

RESUMENES DE LAS COMUNICACIONES PRESENTADAS EN II JORNADAS CLINICAS DEL HOSPITAL SAN MARTIN DE QUILLOTA AÑO 1992

TITULO : PROYECTO OVIEDO
AUTORES : DRA. A. VIDALES M. (1), Dr. O. SAAVEDRA C. (2)
INSTITUCIONES : (1) S.D.M. HOSPITAL "SAN MARTIN" QUILLOTA (HSMQ).
(2) S.D.M. HOSPITAL CENTRAL DE ASTURIAS (HCA).

En IV de 1990 asume el actual Equipo de Dirección, y diseña su plan de trabajo definiendo como política la del Gobierno de la Concertación, y como política específica mejorar la calidad de la atención entre otras.

Para mejorar la calidad de la atención se establecieron diferentes estrategias, una de las cuales fue fomentar, facilitar e invertir tiempo y recursos en capacitación. Enmarcado por esta política específica y considerando las características del HCA: Hospital de gran complejidad y con tecnología de punta y por la presencia de un Médico Chileno de dicho Hospital, en VIII de 1991 se estableció un "Acuerdo de Cooperación y Hermanamiento" entre los dos Hospitales. Este convenio ha permitido mantener en forma permanente a un profesional del HSMQ en actividades de capacitación. Hasta Noviembre de 1992 seis profesionales (* 1 Cirujano en Cirugía Laparoscópica y Ecotomografía,* 1 Anatómo Patólogo en Punción Aguja Fina,* 1 Internista en técnicas de Endoscopías,* 1 Neuropediatría en Salud Mental Infantil,* 1 Cardiólogo en técnicas Ecocardiográficas bidimensional y dopler color,* 1 Enfermero en capacitación de gestión de Enfermería y manejo del trauma) han realizado estadías de perfeccionamiento, la mayoría con duración de 3 meses.

A mediados de 1992 se creó el "Comité Oviedo" formado por Director, Subdirector Médico, Enfermera Coordinadora y el Presidente del Comité de Capacitación, con el fin de que este organismo programe y decida quiénes y por cuánto tiempo se capacitarán en España. Este Comité definió que para 1993 el tiempo de capacitación será de 1 mes, y tendrán prioridad los Jefes y Subjefes de Servicios Clínicos y Unidades de Apoyo (como una forma de incentivar las Jefaturas) y luego las solicitudes del resto de los profesionales del Hospital.

Considerando que el HSMQ le mantiene el sueldo al profesional durante su período de capacitación, que el HCA presta el apoyo (académico y técnico) para la formación y estadía (alojamiento y comida) y el profesional financia su traslado, tenemos que el perfeccionamiento en España se realiza gracias a tres aportes:

- a.- HSMQ: sueldo (\approx 3.000 US).
- b.— HCA: capacitación y estadía (\approx 12.000 US).
- c.- Profesional: pasaje aéreo (\approx 1.300 US).

Valorizando la globalidad de la inversión, el HSMQ ha aumentado su capital intelectual \$ 43. 980.000.

CONCLUSIONES: 1.- Este ha sido un Proyecto de Cooperación entre dos países utilizando los beneficios de la diáspora. 2.- Es el único Proyecto internacional de capacitación permanente para profesionales Médicos y no Médicos de la V Región y probablemente del país. 3.- Ha permitido mejorar la calidad técnica en diversas áreas clínicas. 4.- Ha significado un aumento del capital intelectual del HSMQ de \$ 48. 960. 00. 5.- Considerando que las normas administrativas no pueden dar incentivos económicos, éste ha sido un incentivo que valorizado en dólares significa US 15.000 a cada Jefe de Unidad. 6.- Está programada la participación de 4 docentes del HCA durante el Diplomado en Administración de Salud que se realiza en el HSMQ. 7.- Ha sido un factor de MOTIVACION para todo el Hospital y 8.- Por último pero no menos importante ha permitido la ampliación de los horizontes culturales de los profesionales del HSMQ.

TITULO : EXPERIENCIA ENDOSCOPICA ENTRE ABRIL 1988 Y OCTUBRE 1992.
AUTOR : DR. M. CASTRO H. (MED. MEDICINA INTERNA).
INSTITUCION : UNIDAD PROCEDIMIENTOS MEDICOS HSMQ.

Se revisaron 4.479 Panendoscopía (100%) efectuadas en el HSMQ entre Abril 1988 y Octubre 1992. La distribución por sexo corresponde a 2.598 varones (58%) y 1.851 mujeres (42%), cuyas edades fluctúan entre 9 y 96 con una media de 48 años.

De los exámenes realizados se encontró patología en 3.707 (82%) y fueron normales 772 (18%), distribuyéndose en 1.289 esofagoscopías anormales (25%), 2.552 gastroscopías alteradas (60%) y 1.144 duodenoscopías patológicas (32%), estos porcentajes están referidos al N° total de exámenes que fue de 4.479, obviamente muchos de nuestros pacientes presentaban más de un órgano alterado.

Respecto a las lesiones malignas encontradas estas fueron 210 (4,7% del total de examen), Cánceres Gástricos 156 (3,5%), Esofágicos 51 (1.1%), Duodenales Metástasicos 3 (0,066%).

COMENTARIO:

Examinados estadísticamente 4 años de Endoscopías en nuestro Hospital llama la atención el alto N° de exámenes con patología (82%). Entre éstos y por la repercusión que tiene es relevante el 3,5% de los Cánceres Gástricos, prácticamente todos avanzados y que muestra un N° más alto que en revisiones de otras zonas de nuestro país.

Se plantea la necesidad de implementar en nuestro Hospital y otros de referencia las condiciones para aumentar la cobertura Endoscópica y con ello mejorar el pronóstico de nuestros pacientes y dar una atención de mayor calidad.

TITULO : SITUACION CLINICO-EPIDEMIOLOGICA DEL CANCER GASTRICO
PROVINCIAS DE QUILLOTA Y PETORCA V REGION.
AUTORES : DR. D. LAGOS D. (1), DRA. L. VALENZUELA L. (1), DR. N. SOLANO V. (2),
DR. C. GONGORA B. (2), DR. F. PEREZ C. (2), DR. S. ANABALON J. (2), SRA.
H. PUEBLA O. (3), SRA. A. VILLEGAS C. (4).
INSTITUCION : SERVICIO CIRUGIA HSMQ (1), HOSPITAL LA LIGUA (2), SERVICIO
SOCIAL HSMQ (3), UNIDAD PROCEDIMIENTOS MEDICOS HSMQ (4).

Se comunica la experiencia del HSMQ en el diagnóstico y tratamiento de Cáncer Gástrico desde Marzo de 1988 hasta Julio de 1992.

Se revisó las 4.310 Endoscopías realizadas pesquisándose 139 tumores malignos (3,2%). Sólo un 2,8% de los pacientes tuvo un cáncer incipiente.

Fueron sometidos a estudio clínico 100 pacientes, de los cuales se intervino quirúrgicamente a 48, pudiendo efectuar resecciones curativas en 16 de ellos. Los 39 pacientes restantes fueron considerados perdidos.

La distribución geográfica de los pacientes mostró una notable predominancia de la comuna de Quillota, sugiriendo la existencia de factores de riesgo especial en esta área que deberían ser investigados a futuro.

Se comenta la necesidad de aumentar fuertemente el número de exámenes endoscópicos para mejorar el pronóstico de los pacientes afectados por esta enfermedad.

TITULO : MANEJO DE ABCESO PULMONAR EN HOSPITAL NIVEL SECUNDARIO.
AUTORES : DRA. J. PAVIE G., DR. J. RIOS L. (MED. MEDICINA INTERNA).
INSTITUCION : SERVICIO MEDICINA HOSPITAL SAN MARTIN QUILLOTA (HSMQ).

El Abceso Pulmonar Primario se define como una colección supurada intra pulmonar, debido a la aspiración de microorganismos infecciosos de orofaringe. Bajo este concepto se presentan tres casos con Abceso Pulmonar Primario, que ingresan al Servicio de Medicina, durante el primer semestre de 1992. La Etiología del Abceso se determina por su cuadro clínico y radiológico. Ingresan a un esquema de penicilina sódica a dosis de 3.000.000 u.i. cada 6 horas E.V. o 2 semanas y luego penicilina oral hasta completar 6

semanas. Se logra la resolución íntegra de la cavitación en el 100% de los casos. Se concluye que la penicilina sódica en estas dosis es la terapia indicada en esta patología.

MATERIALES Y METODO

Se estudian tres pacientes ingresados al Servicio de Medicina del HSMQ durante el primer semestre de 1992, con el diagnóstico de Absceso Pulmonar. Dos hombres y una mujer, cuyas edades fluctúan entre los 24 y los 48 años. Los abscesos se distribuyen según localización en lóbulos superiores, dos a derecha y uno a izquierda.

Todos los pacientes presentan focos sépticos dentarios. En uno de ellos existiría el antecedente dudoso de alteración por ingesta alcohólica, previo al inicio del cuadro y en otro habría existido vómito secundario a cuadro túsígeno.

Se les ingresa a protocolo de tratamiento de penicilino terapia, en dos de ello se usa penicilina sódica 3.000.000 u.i. E.V. cada seis horas por dos semanas y luego continúan con penicilina oral a dosis de 800.000 u.i. cada seis horas por cuatro semanas. Otro de ellos sólo se utiliza la etapa de tratamiento oral.

RESULTADOS

Todos tienen tiempo de evolución prolongado (30 a 60 días) previos al diagnóstico. La totalidad de los pacientes presentaron tos con desgarro purulento y putrido, CEG y fiebre. Dos de ellos tuvieron hemoptisis y otros dos dolor torácico.

Un paciente recibe tratamiento antibiótico previo al ingreso.

Dos pacientes son asmáticos de larga data.

Ningún paciente tiene antecedentes de enfermedades contaminantes.

Un paciente presenta anemia leve al inicio del tratamiento. Dos de ellos presentan leucocitosis con desviación izquierda y todos presentaron V.H.S. elevada. Todos los pacientes normalizaron su hemograma a la cuarta semana.

A la segunda semana todos los pacientes se encontraban asintomáticos.

DISCUSION

El presente estudio pretende ser un trabajo prospectivo, de modo que se puedan sacar conclusiones extrapolables.

Como resultados preliminares en base a nuestra casuística, se observa que todos los pacientes presentan mejoría absoluta a la segunda semana de tratamiento con la terapia implantada.

Los tres casos fueron de evolución arrastrada con síntomas y signos típicos y no presentaron complicaciones. Se destaca la igual efectividad del tratamiento oral exclusivo.

TITULO : ESPERANZA DE UNA VIDA MEJOR.
Experiencia Educativa con Padres de Niños con Síndrome Obstructivo y Asma Bronquial.

AUTORES : DRA. E. CASTRO P. (1), KINES. M. SEGURA V. (2), A.S. H. PUEBLA O. (3), Q.F. B. MERCADO P. (4), E.U. C. GONZALEZ F. (1).

INSTITUCIONES : SERVICIO PEDIATRIA (1), UNIDAD DE KINESIOLOGIA (2), SERVICIO SOCIAL (3), SECCION FARMACIA (4), HSMQ.

Sabiendo que la patología respiratoria y dentro de ésta, la obstructiva, era una problemática relevante en nuestra zona lo mismo que lo es a nivel nacional; pero sin tener un diagnóstico preciso de la situación local y concientes de que era un problema que debíamos enfrentar; decidimos elaborar algunas estrategias, que nos permitieron un conocimiento cabal y un manejo exitoso de ella.

Estrategias establecidas:

- a.- Crear sistemas de registro en Servicio de Pediatría, Unidad de Emergencia y Consultorio de Especialidades de nuestro Hospital.
- b.- Revisión de normas.
- c.- Redistribución de horas médicas, kinésicas y de Asistente Social.

d.- Coordinación de consultorio de Especialidades con Unidad de Emergencia y con Consultorios de Atención Primaria de Quillota.

e.- Readecuación del arsenal farmacológico terapéutico;

f.- Educación: pensando que dentro de las estrategias es fundamental "La Educación, para tener éxito en el manejo de la patología bronquial obstructiva, es que formamos un equipo multiprofesional, con participación de Médico Pediatra, Kinesiólogo, Enfermera, Asistente Social y Químico Farmacéutico; realizando el primer Proyecto de Educación para Padres de Menores con S.B.O. y Asma Bronquial.

Se trabaja con un grupo de 30 padres (que corresponde al 10% más o menos de los niños en control en el consultorio) a los cuales se les capacita en el conocimiento de la enfermedad, su prevención, factores de riesgo, tratamiento, apoyo psicológico, emocional a los hijos y orientación de la problemática ambiental, social y familiar.

Se realizan 6 sesiones educativas de 2 hrs. cada una usando metodologías participativas, dinámicas grupales, actividades recreativas, musicales y la entrega de contenidos con apoyo de medios audiovisuales. Por interés de los padres hubo 2 sesiones extraordinarias, en las cuales crearon un sociodrama donde mostraron el aprendizaje de los contenidos entregados.

RESULTADOS:

- Se realizó el 100% de las sesiones programadas.
- Se entregó la totalidad de los contenidos del Proyecto.
- Un 66% de los padres asiste a más del 50% del Taller.
- Al término del taller los padres logran constituir el Primer Grupo organizado con el propósito de:
- Continuar apoyándose y capacitándose en el Manejo de la Patología de sus hijos en el hogar.
- Entregar apoyo educativo a los padres que no participaron en el Taller.

CONCLUSIONES:

1.- Creemos que la educación es un pilar fundamental para lograr éxito y eficiencia en el tratamiento del niño con Síndrome Bronquial Obstructivo R. o Asma Bronquial.

2.- Para efectuar esta educación es imprescindible la integración de un equipo con mística, capacitado en metodologías apropiadas, para entregar los contenidos educativos a los padres.

3.- Que es posible realizar esta educación en nuestro Establecimiento, con los recursos existentes.

4.- El sociodrama fue una forma de evaluación que nos demuestra que los padres han logrado internalizar los contenidos entregados, observándose un cambio de actitud en ellos frente al manejo de la enfermedad y sus crisis.

TITULO : COLELITIASIS, MARCADORES GENETICOS Y LIPIDOS SANGUINEOS EN QUILLOTA. UN ESTUDIO DE CASOS Y CONTROLES.
AUTORES : Z. HARB (1), R. S. MORENO (1), D. LAGOS D. (2), P. HENRIQUEZ (2), G. CAMPILLAY B. (2), C. SCHEIHING G. (2), A. VIDALES M. (2).
INSTITUCIONES : (1) DEPTO. BIOLOGIA CELULAR Y GENETICA, FAC. MEDICINA, U. DE CHILE y (2) HSMQ.

En Chile, estudios epidemiológicos y de grupo sanguíneo ABO evidencian la existencia de heterogeneidad genética en la colelitiasis. Se estudian los niveles de lípidos plasmáticos (LP) y marcadores genéticos en pacientes con colelitiasis y controles en la población de Quillota. En resultados preliminares de 37 pacientes (P) y 26 controles (C) para colelitiasis identificados por ultrasonografía en el HSMQ, se estudiaron los grupos sanguíneos ABO, Duffy y Rh, y niveles de LP (triglicéridos, colesterol total, HDL, y LDL).

Las diferencias sólo son significativas para Fya+b- y Fya-b+ con $p < 0.05$. Los LP tienen niveles similares a la población general chilena y no tienen diferencias significativas, entre sí.

Estos resultados preliminares, sugieren la existencia de factores genéticos en la colelitiasis, sin relación a LP. Se discuten estos resultados con los de la literatura. Se espera completar este análisis preliminar con mayor muestra y en forma pareada, por sexo y edad, incluyendo otras variables.

TITULOS : EXPERIENCIA PILOTO COLABORATIVA EN LA COMUNA DE OLMUE, DE ATENCION PRIMARIA OFTALMOLOGICA.
 AUTOR : DRA. P. SALDIAS. (OFTAMOLOGO).
 INSTITUCION : UNIDAD DE OFTALMOLOGIA HSMQ

Se presenta un modelo de Atención Primaria Oftalmológica, realizado en la Comuna de Olmué; unificando objetivos, medios humanos y materiales con 1.- Club de Leones de Olmué, 2.- JUNAEB y 3.- Hospital de Quillota. Se pretende demostrar la importancia de la profiláctica en problemas visuales y la posibilidad de dar atención en lugar geográfico históricamente marginado de ella, para determinar si se cumplen las variaciones previstas de anomalías de refracción y necesidades de tratamiento (lentes, etc.), para proyectar el trabajo futuro de Salud Escolar.

El Programa se realizó con tres aportes:

1. HSMQ: profesionales (Oftalmóloga y Tecnólogo Médico) 2º a 8º Básico.
2. JUNAEB: financia Oftalmólogo, Tecnólogo Médico y Auxiliar Paramédico para 1º Básico.
3. Club de Leones: voluntarios, equipos Oftalmológicos, organización, infraestructura, lentes 2º a 8º Básico.

Se prepara un grupo de voluntarias en forma teórica y práctica, para seleccionar a los niños que luego son examinados, por Tecnólogo Médico y Médico Oftalmólogo. La Auxiliar Paramédico prepara a los niños y da charlas de higiene visual diariamente.

La población a atender son Niños Escolares de Enseñanza Básica (1º a 8º) con ficha preestablecida a la que se incorpora parámetro de rendimiento Escolar:

Alumnos Inscritos	1.797	
Alumnos Revisados	1.767	
Alumnos Seleccionados	279	(15.53%)
Alumnos Atendidos	263	

Se realiza análisis de resultados, por grupos (cursos) en cuanto a anomalías de refracción, grados y lentes recetados. Patología asociada sólo se consigna.

Se constata disminución de agudeza visual, por factores susceptibles de modificar con medidas profilácticas y la importancia de dar un mayor tiempo de atención, para asegurar cumplimiento de tratamientos (Ej. uso de Lentes).

Se hace análisis de kms. y gastos de transportes ahorrados a los niños. De los resultados obtenidos se puede extraer conclusiones que permitan adaptar diferentes Proyectos de Salud Escolar según fondos, tiempo, etc. Por último demuestra que es posible realizar trabajos colaborativos en los que se aúnan los esfuerzos de las organizaciones voluntarias (Club de Leones, Carabineros, Colegios) nacionales JUNAEB y provinciales (Hospital de Quillota), logrando que toda la población de Educación Básica de Olmué tenga diagnóstico tratado al problema visual.

TITULO : AVANCES EN EL PROGRAMA DE BUSQUEDA MASIVA DE FENILQUETONURIA E HIPOTIROIDISMO CONGENITO EN EL HSMQ.
 AUTORES : V. CORNEJO (1), P. DE LA FUENTE O. (2), E. RAIMANN (1), A. VIDALES M. (2).
 INSTITUCIONES : (1) INTA. U. DE CHILE, (2) HSMQ.

Desde Marzo de 1981 se está desarrollando un programa de detección neonatal de Fenilquetonuria (PKU) e Hipotiroidismo Congénito (HC) en el HSMQ, asignado a toda la población de recién nacidos (RN) del área, siendo el objetivo principal conocer la incidencia de ambas patologías y prevenir el retardo mental que ellas ocasionan.

La metodología considera la prueba de Guthrie para la determinación de Fenilalanina (FA), siendo normal <2 mg% Fa y para la determinación de la hormona tiroestimulante (TSH) se utiliza un método inmunoenzimático (normal < 25 mUI/ml). La toma de muestra se realiza a las 48 horas de vida del RN y aquellos dados de alta precozmente son citados al Hospital a los 7 días de vida.

Durante este período han nacido 3.750 RN obteniéndose una cobertura del 98,4%, (3.514 exámenes). Un 0,2% requirió de una segunda muestra por presentar niveles anormales de FA. Se repitió el examen, estableciéndose el diagnóstico de PKU clásica en 2 niños (FA X 25mg% HPLC) iniciándose el tratamiento X 17,5 días de vida. En relación a niveles de TSH elevados, un 0,3% requirió una segunda muestra, confirmándose un HC en 2 niños a través de RIA. TSH = 131/112 mUI/ml y T4 = 11.2 y 9.2 respectivamente.

Debido al número reducido de muestras analizadas, resulta difícil poder establecer la incidencia de PKU e HC, no obstante se puede concluir que es imperiosa la necesidad de ampliar este programa a otros sectores de la región para poder conocer la incidencia real de estas 2 patologías en V Región.

TITULO : DIABETES GESTACIONAL MANEJO EN HOSPITAL
SAN MARTIN DE QUILLOTA (HSMQ).
AUTOR : DR. C. BOTTNER A.
INSTITUCION : SERVICIO MEDICINA HSMQ.

La Diabetes Gestacional, se define como la Diabetes o la Disminución de la tolerancia a la glucosa que aparece por primera vez durante el embarazo.

El problema actual, es que menos de un 10% de la Diabetes Gestacional, puede ser diagnosticada y tratada adecuadamente. La prevalencia de la Diabetes Gestacional (DG) depende de la existencia de Programas de detección, así como las características genéticas y nutricionales de la población.

El diagnóstico y control precoz, nos permite efectuar acciones que van a conducir a una reducción de la morbimortalidad perinatal.

El signo característico de la Diabetes Gestacional, es su curso transitorio o limitado, su detección se realiza generalmente en el segundo trimestre del embarazo, a medida que aumentan los requerimientos de Insulina, habitualmente cede después del parto, pero la paciente debe ser alertada sobre la necesidad de evitar factores de riesgo (Obesidad, Sedentarismo), ya que a largo plazo (16 años) un porcentaje importante (60%) desarrollará Diabetes Mellitus.

RESUMEN Y CONCLUSIONES

Se presentan 13 pacientes con Diabetes Gestacional controladas en Poli A.R.O. Endocrino HSMQ, desde Marzo 1991 a Octubre 1992.

El diagnóstico se basa en glicemia PP. elevadas con ptgo. alternadas (100 gramos de Glucosa y la existencia de 2 o más valores elevados).

Todas las pacientes se hospitalizan en A.R.O. y luego de la evaluación nutricional, Obstetricia y Metabólica se decide conducta;

-03 pacientes obtienen buen control metabólico con dieta exclusiva.

-10 pacientes se trasladan al Servicio de Medicina para Educación e Insulina terapia.

Antes usan Insulina Lenta en una dosis, sólo una requiere refuerzo vespertino de Insulina Cristalina.

Las edades fluctúan entre los 23 - 42 años, el mayor porcentaje se encuentra sobre los 30 años 61,5%.

La obesidad materna 8 pacientes; es el factor preponderante, seguido de antecedentes familiares de Diabetes Mellitus (15), la Macrosomía fetal en embarazos previo (3).

La edad gestacional del diagnóstico fue en el 2º trimestre en un 61,5% y en 23,1% en el 1º trimestre.

Paridad: El mayor porcentaje se encuentra en Promipasa asociada a 3 factores de riesgo.

LA RESOLUCIÓN DE PARTO.

PARTO PRETERNO ESPONTANEO : 1

PARTO TERMINO ESPONTANEO : 6

CESAREA : 5

TRASLADO AL HOSPITAL GUSTAVO FRICKE : 1

GEMELAR CIE. PREECLAMPSIA = 2 R.N. PRETERMINOS SANOS).

COMENTARIO

La implementación del programa y seguimientos de las pacientes con riesgo de Diabetes Gestacional nos ha permitido un manejo adecuado de esta patología logrando buenos resultados.

La hospitalización, es corta, promedio 4 días.

La técnica Insulino terapia se ensaya con vitaminas C Subcutánea, la educación por Enfermera de acuerdo a material didáctico existente.

TITULO : EXPERIENCIA QUIRURGICA DE CANCER RENAL.
AUTOR : DR. G. ESPINOZA V. (M. UROLOGO).
INSTITUCION : SERVICIO CIRUGIA HOSPITAL SAN MARTIN QUILLOTA (HSMQ).

El Adenocarcinoma Renal tiene una incidencia de 3.5 x 100.000 habitantes por año en U.S.A. y representa el 2 al 3% de las neoplasias malignas del hombre. Incidencia en nuestras comunas de Quillota y Petorca es de 3 x 100.000 habitantes.

MATERIAL Y METODO

Entre 1985 y 1992 han sido estudiados y nefrectomizados con carcinoma renal 21 pacientes en el Servicio de Urología del HSMQ.

RESULTADOS

El promedio de edad de los pacientes en el momento del diagnóstico fue de 56.8 años con un mínimo de 23 años, un máximo de 75 años de edad, relación hombre a mujer 2.5/1.

SINTOMAS Y SIGNOS

La mayor incidencia hematuria con un 48,6% seguido de la masa palpable 28,5% dolor del flanco 8,6%. Exámenes de laboratorio, el más alterado fue la VHS en 12 pacientes, hematócrito en 4 de 21 pacientes. Fueron estudiados con Pielografía Endovenosa, Ecotomografía Renal, siendo anormal en 100% (21 sobre 21).

El tiempo operatorio de estos pacientes fue de 2 a 2 1/2 horas.

No tuvimos complicaciones en el post operatorio en 19 pacientes (90.4%) y sólo en 2 pacientes con Ileo parálítico.

La estadía de los pacientes fue en promedio de 8 días.

Se realizó la incisión xifopubiana transperitoneal, esta es nuestra vía de elección.

La clasificación se realizó de acuerdo a la pieza operatoria enviada a Anatomía Patológica.

La clasificación que se utilizó fue la de Robson y la TNM.

- Etapa I (A) 9,5% 2 pacientes.
- Etapa II (B) 47,6% 10 pacientes.
- Etapa III (C) 33,4% 7 pacientes.
- Etapa IV (D) 9,5% 2 pacientes.

La sobrevida de nuestros pacientes en Etapa A-B fue de 100% con un promedio de 3 años. En Etapa C sobrevida al año 2 pacientes (28,5%) que tenían compromiso de la vena renal; los restantes pacientes con compromiso de los ganglios regionales, 1 paciente con metástasis pulmonares al año, 3 pacientes fallecieron al año de vida y de acuerdo al estudio histo-patológico eran de alto grado, 1 paciente que no se controló no sabemos cual fue su evolución.

En Etapa D pacientes con compromiso a los órganos vecinos, fallecieron al año.

RESUMEN

En resumen mostramos nuestra experiencia quirúrgica, la evolución y sobrevida de nuestros pacientes realizados en un Hospital B, como es el HSMQ.

Pudimos comparar que la estadística no varía significativamente y la Cirugía sobre el riñón en Etapa A-B es salvadora.

En Etapa C, dependerá del grado y compromiso venoso o ganglionar siendo este último de pronóstico ominoso.

En cambio en Etapa D, no ha demostrado que mejore la sobrevida en comparación a los que no se operen y sólo se justifica cuando el paciente tiene sintomatología intensa.

TITULO : EXPERIENCIA DE INFORMATICA COMPUTACIONAL APLICADAS A LAS ACTIVIDADES DEL HSMQ.
AUTOR : R. CAYUMAN S. (TEC. ESTADISTICO).
INSTITUCION : UNIDAD ESTADISTICA HSMQ.

El desarrollo tecnológico en la segunda mitad de este siglo, ha puesto en nuestras manos, entre otras cosas, el computador como una formidable herramienta de trabajo, capaz de manejar grandes cantidades de información en forma muy rápida y confiable y realizar asociaciones que de otra manera serían prácticamente imposibles.

El trabajo que se presenta esta dividido en dos partes principales:

I. PROYECTOS EN MARCHA ACTUALMENTE

1.- "Acceso a la información biomédica de la Biblioteca de la Escuela de Medicina de la Universidad de Chile de Santiago".

El propósito es difundir el convenio que hay entre el HSMQ y la Escuela de Medicina de la Universidad de Chile, en el sistema de consultas de bibliografías y de artículos afines a la Medicina a través del uso de computadores. En este sistema se distinguen dos funciones principales: Generar y Transmitir datos. Esto se lleva a cabo a través de procedimientos preestablecidos del Software y la implementación de línea telefónica, lo cual se hace a través de una empresa dedicada a este rubro, para la incorporación de un equipo Modem. Este sistema ha permitido un acceso rápido para los profesionales que por distancia y no tienen acceso a la Biblioteca Universitaria.

2.- "Computación aplicada a las actividades de Pabellón v/s Método tradicional de la Unidad de Estadística".

En esta actividad se trabaja en forma conjunta con el Jefe de Pabellón (DR. DAVID LAGOS). A contar del año 1988, se realizó en forma paralela a la tradicional un registro computacional de las actividades quirúrgicas de Pabellón Central del HSMQ. Para el registro de las intervenciones quirúrgicas se cuenta con una hoja ad hoc, que consigna los datos de identificación del paciente, el tipo de intervención y equipo profesional. Los datos de estos registros se vaciaron en un computador MACINTOSH, utilizando una base de datos. En estos momentos es factible la obtención de informes de uso de Pabellones, Cirugías realizadas, operaciones realizadas en períodos que se consulte, etc. Cabe mencionar, que aún no es posible objetivar el ahorro de tiempo en el proyecto.

II. PROYECTOS A CORTO PLAZO

1.- "Sistema de Historias Clínicas Archivo Pasivo".

Considerando que existen aproximadamente 38.000 Historias Clínicas almacenadas en archivo pasivo, según las disposiciones de la Contraloría General de la República, y que el acceso a ellas es poco expedita e ineficiente. Se diseñó un programa con los datos básicos (nombre, N° de ficha y diagnóstico) necesarios, lo que una vez implementado permitirá la almacenación de las Historia Clínicas. Este sistema ya adecuado se pondrá en marcha con la llegada de un equipo NCR 486 DX/50 MHZ.

2.- "Sistema registro Intervenciones quirúrgicas Pabellón".

Su finalidad es contar con un registro computacional propio del establecimiento de todas las intervenciones quirúrgicas que se realizan en la Unidad de Pabellón y Anestesia, esperando en el logro de ello que la información sea oportuna, exacta y confiable para los diferentes niveles de usuarios. La explotación de este sistema, permitirá relacionar las distintas variables que son obtenidas a través del informe diario de intervenciones, mediante una base de datos como el DBASE III PLUS. Este sistema emite listados similares al mencionado en I.1.

CONCLUSION

La configuración básica para ejecutar estos sistemas, son un computador que posea sistema Operativo "D.O.S.", capacidad mínima de memoria 640 KB y tener una unidad de DKS. FLEXIBLE Y DISCO DURO. Los programas de aplicación con que se cuenta en la actualidad presentados en este artículo son un paso más de las aspiraciones de todo equipo de salud que día a día labora en procura del bienestar del prójimo.

- TITULO** : EXPERIENCIA EN SALUD MENTAL DE MEDICOS GENERALES EN HOSPITALES TIP 4.
- AUTORES** : DR. A. SAN MARTIN, Psiquiatra Asesor de Salud Mental (1).
DRA. Z. GALVEZ, Médico General (2), DRA. V. FONSECA, Médico General (3), DR. P. FRITIS, Médico General (4), DR. F. COFRE, Médico General (5).
- INSTITUCIONES** : ASESOR SALUD MENTAL S.S.V.M.Q. (1), HOSPITAL LA CALERA (2), HOSPITAL DE QUINTERO (3), HOSPITAL DE LIMACHE (4), HOSPITAL DE LA LIGUA (5).

En este trabajo se exponen los resultados de la experiencia de médicos generales que han recibido capacitación en psiquiatría básica y que han asumido la atención directa de pacientes de psiquiatría en policlínicos de Salud Mental en los Hospitales de La Calera, La Ligua, Limache y Quintero, procediendo a la hospitalización de los pacientes que lo necesitaron en los servicios de Medicina de dichos Hospitales.

Es una experiencia recientemente iniciada por lo que exponemos los datos de los tres últimos meses, en términos de cantidad de pacientes atendidos con sus respectivos diagnósticos, haciendo un breve análisis de las patologías más relevantes y de las facilidades y dificultades del manejo de los pacientes hospitalizados.

Los médicos generales que han participado en dicha experiencia han incluido su tiempo para actividades de Salud Mental en la programación de 1992 en su carácter de Coordinadores Locales de Salud Mental y han recibido capacitación y asesoría en psiquiatría básica otorgada por el Asesor de Salud Mental, así como han participado en la discusión de casos clínicos y han contado con un canal expedito de la derivación a dicha asesoría en los casos que exceden su capacidad resolutive.

La experiencia presentada se inscribe en el marco de las estrategias diseñadas para dar respuesta a la problemática de Salud Mental en un Servicio de Salud que no cuenta con recursos en Psiquiatría y en los conceptos generales de la Reforma Psiquiátrica en la V Región, que en términos generales se propone, acorde con las tendencias internacionales actuales, sacar a la Psiquiatría de los Hospitales Psiquiátricos poniendo un mayor énfasis en la Psiquiatría comunitaria y en Servicios de Psiquiatría insertos en Hospitales Generales.

CONSULTAS DE SALUD MENTAL REALIZADAS POR MEDICOS GENERALES DE LOS HOSPITALES DE LA CALERA, LA LIGUA, LIMACHE Y QUINTERO, DURANTE LOS MESES DE AGOSTO, SEPTIEMBRE Y OCTUBRE DE 1992.

	CALERA	LIGUA	LIMACHE	QUINTERO	TOTALES
Alcoholismo	32	30	6	2	70
Difusión	25	20	5	19	69
Neurosis	21	21	38	3	83
Psicosis	22	4	10	1	37
Trastornos de Personalidad	17	1	3	3	24
Reacción Vivencial Anormal	40	2	2		44
Reacción Ansiosa	3		16	17	36
Trastornos Funcionales			8	1	9
Drogadicción	14				14
Crisis de Adolescencia			7	1	8
Sind. Psicoorgánicos	12	1	6	1	20
Epilepsias		19	3		22
TOTALES	186	98	104	48	436

TITULO : SIDA UN NUEVO ENFRENTAMIENTO EDUCATIVO EN QUILLOTA.
AUTORES : M. ACUÑA S. (1), H. PUEBLA O. (2).
INSTITUCIONES : ENFERMERA (1) y ASISTENTE SOCIAL (2) COMITE E.T.S. HSMQ.

Quillota y la Calera presentan en este momento tasas de portadores de 14,2 y 13,2 personas por 100.000 habitantes, es por eso que el Comité de E.T.S. del HSMQ, consciente de que la única arma que existe contra la enfermedad es la educación, una educación distinta, en que el punto de partida del aprendizaje, sea la experiencia de las personas, organizó talleres aplicando metodologías participativas dirigidas al personal del Hospital y a la comunidad joven de Quillota.

OBJETIVOS:

Formar grupos de monitores entre los funcionarios y jóvenes de Quillota para que eduquen a sus pares en la prevención del SIDA y otras E..S.

METODOLOGIAS:

1ª Etapa: Capacitación del Equipo y Coordinación con nivel primario, educación con Universidad de Valparaíso.

2ª Etapa: Charlas de motivación a personal del Hospital y Colegios. Capacitación de monitores.

3ª Etapa: Formación de monitores de entre jóvenes de Quillota.

RECURSOS HUMANOS:

2 Enfermeras, 1 Tecnólogo Medico, 1 Asistente Social, 5 alumnos en práctica de Servicio Social de la Universidad de Valparaíso.

RESULTADOS:

- Se efectuaron 12 sesiones expositivas motivadoras, participaron 1.587 personas (jóvenes y adultos).
- 17 Talleres motivadores, con metodologías participativas para funcionarios del Hospital, personal de empresas que trabajan en Hospital y voluntariado.
- 30 Sesiones educativas con metodologías participativas para capacitar a monitores. Total 95 personas.

Se certificó un total de 75 monitores juveniles de SIDA.

CONCLUSIONES:

- Es posible trabajar coordinada y productivamente entre nivel Secundario, Primario, Comunidad y Sector Educación.
- Se comprueba la productividad de las metodologías participativas y de la educación de pares.
- La epidemia del SIDA es una situación de Emergencia universal, como tal requiere de enfrentamiento práctica realista y con eficacia a corto plazo.

La educación a la población es la única que tenemos...

Pero debe empezar hoy...

TITULO : COLECISTECTOMIA POR VIDEO LAPAROSCOPIA.
AUTORES : DR. M. ORTIZ C., DR. P. CAMUS J. (MED. CIRUJANOS).
INSTITUCION : SERVICIO CIRUGIA HSMQ.

Después de más de 100 años de Colectomías por laparatomía tradicional, la vía videolaparoscópica ha ganado su lugar en el tratamiento de la patología biliar en el mundo, realizándose por primera vez en Francia en 1987 y en Chile en Agosto de 1990.

El HSMQ como institución pública, realiza un gran esfuerzo para poner a disposición de la comunidad un equipo de Laparoscopia STORZ con doble monitor SONY. Además de accesorios como capnógrafo entre otros en Noviembre de 1992, todo adquirido con medios propios.

Se presentan los resultados preliminares de los primeros 12 casos sometidos a Cirugía videolaparoscópica de vesícula biliar.

- Crear un sistema que permita el acceso a los alimentos sin gluten difíciles de ubicar en el comercio de la zona.
- Facilitar la compra de alimentos a más bajo costo dada la situación de bajos ingresos económicos de la familia de estos pacientes.
- Comprometerlos en la tarea de educar y orientar al resto de la familia y comunidad sobre la enfermedad.

METODOLOGIAS APLICADAS

- Metodologías participativas con fines de conocimiento personal de cada miembro, animación, diagnóstico, entrega e intercambio de conocimiento y evaluación.
- Entrega de conocimientos en forma expositiva con apoyo audiovisual.
- Demostraciones y degustaciones de preparados alimenticios.
- Actividades recreativas y sociales.

RECURSOS HUMANOS

Médico Pediatra, Asistente Social, Nutricionista, Secretaria, orientación entregada por Coordinadora de COACEL.

DESCRIPCION

Actualmente existen 8 pacientes en Control en Consultorio. Se plantea la participación grupal del 100% de los padres de estos, con los cuales se fija reuniones cada 15 días. De la totalidad son 75% familias extrema pobreza, 25% bajos ingresos económicos.

RESULTADOS

Nº Total de sesiones: 12 (08-08-92 al 29-12-92).

Nº Asistencia: 96%.

LUGAR

Sala de Consejo Hospital, Box Consultorio de Especialidades, Terraza Jardín Infantil del Hospital.

TEMAS ENTREGADOS

- "Enfermedad Celíaca", intercambio de experiencias y sentimientos acerca de este problema de salud, actitud y responsabilidad familiar, tratamiento y manejo en el hogar, la alimentación del celíaco, elaboración de minutas para celíacos, elección y compra de alimentos adecuados, cuidado y protección del medio ambiente, motivación para la formación de huerto casero, orientación práctica sobre confección de horno casero, la mujer, familia y comunidad, orientación organizacional.

CONCLUSIONES

A partir de este Programa se inició la compra de maicena y chuño a través de la Sección Abastecimiento del Hospital con un ahorro para los pacientes del 256% (valor comercial de la Maicena \$ 920.- y por el Proyecto \$ 236.-).

- Existen alimentos sin gluten que no se encuentran en el comercio local (harina de arroz) para lo cual se está gestionando a nivel de CONIN dicha adquisición.
- Se apoyó económicamente a los padres de menos ingresos económicos, con una cuota de ayuda intrafamiliar por espacio de 3 meses.

POSTER JORNADAS QUILLOTA 1992

1. CUANTIFICACION DE METALES PESADOS EN LA INDUSTRIA DEL CEMENTO Y SU EVENTUAL RELACION CON MALFORMACIONES CONGENITAS
A. VIDALES M., I. GONZALEZ, M.E. FAJARDO, J. CHIANG.
2. DOSIS UNITARIA
B. MERCADO P.
3. CLINICAS SATELITES DE NEUROPEDIATRIA PROVIENCIA QUILLOTA-PETORCA
H. CAMERATTI V.
4. ESTUDIO DE DESECHOS HOSPITALARIOS
P. CABALLERO T.

TITULO : CUANTIFICACION DE METALES PESADOS EN LA INDUSTRIA DEL CEMENTO Y SU EVENTUAL RELACION CON MALFORMACIONES CONGENITAS
AUTOR : A. VIDALES M., I. GONZALEZ, M.E. FAJARDO, J. CHIANG

En 1982 se crearon en Calera las Clínicas Satélites de Genética, cuyos objetivos fueron asistenciales, docentes y de investigación, pudiendo constatarse una alta frecuencia de afecciones genéticas en la zona, especialmente defectos de cierre del tubo neural, planteándose la necesidad de realizar estudios futuros tendientes a identificar posibles causas ambientales. Entre Marzo y Noviembre de 1990 se realizó un estudio de cuantificación de metales pesados; Cadmio, Cobre, Mercurio, Talio y Zinc en polvo emitido durante el proceso de elaboración de cemento. Las muestras analizadas (total 56) fueron tomadas desde 3 puntos específicos de elaboración del cemento: 19 en Molino de Materias Primas (MP), 19 en Horno de Calcinación (HC) y 18 en Molino de Cemento (MC). El cobre detectado muestra una tendencia a aumentar la concentración en los 3 puntos de muestreo a partir de Junio. Zinc no presenta variaciones durante el tiempo de muestreo (HC mediana 49.40 ppm, MC 29.42 ppm, MP 44.83 ppm); Talio presenta diferencias en los 3 puntos de muestreo siendo el HC donde se encuentran los niveles más altos (437.12 ppm); Mercurio se encuentra en concentraciones más bajas (HC mediana de 4.71 ppm); Cadmio no fue detectado. A partir de los datos obtenidos se puede concluir que la industria de cemento es una fuente de emisión de metales pesados. Se plantea la necesidad de determinar concentraciones urinaria de Talio en los trabajadores y población cercana, un estudio anatomoclínico, genético y de determinaciones de metales pesados en mortinatos.

TITULO : DOSIS UNITARIA
AUTOR : B. MERCADO P. (Q.F.)
INSTITUCION : SECCION FARMACIA HSMQ.

OBJETIVOS

- Minimizar errores en el despacho de los medicamentos.
- Contribuir a economizar en el gasto de Farmacia, a través de un uso racionalizado de medicamentos que elimine progresivamente el stock de cada servicio.
- Redistribuir las funciones del personal Auxiliar de Farmacia y Servicios Clínicos, de forma que cada uno cumpla con sus tareas específicas.

METODOLOGIA APLICADA:

- 1.- FRACCIONAMIENTO Y EVASE
 - Los medicamentos se fraccionan, envasan y rotulan a fin de entregar a cada paciente dosis unitarias en forma diaria.

2. - DESPACHO

- Los despachos se efectúan en carros que tienen casilleros individuales por cama. Estos carros son manejados por personal de Farmacia, quien retira los carros conteniendo las recetas del día y entrega posteriormente los medicamentos y las recetas en el mismo carro.
- La salida y entrada de cada carro ocurre en horario fijo y propio de cada servicio, el cuál se ha compatibilizado con los horarios de administración de medicamentos del servicio.
- El Químico Farmacéutico supervisa el despacho de los carros y en el caso de Pediatría realiza el perfil Farmacológico de los pacientes.
- En el Servicio, personal autorizado revisa el contenido del carro, para evitar faltas o errores y mantiene los medicamentos en el carro hasta el momento de ser administrados. De este modo, lo que no se usa, es retirado del carro por Farmacia y contabilizado como devolución.

SERVICIOS INVOLUCRADOS A LA FECHA

- Pediatría (Octubre 1991).
- Medicina (Noviembre 1991).
- Cirugía (Diciembre 1991).
- Maternidad no fue incorporada inicialmente al servicio, debido a la irregularidad en sus horarios y en la permanencia de sus pacientes.

AHORRO

- El ahorro estable sólo por concepto de devoluciones es de un 3% mensual por servicio. Esto equivale a unos \$ 50.000. - aproximadamente. El ahorro que se produce por el despacho correcto y por la estimización del tratamiento (se evitan errores, faltas o atrasos en la administración de los medicamentos) no puede contabilizarse.

CONCLUSIONES

- El Establecimiento de un sistema de dispensación de medicamentos en forma unitaria, nos permite contribuir a una mejor atención del paciente hospitalizado.
- Aún considerando que el costo inicial para implementar este sistema fue elevado, en un plazo razonable la inversión se ha recuperado y continuará en el futuro constituyendo fuente de ahorro.
- El buen funcionamiento obtenido hace proyectar su uso en otras Unidades del Hospital, como por ejemplo en Esterilización, en que un despacho diario por paciente contribuiría a una eficiente utilización de los recursos.

TITULO : CLINICAS SATELITES DE NEUROPEDIATRIA PROVINCIA QUILLOTA PETORCA.
AUTOR : DR. H. CAMERATTI V. (NEUROLOGO INFANTIL).
INSTITUCION : UNIDAD DE NEUROPEDIATRIA HSMQ.

La O.M.S. en su meta "Salud para todos el año 2.000" plantea que la principal estrategia para su logro es la Atención Primaria, y que sus Desafíos, superada la Cobertura, son la Equidad, Accesibilidad y Calidad. Señala que el acceso a Recursos y Tecnología no asegura resultados y que las estrategias a desarrollar, deben haber sido probadas y evaluadas. Las Clínicas Satélites cumplen lo señalado.

El HSMQ, Centro Hospitalario de 259 camas, referencia de 5 Hospitales Periféricos, cubre un territorio de 6.266 Km.2 con una Población Asignada de 285.000 Hbtes., el 30% corresponde a menores de 15 años. Esta Población presenta importantes índices de pobreza, ruralidad y difícil acceso a una Atención Integral en Salud, y más aún a una Atención Especializada.

Desde Enero de 1991 se organizan 5 Equipos Multiprofesionales (Médico, Enfermera, Asistente Social, Kinesiólogo, Profesor Escuela General Básica) de cada Hospital Periférico; iniciándose una Capacitación Continua quincenal en Neurología Infantil que se realiza en el HSMQ. Simultáneamente se inician Clínicas Satélites, realizadas por el Especialista en sus respectivos lugares de trabajo.

OBJETIVOS.

- Asesoría directa del especialista a los equipos.
- Mejorar la actitud, enfrentamiento y resoluntividad de los pacientes con trastornos neurológicos.
- Apoyar el desarrollo de nuevas estrategias de solución a problemas, mediante una coordinación intra e intersectorial.

ACTIVIDADES

- Auditoría de Interconsultas en el nivel local.
- Evaluación conjunta de pacientes seleccionados por el Equipo local.
- Evaluación de actividades desarrolladas a nivel local, especialmente de Prevención Primaria en la Comunidad.

A Noviembre de 1992 se han realizado alrededor de 70 Clínicas Satélites, evaluándose más de 250 pacientes y se han realizado más de 40 Reuniones Clínicas y de Capacitación desarrolladas por los propios equipos.

CONCLUSIONES

- 1.- Los equipos cuentan hoy con actividades, tareas y acciones programadas que aseguran la estrategia en el área.
- 2.- La Resoluntividad de los equipos de A.P. se acerca al 85%.
- 3.- El compromiso y entusiasmo en la tarea asumida es de alto grado.
- 4.- La integración del Nivel Secundario y Primario logrado en las Clínicas Satélites puede ser uno de los instrumentos al alcance de nuestros países para enfrentar los desafíos y tareas por cumplir.

TITULO : ESTUDIO DE DESECHOS HOSPITALARIOS
 AUTOR : P. CABALLERO T. (ING. MECANICO)
 INSTITUCION : SERVICIOS GENERALES HSMQ.

Uno de los grandes problemas sin resolver en un Establecimiento Hospitalario son los desechos, y considerando que en América Latina se producen 200 toneladas diarias, se planteó la necesidad de realizar un estudio prospectivo con el el objeto de medir la real magnitud de los desechos hospitalarios y que tipos de desechos se producen.

Para cumplir el objetivo se clasificaron desechos en 4 grandes grupos: I Médicos/Quirúrgicos, II Comunes, III Biológicos, IV Alimenticios, asignando a cada grupo un color para diferenciarlos:

- MEDICOS/QUIRURGICOS	Bolsas Amarillas.
- COMUNES	Bolsas Negras.
- BIOLOGICOS	Bolsas Rojas.
- ALIMENTICIOS	Bolsas Negras.

Durante cuatro semanas se realizó un pesaje de cada grupo:

- MEDICOS/QUIRURGICOS	842	Kg.
- COMUNES	7.152,5	Kg.
- BIOLOGICOS	1.205,6	Kg.
- ALIMENTICIOS	29,5	Kg.

RESULTADOS:

Este estudio permitió determinar que la cantidad de desechos producidos por el Hospital es de 437 Kg./ día, expresado en otros términos 1,7 Kg./día cama.

Al clasificar y agrupar los desechos en diferentes categorías ha permitido motivar a la comunidad hospitalaria en el reciclaje de papeles, cartones y plásticos, disminuyendo el volumen de desechos en aproximadamente un 40%.

Por último este estudio puso de manifiesto la necesidad de construir a futuro un lugar apropiado para los desechos.

JORNADAS ENFERMERIA QUILLOTA 1992

1. ATENCION DE ENFERMERIA EN PACIENTES OPERADOS POR CANCER GASTRICO
J. Larrondo O., G. Rivas G., M. Vergara B., J. Fernández
2. VARIACION DE LA TEMPERATURA CORPORAL DE LOS PACIENTES SOMETIDOS A CIRUGIA EN PABELLONES
C. Mella R., L. Cortés A.
3. LA PARTICIPACION DEL PROFESIONAL DE ENFERMERIA EN EL PROCEDIMIENTO ENDOSCOPICO POR VIA DIGESTIVA ALTA
A. Villegas C.
4. PROGRAMA SALUD ESCOLAR
P. Aránguiz C.
5. ENFOQUE ACTUAL DE LA HOSPITALIZACION EN PEDIATRIA
K. Rodríguez F., C. González F.
6. MODULO DE INSTRUCCION DE LA HISTORIA NATURAL DE LA TUBERCULOSIS
A. Berrueta B.

TITULO : ATENCION DE ENFERMERIA EN PACIENTES OPERADOS POR CANCER GASTRICO.
AUTOR : J. LARRONDO O., G. RIVAS G., M. VERGARA B., J. FERNÁNDEZ
INSTITUCIONES : SERVICIO DE CIRUGIA HSMQ.

Aunque el Cáncer Gástrico en Chile está disminuyendo, pero siendo la provincia de Quillota uno de los sectores de más alto riesgo de esta patología, Enfermería profesional del Servicio de Cirugía ha querido enfocar el tema relacionado con Ca. Gástrico cuyo estudio y decisión final desencadena a la intervención quirúrgica con indicación gastrectomía total ampliada.

El tema tiene como objetivo principal presentar la acción de enfermería hacia la atención integral (biológico-psicosocial y cultural) del paciente gastrectomizado en sus etapas pre y post operatorias.

Se señala especialmente el valor al: trabajo en equipo, la participación del paciente, de la familia y la confección de un plan educativo para su adaptación al medio natural, según sus condiciones y posibilidades.

TITULO : VARIACION DE LA TEMPERATURA CORPORAL DE LOS PACIENTES SOMETIDOS A CIRUGIA EN PABELLONES.
AUTORES : C. MELLA R., L. CORTES A., (E.U.)
INSTITUCION : UNIDAD DE PABELLON, HSMQ.

Este trabajo de investigación surgió frente a la observación de que en el post-operatorio inmediato los pacientes llegaban helados, pálidos, con calofríos. Se consideró necesario conocer los factores ambientales y humanos que inciden en el enfriamiento que sufren los pacientes sometidos a cirugía en pabellones HSMQ.

METODO:

Se efectuó un estudio de cohorte entre abril-junio/92. Se sometió a estudio al 13% del total de los pacientes operados de cirugía mayor con anestesia general del primer semestre del 92. Se tomó como parámetros normales de temperatura los rangos entre 36-36.9 y subnormales de 35.9 hacia abajo.

Entre los patrones que se midieron están: temperatura ingreso de los pacientes a pabellón y unidad anestesia, temperatura ambiental de pabellones y unidad de anestesia, temperatura egreso a sala, signos de hipotermia (palidez, piel fría, cianosis, calofríos).

RESULTADO:

Fueron evaluados 60 pacientes operados de cirugía mayor con anestesia general, entre 17 y 77 años, entre abril-junio/92.

El mayor porcentaje de pacientes sometidos a estudio correspondió a la edad de 41-50 años, sexo femenino. La media fue de 47 años.

El 58% de los pacientes ingresaron con To. normal.

El 92% de los pacientes operados presentaron To. subnormales, un 35% baja a menos de 35 C.

El 76% de los pacientes operados que presentaron To. subnormales, presentan activación de los mecanismos para incrementar el calor corporal.

Un 62% de los pacientes operados egresa a sala con temperatura normal.

No se observan alteraciones en los parámetros hemodinámicos.

CONCLUSIONES:

Hay múltiples factores que influyen en el descenso de la temperatura corporal de los pacientes operados entre otras infusiones frías, escaso vestuario, cirugía abierta y factores ambientales como no mantener una T° ambiental uniforme en las diferentes dependencias de la Unidad.

TITULO : LA PARTICIPACION DEL PROFESIONAL DE ENFERMERIA EN EL PROCEDIMIENTO ENDOSCOPICO POR VIA DIGESTIVA ALTA.
AUTOR : A. VILLEGAS C. (E.U).
INSTITUCION : UNIDAD PROCEDIMIENTOS MEDICOS HSMQ.

En el correr del tiempo estamos viviendo cambios fundamentales en las técnicas de Enfermería, las que deben adaptarse al fantástico aumento de la tecnología en lo referente a instrumentos de diagnóstico, como es el caso del Panendoscopio.

Si tomamos en cuenta las Endoscopías altas efectuadas entre marzo de 1988 y Octubre de 1992, en la Unidad de procedimientos Médicos las que totalizaron 4.479, de las cuales resultaron hallazgos patológicos a Cáncer; Esofágico 51, Gástricos 156 y Duodenales 3, y que dicha patología constituye el 15% de la mortalidad a nivel nacional, justificamos plenamente el contar con una unidad de Endoscopia alta y por ende con un equipo humano capacitado y con la suficiente disposición anímica para la ejecución y colaboración antes, durante y después del procedimiento.

Para la ejecución de nuestro trabajo utilizamos el método de Enfermería, aplicando los pasos ya conocidos en lo que dice formulación del diagnóstico de Enfermería, objetivos, plan de atención y ejecución del mismo, dirigido al paciente como unidad prioritaria, al familiar y/o acompañante, al equipo y material y al personal como unidad de colaboración para completar el círculo integrado de trabajo en equipo.

CONCLUSIÓN:

La participación de Enfermería profesional en los procedimientos con instrumentos de alta tecnología, hace que este profesional deba estar actualizado en sus conocimientos de uso de este instrumental y adaptar las técnicas de Enfermería, para entregar una atención de calidad al paciente, familia, personal, ser el elemento de coordinación intra y extra establecimiento hospitalario, y constituirse en el motor impulsor de cambios en la búsqueda de la mejora de la calidad de atención de Enfermería.

TITULO : PROGRAMA SALUD ESCOLAR
AUTOR : P. ARANGUIZ C. (E.U.)
INSTITUCION : JUNAEB HSMQ.

El Programa de Salud Escolar, es un proyecto a nivel nacional financiado por el Banco Mundial y administrado por la Junta Nacional de Auxilio Escolar y Becas (JUNAEB). Está dirigido a los escolares de

1º Básico de todos los Colegios municipalizados y municipales subvencionados, que presenten alteraciones visuales, auditivas y/o traumatológicas. Este programa funcionará en interforma ininterrumpida durante 4 años. Los escolares previamente seleccionados por los Profesores adiestrados, son vistos por un Equipo multiprofesional: (Otorrinolaringólogo, Oftalmólogo, Traumatólogo, Tecnólogo Médico en Oftalmología y Rayos, Fonoaudióloga y 2 Auxiliares de Enfermería) entregándoles una solución real y efectiva de las patologías diagnosticadas, ya sea con lentes, plantillas, audífonos, intervención quirúrgica u otros.

El programa de las provincias de Quillota y Petorca (población escolar de 1º Básico total= 5.538 niños) se realizó en el HSMQ supervisado por la Subdirección Médica y coordinado por una Enfermera Universitaria contratada especialmente para estas funciones (SRA. P. A.). La totalidad de las acciones realizadas (radiografía, test cutáneo, intervenciones quirúrgicas) se realizaron en el HSMQ. Sólo los lentes y las plantillas fueron adquiridas a particulares por un convenio.

El programa se inició en Julio y hasta el 10 de Noviembre la cobertura ha sido la siguiente:

OTORRINO	:	345 casos detectados
		328 vistos
		95%
ORTOPEDIA	:	971 casos detectados
		843 vistos
		87%
OFTALMOLOGIA	:	612 casos detectados
		512 vistos
		84%

Los resultados obtenidos hasta la fecha nos permiten concluir:

Es posible realizar este tipo de programas en que se aúnen la infraestructura y algunos recursos humanos e insumos del HSMQ con los recursos aportados por la JUNAEB.

-Este programa ha permitido dar una atención especializada a un sector de la población que había permanecido marginado por problemas geográficos y económicos.

TITULO : ENFOQUE ACTUAL DE LA HOSPITALIZACION EN PEDIATRIA.
AUTOR : K. RODRIGUEZ F., C. GONZALEZ F. (E.U.)
INSTITUCION : SERVICIO PEDIATRIA HSMQ.

Durante la última década la Pediatría ha ido otorgando cada vez, mayor importancia a los aspectos psicosociales del niño hospitalizado, y al impacto emocional que la hospitalización causa tanto al niño como a sus padres, disminuyendo de este modo consecuencias negativas posteriores.

MATERIAL Y METODO:

Se presenta experiencia desarrollada durante 1992, por las Enfermeras del Servicio de Pediatría del HSMQ, quienes han pretendido incorporar cada vez más en su quehacer profesional, la concepción moderna de atención del niño hospitalizado.

Se realiza:

1º Encuesta: de opinión a los padres de menores hospitalizados cuyos hallazgos más importantes fueron:
a) Solicitud de contacto con el hijo con un 96%. b) La preferencia por un horario flexible de visita con un 76%.

2º Encuesta: a los menores hospitalizados, determinándose que: a) Sus principales temores son a los procedimientos y a la soledad con un 30 y 20%. b) El 40% de los menores hospitalizados se aburren. c) El 60% no comprende porque está en el Hospital. d) El 88% señala que su visita preferida es la mamá y/o el papá.

Una vez hecho el diagnóstico de nuestra realidad se ejecutan las siguientes acciones: 1.- Experiencia educativa con el personal Auxiliar de Enfermería, para enfrentar la problemática del niño hospitalizado. 2.- Modificaciones en el ambiente físico. 3.- Modificaciones en el sistema de visitas por uno con horario flexible y que permite la entrada a las salas y el contacto directo de padres e hijos. 4.- Autorizaciones

especiales para niños con hospitalizaciones prolongadas, lactancia materna, con daño neurológico y otros.
5.- Participación de un grupo de adolescentes voluntarios, en la organización de actividades recreativas durante las tardes de 16:00 -18:00 Hrs.

Para demostrar que el hecho de haber aumentado la circulación de personas en las salas de hospitalización, no han significado un deterioro en nuestra calidad técnica, se presentan tasas de infecciones intrahospitalarias por mes durante 1992, las cuales se han mantenido e incluso descendido durante el 2º semestre, etapa en que se han llevado a cabo estas modificaciones.

CONCLUSIONES:

Considerando que la hospitalización puede ser causa de secuelas emocionales y/o conductuales en el niño, debemos experimentar un cambio en nuestra mentalidad, valorizando sus necesidades emocionales, procurándole tiempo afecto, de tal manera que esta experiencia se transforme en algo positivo que lo ayudará a crecer.

TITULO : MODULO DE INSTRUCCION DE LA HISTORIA NATURAL DE LA TUBERCULOSIS.
AUTOR : A. BERRUETA B. (E.U.)
INSTITUCION : SERVICIO MEDICINA HOSPITAL SAN MARTIN QUILLOTA (HSMQ).

Se trata de un Módulo audiovisual de instrucción ameno y sencillo, que sin perder el rigor científico, es capaz de dar a conocer en forma ágil y dinámica, la historia natural de la Tuberculosis, señalando las características de Bacilo de Klock, la forma que ataca al organismo, la manera que éste se defiende, los medios de diagnóstico empleados para pesquisar la enfermedad y el porque se usan drogas combinadas en el tratamiento.

En la parte final, se expone una relación de la morbi-mortalidad a través de las 13 regiones del país, y un breve análisis a nivel local Viña-Quillota en relación al resto de Chile y comunas entre sí, terminando con un llamado a colaborar en la erradicación de la enfermedad.