Existen tres subtipos, D. pacificum, D. dendriticum y D. latum, este último el más conocido. Se caracteriza por ser un parásito de crecimiento rápido, pudiendo llegar a medir alrededor de 12 metros en su forma adulta, logrando adherirse a la mucosa intestinal humana, y liberar millones de huevos al día. Estas larvas son ingeridas por peces de agua dulce que posteriormente consume el hombre perpetuando el ciclo del parásito. La patogénesis de la enfermedad puede desencadenar síntomas difusos e inespecíficos, dentro de los que se puede destacar dolor abdominal, diarrea, eliminación de parte del cestodo en las heces e incluso anemia perniciosa. El diagnóstico se realiza por la identificación de huevos o proglótides del parásito, o segmentos de este, en heces humanas. El tratamiento actual se basa en el uso del Praziquantel 10 a 25mg/kg vía oral por una vez. La localidad de Mehuín, zona costera de la comuna de Mariquina, Región de los Ríos, se caracteriza por tener como principal actividad económica la pesca, siendo frecuente el consumo de pescado crudo o mal cocido en la población. **OBJETIVO**: Describir incidencia de infección por Diphyllobotrium spp y respuesta al tratamiento con Praziquantel en la localidad de Mehuín el año 2019. **MATERIAL y MÉTODO**: Estudio transversal descriptivo. Un total de cinco casos de pacientes entre 11 y 37 años, tres adultos y dos niños, que consultan de forma espontánea entre julio y octubre 2019 por eliminación de parásito en deposiciones, diagnosticandose difilobotriasis por examen coproparasitológico seriado de deposiciones (EPSD). Se indica tratamiento con Praziquantel en dosis 10mg vía oral por una vez, con EPSD de control a los tres meses post tratamiento para confirmar erradicación. **RESULTADOS y CONCLUSIONES**: En los cinco pacientes se pesquisa el consumo de pescado crudo o mal cocido, ahumado, en la anamnesis dirigida. El síntoma más frecuente fue el dolor abdominal y diarrea. Tras el tratamiento con Praziquantel a los cinco pacientes, en dosis de 10mg/kg, se logra eliminación del parásito en cuatro de los cinco casos con EPSD de control negativo a los tres meses post tratamiento, el otro caso no se realiza control con EPSD por abandono, pero logra remisión clínica del cuadro. **DISCUSIÓN:** El consumo de pescado mal cocido puede generar brotes de zoonosis que requieren intervención oportuna y educación en la población. La aparición de estos casos obliga a plantear el diagnóstico de un brote epidémico, con la consecuente necesidad de educar a la población en cuanto a la manipulación y preparación de alimentos para asegurar el consumo de pescado cocido y detener la perpetuación de esta zoonosis, además de supervisar y revisar el manejo de aguas servidas en la localidad.

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y EPIDEMIOLÓGICAS DE LOS PACIENTES DIABÉTICOS (DM) AMPUTADOS DURANTE EL AÑO 2020 EN EL CESFAM DR. MARIO SALCEDO.

Paulina Alejandra Yanine Acuña (1), Pía Javiera Aliaga Saravia (2), Camila Belén Cerón Benavides (2)
(1) Médica EDF CESFAM Eduardo Frei Montalva, (2) Médicas EDF CESFAM Dr. Mario Salcedo

INTRODUCCIÓN: La amputación es un proceso potencialmente incapacitante. Los pacientes con diabetes tienen un riesgo 10 veces mayor en comparación a los pacientes sanos. A su vez, aquellos que son amputados, tienen más probabilidades de sufrir discapacidad severa, nueva amputación o de morir a una edad más temprana. En el año 2020, el CESFAM Dr. Mario Salcedo registró 1076 diabéticos bajo control y 17 fueron sometidos a amputación de extremidad inferior, correspondiendo a un 1.57%. **OBJETIVO:** Caracterizar la población de pacientes diabéticos que han requerido amputación. **MATERIAL y MÉTODO:** Estudio retrospectivo y descriptivo de 17 fichas clínicas, que corresponden a la totalidad de diabéticos amputados durante el año 2020 en el CESFAM Dr. Mario Salcedo. Se consideró información demográfica, nivel de amputación, control metabólico y atenciones de salud. **RESULTADOS:** La edad promedio fue 64.3 años, 64.7% fueron hombres. El 76.47% tiene indicación de insulinoterapia. El 82.35% presenta HbA1c >7%, un 41.17% presenta >9%. El 72.7% de los que tenían evaluación de pie, presentaban riesgo máximo de ulceración pre amputación. El 82.4% tuvo menos de 4 controles y el 64.7% no recibió atención podológica durante el 2020. **CONCLUSIONES**: Destaca una mayor proporción de hombres. Además, un perfil de mal control metabólico e indicación de insulinoterapia. La mayoría no cumplió con la frecuencia de controles indicada en el paciente diabético. El riesgo máximo de ulceración fue el resultado más frecuente en aquellos con evaluación de pie pre amputación. **DISCUSIÓN:** Considerando que la amputación es una complicación de alto impacto en la calidad de vida y en los años de vida ajustados por discapacidad, es importante el enfoque preventivo y el abordaje integral de la patología de pie diabético en la atención primaria de salud, con la adecuada identificación de la población de riesgo.

ANGIODISPLASIA GÁSTRICA, EN PACIENTE JOVEN REPORTE DE CASO.

Mariana Yáñez R. (1), María Torres T. (2)
(1) Médico Cirujano EDF Centro de Salud Familiar de Curaco de Vélez.
(2) Médico Cirujano EDF Centro de Salud Familiar de Nueva Imperial.

INTRODUCCIÓN. Angiodisplasia es una malformación vascular caracterizada por la presencia de venas, vénulas y capilares dilatados, localizados en la submucosa y mucosa del tracto gastrointestinal. La angiodisplasia gástrica se observa principalmente en personas mayores de 60 años, la etiología es desconocida, asociada a un proceso degenerativo relacionado con el envejecimiento. El OBJETIVO del artículo es presentar una patología infrecuente como etiología de hemorragia digestiva alta, en paciente atípico, para ser considerado dentro de los diagnósticos diferenciales.
CASO CLINÍCO. Paciente femenina, de 27 años, sin antecedentes mórbidos, sin hábitos nocivos presenta episodios continuos de hemorragia digestiva alta (manifestada como melena). Se realiza endoscopía digestiva alta: gastropatía erosiva atrófica corporal, lesiones superficiales puntiformes en mucosa del fondo gástrico, correspondientes con angiodisplasia del fondo gástrico, test de ureasa positivo. Se inicia tratamiento erradicador de Helicobacter pylori y terapia a mantención con inhibidor de la bomba de protones. Se realiza tratamiento endoscópico de las lesiones, logrando remisión, sin nuevos episodios de hemorragia gastrointestinal. **DISCUSIÓN.** Hemorragia digestiva alta, es la que se origina por encima del ángulo de Treitz se manifiesta como hematemetis y/o melena. Endoscopia digestiva alta es de elección en casos de angiodisplasia gastroduodenal al ser diagnóstica y terapéutica. La incidencia e historia natural de la angiodisplasia gástrica es desconocida. Algunos estudios retrospectivos sugieren que la mayoría de los pacientes con síntomas presentarán episodios recurrentes de hemorragia crónica o aguda. El tratamiento de este padecimiento es la ablación endoscópica o la resección quirúrgica.

IMPACTO DE LA PANDEMIA POR SARS-COV-2 EN EL SCREENING DE DISPLASIA DEL DESARROLLO DE CADERAS (DDC). ANÁLISIS COMPARATIVO ENTRE PERÍODOS.

Vivian Yévenes López (1), María Godoy Bravo (1), Cassandra Peralta Guinet (2)
(1) Médica EDF, Centro de Salud Familiar Dr. Alejandro del Río, Santiago.
(2) Médica EDF, Centro de Salud Familiar Dra. Ana María Juricic, Santiago

INTRODUCCIÓN y OBJETIVOS: Durante el año 2020, las medidas de confinamiento y cuidado impactaron en la consulta oportuna y continuidad de la atención de salud. Este trabajo tiene como OBJETIVO analizar el impacto que la pandemia por SARS-CoV-2 tuvo sobre el MÉTODO de tamizaje para DDC, en un CESFAM en Santiago. **MATERIAL y MÉTODO:** A partir de la base de datos del Sistema de Gestión GES, se tomaron los ingresos para tamizaje de DDC del período de abril a junio de 2019 y de 2020; obteniendo un total de 145 pacientes en 2019 y 30 pacientes en 2020, habiendo excluido 7 y 20 pacientes, respectivamente, por error de registro. Se analizaron los datos por MÉTODO t de student para promedios, y test Z para proporciones. **RESULTADOS y CONCLUSIONES:** Comparando 2019 y 2020, entre la primera consulta y toma de radiografía hubo 11,33 y 44,06 días, respectivamente ($p<0,001$). El porcentaje de derivados a nivel secundario fue de 9,66% y 23,3% ($p=0,02$). La edad de derivación promedio fue de 3,57 y 6,71 meses ($p<0,001$). Los días entre la primera consulta y derivación fueron 19,43 y 97,88 ($p<0,001$). Entre la derivación y confirmación o descarte por especialista, transcurrieron 18,57 y 43,86 días ($p=0,003$). La edad de confirmación de DDC fue 4,1 y 7,2 meses ($p<0,001$). **DISCUSIÓN:** Hubo diferencias significativas entre la primera consulta en APS y la toma de radiografía. En el año 2020 disminuyó significativamente la resolutividad a nivel primario, probablemente por menor capacidad de seguimiento radiológico. Hubo retraso tanto en las derivaciones a especialista, como en la confirmación o descarte por este. Finalmente, lo anterior determinó un diagnóstico tardío en los pacientes con DDC a los 7,2 meses de edad.

PSICOSIS PSICÓGENA: A PROPÓSITO DE UN CASO

Domingo Zamora Salazar (1), Claudia Menares Koppe (1), Nataly Meza Martinez (1), Constanza Peñaloza Gonzalez (2)
(1) Medico EDF, CESFAM Santa Anselma, (2) Medica EDF, CESFAM Joan Alsina

INTRODUCCIÓN: Se entiende por psicosis síndrome caracterizado por la perdida del juicio de realidad y la desorganización del pensamiento y lenguaje, con la perdida de la intencionalidad comunicativa, asociado o no a fenómenos productivos. Se estima que entre 13 – 23% de la población experimentará síntomas psicóticos durante su vida, y entre el 1 – 4% cumplirá criterios para trastornos psicóticos. La prevalencia e impacto social de tanto los síntomas como los trastornos psicóticos, llevan a que muchas veces sea la APS el primer punto de contacto del paciente con el sistema de salud, obligando al medico general a desarrollar competencias que permitan su correcto reconocimiento y abordaje inicial **CASO CLINÍCO:** Se expone el caso de la paciente de iniciales IVR, de 59 años de edad, sin antecedentes mórbidos de importancia, sin antecedentes familiares conocidos de enfermedad psiquiátrica mayor, con antecedentes de tratamientos incompletos en salud mental por síntomas anímicos en relación a nacimiento de hijos, con educación básica incompleta. Presenta cuadro gatillado por DISCUSIÓN con nuera, caracterizado por delirios de contenido místico religioso y de falso reconocimiento, descritos como el desconocimiento de sus familiares a pesar del reconocimiento de su similitud física (síndrome de Capgrass), alucinaciones olfatorias, aumento de la actividad intencionada y discurso desorganizado con perdida de la intención comunicativa. Consulta en el servicio de urgencias de Hospital Barros Luco, donde es evaluada por neurólogo quien describe paciente psicótica con orientación temporal y espacial conservada, se solicitan exámenes de laboratorio con RESULTADOS normales, se descarta consumo de sustancias, se realiza TAC de cerebro sin contraste con RESULTADOS normales, y se realiza una punción lumbar para la extracción y análisis de líquido cefalorraquídeo, con RESULTADOS normales. Se inicia manejo con antipsicóticos (Risperidona 3mg/dia y Quetiapina 100mg/dia), lográndose remisión de la sintomatología y recuperación ad integrum de la personalidad premórbida dentro de un plazo de 3 semanas, después de lo que mantiene tratamiento. Consulta reiteradamente en servicio de urgencias del Hospital Barros Luco por síntomas neurológicos y gastrointestinales, lo que se interpreta como reacciones adversas a neurolépticos, por lo que se disminuye la dosis de manera paulatina, hasta suspender tratamiento 3 meses después de episodio que motivo tratamiento, periodo en el cual inicia seguimiento en su CESFAM y es evaluada por equipo de psiquiatría comunitaria, donde se confirma remisión de la sintomatología psicótica y recuperación ad integrum. 7 meses después del primer episodio presenta un nuevo episodio de síntomas psicóticos, gatillado por conflicto con ex pareja, por lo que consulta en CESFAM, donde es reevaluada por equipo de psiquiátrica comunitaria y se indica reinicio de tratamiento antipsicótico (Risperidona 3mg al día), con lo que se logra remisión de síntomas y recuperación ad integrum de personalidad dentro de 3 semanas de iniciado el tratamiento

RESISTENCIA ANTIBIÓTICA EN ODONTOLOGÍA, ¿ES NUESTRA PRÁCTICA CLÍNICA SEGURA Y RESPALDADA POR EVIDENCIA CIENTÍFICA ACTUALIZADA?"

Alvaro Zapata Mora (1), Francisco Ceballos Beroíza (2), Máximo Sánchez Cornejo (2)
(1) Odontólogo EDF, Hospital de Constitución, (2) Odontólogo EDF, Hospital de Licantén

INTRODUCCIÓN y OBJETIVOS: El uso y por sobre todo el abuso de la antibioterapia ha sido una preocupación desde sus inicios, donde se advertía las consecuencias de la mal utilización y que, los beneficios estarían limitados a problemas asociados a la prescripción indebida, entre estos, las resistencias bacterianas a antibióticos. El OBJETIVO de este trabajo es revisar el estado del arte en relación a este tema y la realidad clínica local. **MATERIAL y MÉTODO:** Se utilizaron las bases de datos PubMed y Scielo con los términos "Resistencia Antibiótica" y "Odontología", incluyendo artículos en inglés y español desde el año 2016 a la fecha, estudios in vitro y/o in vivo en humanos y revisiones de la literatura, cuyo enfoque principal sea resistencia antibiótica en relación a la práctica dental; se excluyen aquellos que no aborden resistencia antibiótica en odontología. La selección se realizó en duplicado por pares en base al título y abstract. **DISCUSIÓN:** El incremento de la resistencia bacteriana ha permitido la diseminación de cepas con mecanismos de resistencia que, en muchas ocasiones, nos dejan prácticamente sin alternativas para el tratamiento de las infecciones bacterianas. La resistencia a los antimicrobianos reduce las posibilidades de tratamiento eficaz de enfermedades, prolonga tiempos de tratamiento y costos de medicamentos, además de alargar el tiempo de hospitalización y aumentar el riesgo de mortalidad (1). La prescripción inadecuada de antibióticos podría equivaler a negligencia o deterioro de la aptitud para la práctica, aun así, se informa que evitar complicaciones clínicas, efecto placebo, reducir el dolor, miedo a perder pacientes y presión percibida por el paciente, entre otros, son causas comunes para su mal uso (2,3). Además, el empleo de antibióticos sin prescripción médica, tiempo inapropiado de consumo, incumplimiento de los horarios de administración e infra dosificación son otros factores asociados al abuso de la antibioterapia. Las indicaciones clínicas para el uso terapéutico de antibióticos en Odontología están bien documentadas y definidas, es decir, cuando hay compromiso sistémico, con signos de propagación de infección, malestar general, pirexia, taquicardia y linfadenitis regional marcada (4). Si bien existe en Chile un ordinario respecto a la medida de "Uso Racional de Antibióticos", hasta la fecha no se han creado instrumentos que permitan evaluar la prescripción de antibióticos por los odontólogos en nuestro país (5).

ENCEFALITIS DE RASMUSSEN REACTIVADA POR SARS-COV-2. REPORTE DE UN CASO.

Victoria Zapata Gallardo, Constanza Baeza Bassa, Camila Cárdenas Klaassen,
Medicos EDF, Hospital San José de Parral

INTRODUCCIÓN y OBJETIVOS: La Encefalitis de Rasmussen (ER) se caracterizada por inflamación unilateral de la corteza cerebral, epilepsia fármaco-resistente y deterioro neurológico y cognitivo progresivo, afecta principalmente niños y adultos jóvenes. Sin tratamiento desarrollan hemiparesia, hemianopsia y deterioro cognitivo en un año desde el inicio de la epilepsia. La resonancia magnética (RNM) muestra atrofia hemisférica unilateral. La etiología de la ER aun no es clara y correspondería a infección por distintos virus neurotropos, la existencia de anticuerpos contra el receptor 3 del glutamato cerebral, antides-carboxilasa del ácido glutámico y mediación celular T en el proceso inflamatorio cerebral. Los OBJETIVOs son hacer mención a una patologica poco frecuente como es la ER como causante de epilepsia refractaria y mencionar el SARS-COV-2 como posible desencadenante. **MATERIAL y MÉTODO:** Descripción de caso de paciente con epilepsia refractaria a tratamiento cuya RNM de cerebro y cuadro clínico reactivado por infección viral confirmó su diagnostico. Se efectuó una revisión bibliográfica con búsqueda en bases de datos científicas. **CASO CLINÍCO:** Paciente sexo masculino de 44 años quien se encuentra ingresado desde el año 2018 por cuadro de estatus convulsivo a causa de meningitis viral, evolucionando a epilepsia refractaria a tratamiento. TAC de cerebro evidenció atrofia cerebral avanzada para su edad. Se inicia ácido valproico (AV), con persistencia de convulsiones una vez cada dos semanas, estableciéndose diagnóstico de epilepsia secundaria a atrofia cerebral atribuida al consumo excesivo de alcohol. En septiembre de 2020 cursa con infección leve por SARS-CoV-2, presentando crisis parciales motoras, 3 episodios diarios, evolucionando con plejia braquial, paresia M1/5 crural derecha persistente, descartandose causa metabólico-infeccioso sistémico. TAC de cerebro con extensa secuela de todo hemisferio izquierdo, pérdida de volumen cerebral y dilatación ex vacuo del sistema ventricular. Electroencefalograma con patrón basal lento generalizado y patrón paroxístico focal fronto-temporal específico. RNM de cerebro que concluye marcada atrofia del parénquima hemisférico izquierdo, con un claro aumento de atrofia cerebral hemisférica izquierda, concluyendo que corresponde a ER reactivada por COVID-19. Recibe tratamiento con corticoides sistémicos evolucionando con remisión de episodios convulsivos, disminuyendo dosis de AV. Al completar tratamiento presenta mejoría de hemiparesia braquio crural derecha recuperando M2/M5 y sin nuevas crisis convulsivas. Se mantiene institucionalizado en nuestro centro por situación social.
CONCLUSIONES: Si bien la ER es una enfermedad poco común, debe sospecharse en contexto epilepsias refractarias a tratamiento con estudio que evidencien atrofia hemisférica unilateral. **DISCUSIÓN:** Dentro de la fisiopatología de la reactivación de la encefalitis de Rasmussen se encuentra la infección viral, en este contexto la infección por SARS CoV-2 fue el desencadenante del cuadro clínico descrito. Es interesante estudiar implicancias fisiopatológicas en la evolución de esta enfermedad, aún no documentada en las bases de datos internacionales por lo reciente de la Pandemia por COVID-19.

SÍNDROME NEUROLÉPTICO MALIGNO-LIKE SECUNDARIO A SUSPENSIÓN DE FÁRMACOS ANTIPARKINSONIANOS. REPORTE DE UN CASO.

Victoria Zapata Gallardo, Brayhan Caro Aravena, Amanda Gallegos Burgos
Médicos EDF Hospital San José de Parral

INTRODUCCIÓN y OBJETIVOS: El síndrome neuroléptico maligno-like (SNM-L) o síndrome parkinsonismo-hiperpirexia (SPH), es una complicación rara y potencialmente mortal de la Enfermedad de Parkinson (EP). En la mayoría de los casos este síndrome es desencadenado por la descontinuación abrupta o reducción de la dosis de tratamiento antiparkinsoniano. Se caracteriza por hipertermia, disfunción autonómica, alteración del nivel de conciencia y rigidez muscular, inicia entre 1 a 7 días, desarrollándose la fiebre a las 72 a 96 horas. Su mortalidad es del 10-30%. El reconocimiento y manejo de soporte son cruciales para una resolución favorable. Nuestro OBJETIVO es difundir el caso de una paciente con SNM-L secundario a la suspensión de sus medicamentos antiparkinsonianos, y recalcar la importancia de su rápido reconocimiento y tratamiento adecuado. **MATERIAL y MÉTODO:** Descripción del CASO CLINÍCO, paciente ingresada por causa infecciosa quien evoluciona de forma tórpida con presencia de fiebre refractaria a tratamiento e insuficiencia respiratoria aguda, diagnosticándose el SPH. Se efectuó una revisión bibliográfica con búsqueda en bases de datos científicas. **CASO CLINÍCO:** Paciente femenina de 69 años, con antecedente de EP avanzada y dependencia severa, ingresa por infección urinaria baja, con buena evolución a tratamiento con Ceftriaxona. A las 72 horas presenta fiebre de 41ºC, taquipnea y requerimientos de FiO2 al 35%. Al examen con mayor compromiso de conciencia, temblor de reposo y rigidez en rueda dentada de las cuatro extremidades. En laboratorio creatinina 1,50; BUN 84,3; K 3,75; RGB 12590; PCR 6,89; CK 609. El Urocultivo positivo para E. coli multi susceptible. Se escala tratamiento por sospecha de pielonefritis complicada. En exámenes de 24 horas posterior con mayor falla renal creatinina 3,14 y CK 5840, sin aumento de parámetros inflamatorios. Se rescata el antecedente no recibido sus medicamentos habituales de EP, por lo cual se sospecha SNM-L. Se reinicia anti parkinsonianos a dosis habituales, además se indica hidratación endovenosa, antipiréticos y benzodiacepinas. La paciente evoluciona de manera satisfactoria, con disminución de la fiebre, requerimientos de oxígeno, mejoría en la función renal y disminución de niveles de CK. **RESULTADOS y CONCLUSIONES:** En los pacientes con EP avanzada, son comunes los ingresos hospitalarios y por distintos factores la suspensión o disminución de los fármacos antiparkinsonianos. El registro adecuado de los fármacos es fundamental para disminuir esta complicación. **COMENTARIOS**: El diagnóstico del SNM-L es un gran desafío, en el que se debe tener un alto índice de sospecha y manejo precoz de modo de evitar confundirlas con trastornos conductuales, o bien con otros cuadros como infecciones del sistema nervioso central.

SÍNDROME DE INSUFICIENCIA SUPRARRENAL EN ADULTOS: SOSPECHA Y MANEJO INICIAL EN APS: A PROPÓSITO DE UN CASO

Alexandra Zepeda Cerda (1), Valeria Pizarro Cortés (1), Alejandro Iglesias Manríquez (2)
(1) Médica EDF Departamento de salud municipal de Vicuña, (2) Médico EDF Hospital de Vicuña

INTRODUCCIÓN y OBJETIVOS: La insuficiencia suprarrenal es un síndrome de variadas causas, que pueden ser farmacológicas o patológicas, siendo la adrenalitis autoinmune la causa más frecuente en el adulto. La forma de presentación de esta patología inicialmente suele ser inespecífica, y por lo mismo, subdiagnosticado en las primeras consultas. **MATERIAL y MÉTODO:** Revisión de un caso a partir de análisis de ficha clínica, exámenes y de literatura médica. **RESULTADOS y CONCLUSIONES:** Se presenta el caso de una paciente de 33 años sexo femenino, con antecedentes de Esquizofrenia e Hipotiroidismo autoinmune, consulta en Servicio de Urgencias de CESFAM por cuadro de un mes de evolución de astenia, dolor abdominal, diarrea y vómitos. Al examen físico destaca PA límite bajo e hiperpigmentación de piel y mucosas. Exámenes solicitados en APS destaca hiponatremia e hipoglicemia leve. Se presenta caso a especialidad donde se indica Hidrocortisona empírica, según ritmo diario de secreción de cortisol; al mes de tratamiento la usuaria normaliza natremia y presenta franca mejoría clínica. Posteriormente se recibe cortisol en sangre que muestra déficit severo (12.7 ng/ml). **DISCUSIÓN:** La insuficiencia suprarrenal presenta una baja frecuencia (incidencia anual 3-6 casos por 100.000 habitantes), sin embargo, su sospecha clínica es fundamental: ante la presencia de un cuadro de astenia, debilidad progresiva, mareos, anorexia, síntomas digestivos sin una causa clara, asociados a hiperpigmentación e hiponatremia, se debe hacer la sospecha. Los síntomas presentados por la usuaria son los más frecuentes descritos en la literatura: fatiga (100%), síntomas gastrointestinales (92%), hipotensión (88%), hiperpigmentación (94%), hiponatremia (88%). El inicio rápido de la suplementación hormonal ante una sospecha clínica evidente, aún en espera de su confirmación con exámenes, permite la rápida mejoría clínica de los pacientes y disminuir el riesgo vital que implica no tratar esta patología.

CARACTERIZACIÓN DE PACIENTES CON VÉRTIGO EN SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL PTIRUFQUÉN EN EL AÑO 2020

Sebastián Ballesteros Díaz (1), Hugo Lucero Correa (2), Kevin Lee Angulo (2)
(1) Médico EDF, CESFAM Freire, (2) Médico EDF, Hospital Pitrufquén.

INTRODUCCIÓN: El vértigo es una de las patologías de consulta frecuente en servicios de urgencias de atención primaria y hospitalaria. En la actualidad representa causa importante de reconsulta, debido a la disparidad de síntomas asociados como diagnósticos diferenciales, los que dificultan un diagnóstico certero y precoz. **OBJETIVO:** Identificar las características de pacientes que consultan en el servicio de urgencia por clínica compatible con vértigo, así como ver quienes requieren más estudio por potenciales complicaciones. **MATERIAL Y MÉTODO**: Se estudió la cantidad de consultas en el servicio de Urgencias del Hospital Pitrufquén durante 12 meses del año 2020, con diagnóstico final relacionado a Síndrome Vertiginoso, del sistema de registro informático del Servicio de Salud Araucanía Sur. **RESULTADOS:** Se encontraron un total de 214 consultas con diagnóstico final de Vértigo, 63% corresponden a mujeres y un 37% a hombres, con promedio de edad de 52 años, 152 personas (71%) consultaron por mareos; 202 fueron enviados a domicilio, 7 requirieron derivación a centro de referencia para completar estudio, y 5 pacientes fueron hospitalizados en establecimiento para manejo sintomático; finalmente 8 pacientes del total (3,7%) tuvieron hipótesis diagnóstica de vértigo de origen central. **DISCUSIÓN:** Si bien el diagnóstico de síndrome vertiginoso es un motivo de consulta frecuente y de buen pronóstico, es importante la evaluación precoz para manejar la sintomatología y descartar causas más graves, como lo son vértigos de origen central, en su mayoría asociados a accidentes cerebrovasculares. La derivación a centro de mayor resolutividad se hace por necesidad de neuroimagen y de evaluación por especialidad. En tanto, conocer el perfil de pacientes y motivos de consultas mejoran el diagnóstico precoz, y evitan potenciales complicaciones.

HERNIA DE GLÁNDULA SALIVAL SUBLINGUAL EN ESPACIO SUBMANDIBULAR: REPORTE DE UN CASO

Máximo Sánchez Cornejo (1), Francisco Ceballos Beroíza (1), Rodrigo Figueroa Tapia (2)
(1) Odontólogo EDF, Hospital Licantén, (2) Cirujano Maxilofacial, Hospital Curicó

INTRODUCCIÓN y OBJETIVOS: Aumentos de volumen en la región submandibular son una condición patológica frecuente en el examen de cabeza y cuello; que llaman a indagar más en síntomas y signos. Sin embargo, pesquisar una "hernia de la glándula sublingual" no constituye un hallazgo clínico recurrente. Por este motivo, y con el OBJETIVO de profundizar en la frecuencia, presentación clínica y consecuencias asociadas, planteamos a partir de la experiencia de un caso clínico de protrusión de la glándula sublingual al espacio submandibular, ahondar en la evidencia científica más actual relacionada con el caso. **REPORTE DEL CASO:** Paciente sexo femenino, 38 años asiste a Hospital San Juan de Dios de Curicó, con tumoración de la región submandibular derecha, indolora que causaba implicancias estéticas principalmente al momento de comer, con 15 meses de evolución. Se realizó anamnesis y examen clínico comprobando correcto flujo salival, a través, de conducto de Stenon y Wharton; descartando algún bloqueo (litiasis) de la excreción salival a la cavidad oral. Como examen complementario se solicitó TAC con medio de contraste, que confirmó presencia de una separación de los fascículos del músculo milohioideo y la migración de la glándula sublingual al espacio submandibular. Como no se encontraron signos de linfoadenopatías, se descartó alguna patología maligna, indicando controles de observación de seguimiento tras el diagnóstico de hernia de glándula submaxilar en espacio submandibular. **MATERIAL y MÉTODO:** Búsqueda en metabuscadores institucionales como PUBMED, SCIELO y WEB OF SICENCE de reportes de casos clínicos y revisiones sistemáticas entre los años (2001-2021). Se utilizan palabras claves: herniation sublingual, Mylohyoid herniation, Hernia sublingual. **DISCUSIÓN:** El piso de boca está conformado por el músculo milohioideo y el vientre anterior del músculo digástrico, siendo el músculo milohioideo una barrera entre el espacio sublingual y el espacio submandibular. Sin embargo, cuando se produce algún defecto en este músculo, la glándula sublingual puede traspasar al espacio submandibular y los tejidos grasos o glandulares pueden causar tumoración asintomática en la región cervical superior (1). Estudios anatómicos en cabeza y cuello, han reportado cambios anatómicos como contracción y separación de fascículos del músculo milohioideo; Harrison et al. y Hopp et al., reportaron que una fisura en el músculo milohioideo fue confirmada en aproximadamente el 43% y el 45% de los casos estudiados, respectivamente (2, 3). Yang HC et al. En un estudio postmortem se encontró fisuras del músculo en el 58% de los casos estudiados, siendo más prevalente en mujeres (4). En cuanto a las consecuencias, Kim, H. C et al, define que en la región de hernia existe una degeneración de los acinos reemplazándolo por tejido graso, lo que podría afectar en la composición salival final (5).

DACRIOCISTITIS AGUDA COMO DEBUT DE CARCINOMA NASAL.
REPORTE DE UN CASO

Sergio Bustos Vorphal. Paulina Morales Ruiz, Miguel Herrera Medina,
Médicos EDF Hospital de Lonquimay

INTRODUCCIÓN: La dacriocistitis aguda es una infección del saco lacrimal y del conducto nasolacrimal, su patogénesis está relacionada con la obstrucción del conducto, lo cual puede ser generado por traumatismos, infecciones locales, sinusitis aguda, estenosis congénitas, estenosis seniles, o tumores, afectando mayoritariamente a los menores de un año y mayores de 50, siendo los agentes infecciosos más frecuentes el *Staphylococcus aureus* y *Streptococcus pyogenes*. El diagnóstico es eminentemente clínico, caracterizado por eritema, aumento de volumen y dolor a nivel medial de la órbita, lo cual puede generar diversas complicaciones, tales como celulitis preorbitaria, celulitis orbitaria, absceso orbitario y necrosis palpebral. El diagnóstico diferencial incluye sinusitis etmoidal, tumor de saco lacrimal o sinonasal y quiste sebáceo sobreinfectado.
CASO CLÍNICO: Paciente de 30 años, Masculino, con antecedentes de tabaquismo activo con índice paquete-año de 16, y epífora en ojo izquierdo progresivo de 3 años de evolución, y episodio dacriocistitis aguda izquierda siendo tratada con antibióticos orales hace 3 meses, consulta por malestar general, fiebre, y eritema a nivel orbital medial con aumento de volumen y eritema palpebral, sin compromiso de la oculomotilidad, con diagnóstico de celulitis preorbitaria requiriendo hospitalización, para tratamiento antibiótico endovenoso, con buena respuesta, siendo derivado posterior a cuadro agudo a oftalmólogo, quien solicita TAC de órbita, donde se evidencia tumor en fosa nasal izquierda con compromiso de seno maxilar, biopsia evidencia carcinoma epidermoide localmente avanzado, realizándose resección quirúrgica más radioterapia. **DISCUSIÓN:** Si bien el diagnóstico de la dacriocistitis aguda es eminentemente clínico, las recomendaciones actuales evidencian que debiera ser complementada con un TAC con contraste para evidenciar la extensión de la lesión, diferenciar inicialmente una celulitis preseptal y una orbitaria, y al mismo tiempo detectar patologías asociadas en los senos paranasales y las estructuras que rodean al saco lacrimal. El tratamiento debiera ser en todos los casos manejo médico inicial con antibióticos, y drenaje, siendo importante la derivación luego de la resolución de la etapa aguda a especialista para la resolución quirúrgica (dacriocistorinostomía), y evaluación secundaria con un diagnóstico etiológico de la obstrucción, que como en este caso cobra vital importancia para así evitar recurrencias, como al mismo tiempo realizar un tratamiento oportuno.

CÁNCER DE MAMA BILATERAL EN HOMBRE

María de los Ángeles Vial Lecaros (1), Fabián Osvaldo Rojas Garrido (2), Alfredo González Peñaloza (3), Paula Andrea Vargas López (4)
(1) Médico EDF Cesfam Padre Damián, (2) Médico EDF Cesfam El Quisco, (3) Médico EDF Cesfam Cordillera, (4) Médico EDF Cesfam Jean Marie Thierry

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVO: El cáncer de mama en hombres (CMH) corresponde al 1% de los canceres de mama y al 0,2% de los cánceres en hombres. La edad promedio es de 67 años y su incidencia aumenta con la edad. Sus factores de riesgo son: edad, genéticos, exceso de estrógenos y déficit de andrógenos, raza negra y judía y exposición a radiación. Su principal forma de presentación es una masa retroareolar indolora (50-97%) siendo bilateral una forma muy rara de presentación (<2%). La sospecha se realiza mediante la clínica y el diagnóstico a través de ecografía y biopsia. Su principal tipo histológico es el carcinoma ductal invasor (85-95%) y su tratamiento es principalmente quirúrgico. Nuestro objetivo es visibilizar este importante diagnóstico a través de un caso clínico. **MATERIAL Y MÉTODO:** Descripción de la patología a través de un caso clínico. Caso clínico: Hombre de 62 años consulta por nódulo mamario retroareolar derecho de 3 meses de evolución, indoloro, sin otros síntomas asociados. Al examen físico destaca la presencia de un nódulo, en la mama derecha, de consistencia sólida de 1,5 cm de diámetro, no adherido a planos profundos e indoloro a la palpación. Mama izquierda sin alteraciones. En la ecografía mamaria se describe: Mama derecha: nódulo periareolar de 20 mm, espiculado y vascularizado. Mama izquierda y axilas bilaterales sin alteraciones. Birads 5. Con estos antecedentes se decide realizar mastectomía radical modificada derecha con vaciamiento axilar derecho y mastectomía total profiláctica izquierda. La biopsia informa carcinoma Ductal infiltrante mamario en mama derecha y carcinoma intraductal in situ en mama izquierda**. CONCLUSIÓN Y DISCUSIÓN:** El CMH es una patología poco común, cuya principal presentación es una masa retroareolar indolora. No se recomiendan mé- todos de screening pero si consultar ante cualquier tipo de nódulo mamario en el hombre. La mayoría de las estrategias de tratamiento son extrapolables a guías clínicas de cáncer de mama en la mujer.

ANEMIA MEGALOBLÁSTICA EN LACTANTE MAYOR ALIMENTADO CON LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA Y MADRE VEGANA

María de los Ángeles Vial Lecaros (1), Fabián Osvaldo Rojas Garrido (2), Alfredo González Peñaloza (3), Paula Andrea Vargas López (4).
(1) Médico EDF Cesfam Padre Damián, (2) Médico EDF Cesfam El Quisco, (3) Médico EDF Cesfam Cordillera, (4) Médico EDF CEsfam Jean Marie Thierry

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVO: La anemia megaloblástica resulta de una alteración en la formación del ADN secundario a una deficiencia de vitamina B_{12} y/o ácido fólico. La fuente dietaria de vitamina B_{12} es exclusivamente de origen animal. En la infancia, es infrecuente la deficiencia de esta vitamina y su principal causa se debe a madres veganas que dan lactancia materna. Las principales manifestaciones de la deficiencia de Vitamina B_{12} son rechazo a la alimentación sólida (83%), anormalidades neurológicas y anemia megaloblástica. Nuestro objetivo es describir a través de un caso clínico esta patología para tener presente la importancia de su pronto diagnóstico. **MATERIAL Y MÉTODO:** Descripción de la patología a través de un caso clínico. Caso clínico: Lactante de 1 año con LME, historia de 3 meses de rechazo de alimentación sólida, sin inmunizaciones y antecedente de padres veganos. Consulta por cuadro de 3 días caracterizado por CEG, fiebre, deposiciones líquidas, tos y conjuntivitis. Al examen destaca palidez severa de piel y mucosas, somnoliento, soplo mesosistólico y secreción conjuntival. En los exámenes de laboratorio de ingreso destaca Hto 19,4%, Hb 6,7 g/dl, VCM 112, HCM 35. Se hospitaliza con diagnóstico de síndrome diarreico agudo y anemia macrocítica normocrómica severa. Evoluciona con tos abundante y fiebre de 39°C, solicitándose nuevos exámenes que destaca Hto 17%, Hb 5,5 g/dl y deficiencia severa de vitamina B_{12}, por lo que se deriva a hospital de mayor complejidad para continuar tratamiento y estudio. **CONCLUSIONES Y DISCUSIÓN**: La deficiencia de vitamina B_{12} debe ser diagnóstico diferencial en todo niño con LME y problemas de destete, rechazo a alimentos sólidos, retraso pondoestatural o síntomas neurológicos. Su tratamiento antes de los 10 meses de edad se asocia con resultados favorables a largo plazo. Es recomendable que niños con LME y madres veganas sean suplementados con 5-10 ug diarios de vitamina B_{12} .

ADHERENCIA A TRATAMIENTO INYECTABLE DE FLUFEFANIZA EN PACIENTES ESQUIZOFRENICOS EN RELACION A EDAD Y SEXO EN HOSPITAL DE BULNES, CHILE

Víctor Eduardo Guiñez Varela, Rodrigo Andrés Sandoval Contreras, Julio Ignacio Orrego Arroyo, Medico EDF, Hospital Comunitario de Salud Familiar de Bulnes

INTRODUCCION Y OBJETIVO: Los antipsicoticos inyectables son un componente esencial en el tratamiento de la esquizofrenia, con su llegada hace mas de 50 años, mejoró sustancialmente la adherencia y el riesgo de recaídas. Se plantéa como objetivo caracterizar la adherencia al antipsicotico usado para la esquizofrenia Flufenazina (Modecate) en relacion a la edad y sexo de los pacientes del Hospital comunitario de salud familiar de Bulnes para evaluar que pacientes presentan mejor adherencia al tratamiento. **MATERIAL METODO**: Estudio observacional descriptivo prospectivo realizado en pacientes con diagnostico de esquizofrenia ingresados en el programa de salud mental del hospital de Bulnes los cuales, tras indicacion por psiquiatra, principalmente por mala adherencia a tratamiento oral de antipsicoticos, se le inició modecate inyectable cada 14 o 31 dias, los cuales acuden a su inyección dentro de las instalaciones del hospital. **RESULTADOS Y CONCLUSIONES**: Se analizaron a un total de 26 pacientes los cuales 10 (38%) correspondieron a hombres y 16 (62%) mujeres. Los pacientes hombres mostraron un porcentaje de inasistencia al tratamiento inyectable del 16,2% mientras que el grupo de mujeres fue del 8%. En cuanto a su edad, se dividieron en 2 grupos, los pacientes menores o iguales a 50 años y los de más de 50 años independiente del sexo, de éstos, los primeros o mas “jóvenes” que fueron un total de 11 individuos, obtuvieron un porcentaje de inasistencia del 18,2% mientras que el grupo de los de más edad tuvieron una inasistencia del 5,8%. Se puede concluir que las mujeres con diagnostico de esquizofrenia usuarias a Modecate inyectable en el Hospital de Bulnes tienen una mejor adherencia al tratamiento respecto a los hombres y que de éstas, las mujeres sobre 50 años acuden mucho mas a su tratamiento, en cambio los pacientes hombres de menos de 50 años presentan la mayor cantidad de inasistencias a su inyección ya sea bisemanal como mensual. **DISCUSION Y COMENTARIOS:** La esquizofrenia es el trastorno psicótico más frecuente dentro de los síndromes psicóticos no afectivos y su adherencia al tratamiento con neurolépticos clásicos orales en cierto tipo de pacientes es muy difícil de conseguir, por lo que la Flufenazina queda como única opción. En nuestro trabajo podemos evaluar el perfil de los pacientes en cuanto a sexo y edad que presentan mayor adherencia al tratamiento, Esto nos sirve para poder hacer hincapié en la mejoría de alianza terapéutica con los pacientes menos adherentes y poder analizar y hacer seguimiento de los factores que contribuyen a ello.

NEVO SEBÁCEO DE JADASSONH: SOSPECHA Y MANEJO. A PROPÓSITO DE UN CASO.

Julio Salviat Coronado, Catalina del Campo Vergara, Daniela Henríquez Torres, Paz Chávez Rojas Médicos EDF Hospital Dr. Benjamín Pedreros, Chanco.

INTRODUCCIÓN: El nevo sebáceo de Jadassohn es un hamartoma congénito con una incidencia del 0.3% en pacientes pediátricos, afectando generalmente el cuero cabelludo. Se presenta desde el nacimiento y se caracteriza por ser una placa alopécica solitaria, amarillenta, de forma ovalada o lineal y de superficie lisa. En ocasiones pasa desapercibida en la infancia, pero durante la adolescencia presenta aumento de tamaño, cambio de superficie de lisa a verrugosa, y de color amarillento a pardo, secundario a cambios hormonales. Es en esta etapa donde histológicamente se observa dermis hiperqueratócica y papilomatosa con glándulas sebáceas y apocrinas en tejido celular subcutáneo. Durante la adultez puede asociarse a tumores malignos, principalmente el carcinoma basocelular. **OBJETIVOS:** aumentar sospecha diagnóstica por médico de APS para posterior derivación a especialista. **MATERIAL Y MÉTODO:** análisis de caso clínico, trabajo observacional, descriptivo. **PRESENTACIÓN DEL CASO:** paciente de 17 años, traída a consulta ambulatoria por lesión en cuero cabelludo, presente desde la infancia, caracterizada por placa alopécica de pocos centímetros de diámetro, pero crecimiento sostenido durante últimos dos años, asociado a cambio de coloración y prurito local. Al examen físico se observa en zona fronto-parietal derecha, placa alopécica, hiperpigmentada, de color amarillo-rosado, solevantada, de 2.5 cms de diámetro aproximado. Debido a las características y tiempo de evolución, se sospecha nevo sebáceo de Jadassohn y se deriva a Dermatología para evaluación y resolución quirúrgica por asociación a neoplasias malignas en etapa adulta. Especialista confirma la sospecha y realiza extirpación de la lesión. **DISCUSIÓN:** el nevo sebáceo de Jadassohn es una patología infrecuente y que en muchos casos pasa desapercibida durante la infancia. La consulta suele producirse durante la adolescencia/adultez, en donde suele presentar cambios morfológicos y sintomatología local. Un 20 a 30% de los casos desarrollara una neoplasia secundaria, en su mayoría benigna, siendo el tricoblastoma y siringocistoadenoma papilífero los más comunes. Sin embargo, un 5% desarrollara neoplasia maligna; carnicoma basocelular (el más frecuente), carcinoma espinocelular, carcinoma sebáceo, leiomiosarcoma, melanoma maligno, etc. Existe controversia en cuanto reconocer al nevo sebáceo de Jadassohn como una lesión premaligna, debido a que reportes recientes muestran menor incidencia de lesiones malignas, sin embargo, el consenso actual es la derivación en la adolescencia/adultez para su pronta extirpación, debido a la asociación con lesiones malignas. En la mayoría de los casos será el medico de APS quien se enfrente a estas lesiones, por lo que es importante la sospecha y derivación oportuna.