

Desde hace unos años, el Hospital Clínico Universidad de Chile a través de su Dirección de Calidad ha establecido un espacio de desarrollo y enriquecimiento institucional de sus prácticas, enfocado en contribuir a la formación de una cultura de calidad y seguridad de los pacientes que permita alinear éstas en todos los niveles del quehacer de su Institución.

Es por esto que se ha establecido como una de las estrategias de difusión, ampliación y profundización de los temas de seguridad y calidad institucional, la realización de las Jornadas de Calidad HCUCH. En ellas se presentan trabajos que corresponden a iniciativas locales que tuvieron como objetivo la obtención de mejores resultados en la atención de los pacientes. A continuación compartimos una selección de los trabajos presentados en su versión 2018.

Abstracts Jornadas Calidad 2018

EVALUACIÓN DE REGLAS DE TAMIZAJE PARA REVISIÓN MANUAL DE FROTIS SANGUÍNEO SEGÚN RESULTADO DE CONTADOR HEMATOLÓGICO.

GUAJARDO M, NAVEAS P, VIAL MJ, SILVA F, MUÑOZ MP, SANTIBÁÑEZ A, COSTA A, ROJAS R, MUÑOZ MG
SERVICIO LABORATORIO CLÍNICO

Introducción: Los laboratorios clínicos han incorporado analizadores hematológicos automatizados que entregan recuentos fiables e información cualitativa relevante^(1,2). Sin embargo, la revisión del frotis de sangre periférica (FSP) sigue siendo necesaria para identificar alteraciones que podrían no identificarse por estos métodos. Esto requiere tiempo y competencia para minimizar errores inherentes a la subjetividad⁽³⁾. La Sociedad Internacional de Hematología de Laboratorio (ISLH) recomendó la revisión del FSP, considerando un conjunto reglas, evitando realizar FSP al total de hemogramas⁽⁴⁾. La Unidad de Hematología del Laboratorio Clínico del HCUCH revisa el 100% de los FSP. Objetivo: Evaluar y comparar el desempeño de las reglas de tamizaje que conducen a revisión manual de FSP propuestas por ISLH con reglas propuestas por la Unidad de Hematología del HCUCH. Material Y Método: Se incluyeron muestras de pacientes mayores de 18 años del Servicio de Toma de Muestras. Cada muestra se sometió a evaluación con ambos conjuntos de reglas y se compararon hallazgos al FSP. Se consideró hallazgo positivo al FSP la presencia de alteraciones cualitativas y cuantitativas relevantes, definidas localmente. El FSP se consideró gold estándar. Resultados: Se analizaron 250 muestras; 13,2% fueron positivas para revisión del FSP. Para las reglas propuestas por ISLH, 91,6% calificaron para validarse sin revisión de FSP. Hubo 9,6% de falsos negativos (FN). La sensibilidad y especificidad fue de 27,3% y 94,5%, respectivamente. Para aquellas propuestas por HCUCH 44% calificaron para validarse sin revisión del FSP. Hubo 2% FN. La sensibilidad y especificidad fue de 84,8% y 48,4%, respectivamente. Se encontraron diferencias significativas en sensibilidad, especificidad y FN ($p < 0.01$). Discusión Y Conclusiones: Ambos conjuntos de reglas de tamizaje logran disminuir el número de FSP necesarios; sin embargo, las reglas propuestas por HCUCH permiten hacerlo con menor número de FN y mayor sensibilidad, permitiendo mantener la validez del hemograma. Referencias: 1. Torrens M. Interpretación Clínica del Hemograma. Rev Med Clin Condes. 2015;26(6):713-725. 2. Buoro S, Mecca T, Seghezzi M, Manenti B, Azzarà G, Ottomano C, et al. Validation rules for blood smear revision after automated hematological testing using Mindray CAL-8000. J Clin Lab Anal. 2017;31(4):e22067. 3. Pratumvinit B, Wongkrajang P, Reesukumal K, Klinbua C and Niamjoy P. Validation and optimization of criteria for manual smear review following automated blood cell analysis in a large university hospital. Arch Pathol Lab Med. 2013;137(3):408-414. 4. Barnes PW, McFadden SL, Machin SJ, Simson E. The international consensus group for hematology review: suggested criteria for action following automated CBC and WBC differential analysis. Laboratory hematology: official publication of the International Society for Laboratory Hematology. 2005;11(2):83-90.

TIEMPOS DE ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS EN PACIENTES QUE CONSULTARON EN EL SERVICIO DE URGENCIA ADULTOS DEL HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSIDAD DE CHILE DURANTE EL AÑO 2017

CORANTE M.
SERVICIO DE URGENCIA

Introducción: La prescripción de medicamentos tiene un rol fundamental, ya que concreta la acción de salud después de un diagnóstico y evaluación, entregando las medidas farmacológicas acordes a las necesidades del paciente⁽¹⁾. Dada las características clínicas de los pacientes atendidos en los Servicios de Urgencia (SU), la administración de medicamentos es frecuente, convirtiéndose en parte fundamental del proceso de recuperación de la salud. En este contexto la administración en un tiempo oportuno de los medicamentos indicados es responsabilidad exclusiva del profesional de Enfermería, si bien en su concreción participan diversos actores. Por estos motivos, resulta imprescindible conocer la realidad de los tiempos de administración de medicamentos en los servicios de urgencia. Objetivo: Conocer los tiempos de administración de medicamentos en pacientes que consultan en Servicio de Urgencias Adulto (SUA) del Hospital Clínico de la Universidad de Chile (HCUCH) durante el año 2017. MATERIAL Y MÉTODO: Estudio descriptivo observacional. Se extraen datos de Ficha Clínica Electrónica (FCE) y genera planilla Excel consignando: paciente, fecha de atención, horario de prescripción y horario de administración de medicamentos en SUA HCUCH durante el año 2017. Resultados: Se incluyeron la totalidad de las indicaciones de medicamentos generadas en SUA durante el año 2017 (54.665 registros). En un 56,7% fueron concretadas antes de 30 minutos, en tanto que el 21,9% se ejecutó entre los 31 y 60 minutos. El 21,4% restante presenta registro en tiempo posterior a los 60 minutos. Discusión Y Conclusiones: Para el periodo evaluado, un 56,7% de los medicamentos fueron administrados antes de 30 minutos desde el momento de su indicación en FCE, lo cual tiene encaja en las recomendaciones de administración de medicamentos, que sugieren rangos de demora no superior a este. El porcentaje restante (43,3%) que presenta un registro posterior, obedece a múltiples factores atribuibles a las dinámicas propias de los SU⁽²⁾. Actualmente el SUA HCUCH está implementando una plataforma de monitoreo para informar en tiempo real tiempos de indicación de medicamentos, que representa una herramienta práctica para el profesional de Enfermería a cargo de la administración de éstos. Referencias: 1. Ramos G, Olivares G. Guía para las buenas prácticas de prescripción: Metodología para la prescripción racional de medicamentos [Internet] Santiago: Ministerio de Salud de Chile; 2010 [citado 25 jun 2018]. Disponible en: http://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2015/09/2CD_GUIA-PARA-LAS-BUENAS.pdf 2. Machado de Azevedo Filho, F. et al. Administración de medicamentos: conocimiento de los enfermeros del sector de urgencia y emergencia. *Enferm. glob.* [online]. 2012, vol.11, n.26 [citado 2018-06-25]. pp.54-69.

TIEMPO EN RANGO TERAPÉUTICO DE PACIENTES EN TRATAMIENTO ANTICOAGULANTE ORAL DEL SERVICIO LABORATORIO CLÍNICO

VIAL M, RAMÍREZ C, NAVEAS P, GUAJARDO M, MUÑOZ MG, SILVA F.
SERVICIO LABORATORIO CLÍNICO

Introducción: La trombosis subyace distintas condiciones médicas que causan 25% de muertes mundialmente⁽¹⁾. Los anticoagulantes orales se utilizan para prevenir y tratar las enfermedades tromboembólicas y entre éstos, se encuentran los antagonistas de la vitamina K (AVK)^(2,3). La coagulación debe ser monitorizada periódicamente, porque un control subóptimo aumenta el riesgo de complicaciones tromboembólicas y hemorrágicas. No existen datos actuales que evalúen el resultado del manejo del TACO en el HCUCH. Objetivo: Determinar el porcentaje de controles en rango terapéutico con antagonistas de vitamina K en pacientes que acuden al policlínico TACO del HCUCH. MATERIAL Y Método: Se seleccionaron fichas correspondientes a 370 pacientes desde la base de datos del sistema TACO, con un mínimo de 8 controles e INR terapéutico objetivo entre 2-3, atendidos entre el 28 de diciembre de 2016 y el 28 de diciembre de 2017. Con estos datos se calculó el tiempo en rango terapéutico (TRT) por método de Rosendaal y directo, se caracterizó demográficamente la población y se comparó el control obtenido con los distintos AVK. Resultados: El promedio de edad de la población incluida fue 71,3 años, predominando el sexo femenino (53%). El AVK más utilizado fue acenocumarol (85%). El TRT promedio fue 54% por método de Rosendaal y 47% por método directo. Al comparar los resultados obtenidos para warfarina y acenocumarol, presentaron TRT por método de Rosendaal promedio de 61% y 53%, respectivamente. La indicación más frecuente de inicio de TACO fue fibrilación/flutter auricular. Discusión Y Conclusiones: Los pacientes en TACO con AVK mantienen un rango terapéutico sub-óptimo según las recomendaciones internacionales durante el periodo evaluado. Posiblemente porque la población estudiada presenta alto número de comorbilidades, hábitos dietéticos desfavorables y polifarmacia. Es necesario identificar predictores de mal control para detectar pacientes en que requieran una vigilancia más estricta del control. Referencias: 1. ISTH Steering Committee for World Thrombosis Day. Thrombosis: a major contributor to the global disease burden. *J Thromb Haemost.* 2014;(12):1580–90. 2. Barnes GD, Ageno W, Ansell J, Kaatz S, for the Subcommittee on the control of Anticoagulation. Recommendation on the nomenclature for oral anticoagulants: communication from the SSC of the ISTH. *J Thromb Haemost.* 2015;(13):1154–64. 3. Durán C, Rodríguez C, Tato F, Alonso N, Lado FL. Anticoagulación oral. *An Med Interna.* 2003;(20):377-384.

SUPERVISIÓN DE LA ADMINISTRACIÓN DE ANTIBIOPROFILAXIS EN COLECISTECTOMÍA LAPAROSCÓPICA EN UN HOSPITAL DE CHILE

GARCÍA V, NAVEAS P, RAMÍREZ C, JEMENAO M, PIZARRO H, GUAJARDO M, VIAL M.
SERVICIO LABORATORIO CLÍNICO

Introducción: Las infecciones de sitio quirúrgico (ISQ) son causa importante de morbilidad, hospitalización prolongada y aumento de costos en atención^(1,2). En Chile, las ISQ corresponden a la tercera IAAS más frecuente. Una de las estrategias con eficacia probada para reducir el riesgo de ISQ es la administración de antibioprofilaxis⁽³⁾. En el HCUCH, no se dispone de datos recientes acerca del cumplimiento de antibioprofilaxis quirúrgica, incluyendo colecistectomía por vía laparoscópica. Objetivo: Desarrollar un programa de supervisión para la evaluación de la administración de antibioprofilaxis en colecistectomía por vía laparoscópica en HCUCH. Material Y Método: Auditoría de fichas clínicas de corte transversal. Se incluyeron datos de pacientes sometidos a colecistectomía por vía laparoscópica en HCUCH, entre el 01 y 31 de mayo de 2018, excluyendo aquellos que estaban recibiendo tratamiento antibiótico al momento de la cirugía. Se seleccionaron aleatoriamente 30 fichas clínicas, a las cuales se les aplicó una pauta de supervisión diseñada a partir de la normativa local vigente. Resultados: El porcentaje de cumplimiento total de la normativa en profilaxis antibiótica en colecistectomía por vía laparoscópica en HCUCH en mayo de 2018 fue de 30%. El cumplimiento de fármaco, dosis administrada y tiempo de administración previo a la intervención fue de 100%, 100% y 30%, respectivamente. Discusión Y Conclusiones: Se observó un cumplimiento óptimo de dosis y fármaco administrado, pero no así del tiempo de administración. Esto último tiene impacto en la efectividad de la antibioprofilaxis, dado que el momento en el que se administra el antimicrobiano es preponderante para alcanzar la concentración inhibitoria mínima que actúe sobre los microorganismos asociados al procedimiento quirúrgico. Es importante dilucidar las posibles causas de estos resultados para realizar un plan de intervención. Además, se debería ampliar el estudio a otras cirugías para mejorar la prevención y control de las IAAS. Referencias: 1. National Healthcare Safety Network, Centers for Disease Control and Prevention. Surgical site infection (SSI) event. Disponible en: https://www.cdc.gov/nhsn/pdfs/pscmanual/pscmanual_current.pdf. 2. Gómez-Romero F, Fernández-Prada M, Navarro-Gracia J. Prevención de la infección de sitio quirúrgico: análisis y revisión narrativa de las guías de práctica clínica. *Cir Esp* 2017;95(9):490-502. 3. Berríos-Torres S, Umscheid C, Bratzler D, Leas B, Stone E, Kelz R, et al. Centers for Disease Control and Prevention Guideline for the Prevention of Surgical Site Infection, 2017. *JAMA Surg*. 2017;152(8):784-791.

PREVALENCIA DE ÚLCERAS POR PRESIÓN DE PACIENTES QUE CONSULTAN EN UN SERVICIO DE URGENCIA DE UN HOSPITAL CLÍNICO

RETAMAL A, VILLARROEL T
CENTRO DE CONSULTAS Y TRATAMIENTO

Introducción: Las úlceras por presión (UPP) son consideradas una epidemia pese a los esfuerzos de los equipos de enfermería⁽¹⁾. La prevalencia en los Servicios de Urgencia (SU) es escasamente conocida^(2,3) La falta de estudios se asocia al colapso de estos servicios que han puesto la atención en otros temas. El riesgo de desarrollar UPP en los pacientes en los SU aumenta por la mayor estadía en box, influenciado entre otras causas por la mayor esperanza de vida, baja disponibilidad de camas críticas y alta gravedad de los cuadros⁽⁴⁾. Objetivo: Describir la prevalencia de UPP en pacientes que consultan al SU y determinar la necesidad de incorporar medidas de prevención/manejo precoz de lesiones. Metodología: Estudio descriptivo prospectivo de prevalencia. Periodo 2016-2017 Se realiza programa de intervención a 100% de personal que incluye: notificación, registro y utilización de instrumento de Enfermería. Se elabora base de datos Análisis en programa Excel. Resultados: La prevalencia total de lesiones fue de 277/ 12 meses. Distribución según origen 37,9% (106) en SU y 62 % (173) en domicilio. Un 22,5% (39) fue notificado a Comité HCUCH. Ubicación lesiones; sacra 55,1% (154), talones 21,1% (59), glúteo 5,7% (16), trocánterea 5% (14) y otros 12,9 % (36). Las lesiones generadas desde domicilio según estadio es 50% (139), 31% (86), 18,7% (52) para GI, II y III-IV respectivamente. La tasa de lesiones generadas en SU fue 3.8 y en domicilio 10,01 /1000 consultas. Se implementa stock de insumos (apósitos bioactivos, colchones, espumas, otros) para manejo precoz de estos pacientes desde SU. Conclusiones: La notificación oportuna permitió conocer la magnitud del problema e intervenir, identificando el origen y procedencia de las lesiones siendo no siempre atribuibles a la atención hospitalaria. Además se logra implementar un programa formal de pesquisa, prevención y manejo de lesiones precozmente. Referencias: 1. Úlceras-por-presión-MINSAL pdf. 2. Guerrero Miralles M. Úlceras por presión: un problema potencial en los servicios de urgencias colapsados. *Gerokomos* 2008; 19: 99-106. Stop Them At The Door; Should Pressure Ulcer Prevention Protocols Be Initiated In The Emergency Department? 2414. 3. Denby, Abby S. BSN, RN. *Journal of Wound Ostomy & Continence Nursing*: May-June 2008 - Volume 35 - Issue 3 - p S62. 4. Eduardo Tobar A. Andrea Retamal R. Nicolás Garrido. Elementos de gestión para un Servicio de Urgencia de un hospital universitario. *Revista Hospital Clínico Universidad de Chile* 2014;25:189-200

SUPERVISIÓN DE PRECAUCIONES ESTÁNDARES EN LABORATORIO CENTRAL DEL HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSIDAD DE CHILE (HCUCH)

BOHLE C, TORRES P, JEMENAO M, PIZARRO H, GUAJARDO M, VIAL M.
LABORATORIO CENTRAL, HCUCH

Introducción: Las IAAS constituyen una importante causa de morbilidad, pudiendo afectar tanto a pacientes como a funcionarios. Existe un riesgo constante de adquirir una infección en el laboratorio, debido a la posibilidad de accidentes (derrames, salpicaduras, etc) con fluidos de riesgo. Objetivo: Medir el cumplimiento de las Precauciones Estándar (PE) en el Laboratorio Central del HCUCH en

las unidades de: Química Clínica, Hematología y Microbiología, y comparar con la evaluación previa realizada el año 2014. Materiales y métodos: Se aplicó la pauta de PE del HCUCH modificada de acuerdo a la realidad del laboratorio, en las áreas antes mencionadas. Resultados: De un total de 30 encuestas aplicadas, 10 en cada área, se obtuvo un cumplimiento total por área de: 90% para Bioquímica, 62% en Hematología y 86 % para microbiología. Del total de ítems evaluados el de menor cumplimiento en las 3 áreas corresponde al lavado de mano con un 46.6%, siguiéndole el uso de Elementos de Protección Personal (EPP), el cual obtuvo un cumplimiento de 0% para el área de Hematología. Estas fueron las variables con peor rendimiento. Con respecto al año 2014 se observó una leve alza de cumplimiento en Microbiología, con descenso en las otras 2 unidades. Discusiones y conclusiones: El bajo cumplimiento de las PE, principalmente en el área de Hematología puede explicarse por un cambio en la normativa vigente desde el año 2016. Por otro lado el ítem de lavado de manos sigue siendo uno de los peores evaluados. Es por esto, que es necesario un programa de inducción, actualización y supervisión respecto al cumplimiento de las PE, para evaluar de forma sistemática el cumplimiento de éstas, incentivar la adherencia y detectar oportunamente cualquier desviación de la norma. Igualmente es importante tener una infraestructura acorde que favorezca la adherencia. Referencias: David L. Sewell. Laboratory-Associated Infections and Biosafety. *Clinical Microbiology Reviews* 1995, (Citado en Julio 2018);8(3):390-391. Adel Hussein Elduma. Assessment of biosafety precautions in Khartoum state diagnostic laboratories. *Pan Afr Med J* 2012 (Citado Julio 2018);11(19).

CALIDAD DE LA INFORMACIÓN RECIBIDA EN LA TOMA DE UN CONSENTIMIENTO INFORMADO EN EL HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSIDAD DE CHILE.

RODRÍGUEZ P, ROSALES C.
INTERMEDIO MÉDICO

Introducción: Cada paciente tiene derecho a informarse de forma adecuada, comprensible, suficiente y oportuna, para poder aceptar o rechazar voluntariamente, cualquier alternativa de procedimiento diagnóstico y/o terapéutico⁽¹⁾. La comunicación es esencial para tomar decisiones, está conectada con la calidad de información entregada por el médico y la recibida por el paciente. Este proceso se plasma en un documento legal escrito, denominado consentimiento informado^(2,3). Objetivo: Identificar la calidad de la información recibida por un paciente en la toma de Consentimiento Informado, antes de realizarse un procedimiento diagnóstico y/o terapéutico, a manos del médico responsable. Metodología: La muestra fue de 83 pacientes a quienes se le realizó un procedimiento diagnóstico y/o terapéutico en un Hospital Docente. Se aplicó confidencialmente una encuesta con 8 preguntas de respuestas cerradas, relacionadas al contenido, claridad y oportunidad de información recibida previo al procedimiento realizado. Los resultados se analizaron en el programa SPSS versión 23. Resultados: Del total de pacientes, 48,2% son mujeres y 51,8% hombres. Un 54,2% tiene entre 30 y 64 años de edad; 83,2% posee escolaridad media y superior. Respecto a la información recibida, un 89,2% coincide en que fue clara, suficiente y oportuna, 51,5% manifiesta que no se le explicaron los riesgos y 65,8% desconocía las complicaciones. 78,3% indica no haber sido informado sobre la posibilidad de revocación y 85,4% de los pacientes revela que no recibió información adicional escrita para complementar la explicación. Discusión y conclusiones: Si bien se constata la aplicación del Consentimiento Informado, se detectaron diferencias estadísticamente significativas en las respuestas las preguntas dependiendo del sexo y/o nivel educacional de los pacientes. Por lo anterior, se presentan algunas oportunidades de mejora respecto a la claridad de la información entregada por los médicos a sus pacientes en especial a lo referido a los riesgos y complicaciones del procedimiento diagnóstico y/o terapéutico. Referencias: 1. Artículo transitorio, Ley N° 20.584. Diario Oficial, República de Chile. 2. Figueroa G Rodolfo. Consentimiento informado en la nueva ley de derechos de los pacientes. *Rev. méd. Chile* [Internet]. 2012;140(10):1347-1351. 3. Normativa para consentimiento informado. Versión n° 04; año 2015. Comité de Ética HCUCH.

INVESTIGACIÓN EN ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA: EXPLORANDO EL POTENCIAL DE LOS DATOS ADMINISTRATIVOS EN EL HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSIDAD DE CHILE

RAMÍREZ K
OFICINA DE APOYO A LA INVESTIGACIÓN CLÍNICA - OAIC

Introducción: La investigación actual en Enfermedad Renal Crónica, problema de magnitud relevante y tendencia creciente, se realiza en buena parte usando datos administrativos de salud^(1,2,3). Con el fin de estimar la concordancia en el diagnóstico de ERC avanzada (ERCa), el objetivo del presente estudio fue explorar su plausibilidad a partir de los registros de laboratorio y diagnóstico clínico a nivel hospitalario. Métodos: Los sujetos potenciales de estudio incluyeron adultos (≥ 18 años) atendidos en el Hospital Clínico de la Universidad de Chile (HCUCH) entre el 01 de enero y el 31 de diciembre del 2016. La medición de la función renal se basó en los registros electrónicos de la estimación de laboratorio mediante la ecuación MDRD que considera las variables edad, sexo y creatinemia según KDIGO. Para el diagnóstico clínico se emplearon los registros electrónicos de atención codificados según CIE-10 (N18-N19). Ambos registros se vincularon mediante un proceso de homologación con un identificador único para cada sujeto. La exploración incluyó el tratamiento de datos duplicados y ausentes estimándose medidas de frecuencia absolutas y relativas en los softwares Excel y Stata 14.00. La propuesta fue aprobada por el Comité de Ética del HCUCH⁴. Resultados: Se identificaron 6.079 registros de laboratorio asociados a 2.926 pacientes con 2 o más mediciones de creatinina, de los cuales 494 (16,9%) cumplieron criterios de ERCa. Los registros clínicos arrojaron 1.690 pacientes con diagnósticos correspondientes a ERCa. Se reconocieron 171 casos comunes entre registros de laboratorio y clínicos (verdaderos positivos), con una concordancia de 100%. Conclusiones: Como primera fase de estudio fue posible precisar

verdaderos positivos, requisito para estudiar la concordancia diagnóstica de ERCa. El proceso confirmó la alta dependencia de este tipo de investigación respecto de las prácticas de cada establecimiento de salud en sus sistemas de información, destacando la robustez de los registros de laboratorio. Referencias: 1. Ronksley PE, Tonelli M, Quan H, Manns BJ, James MT et al. Validating a case definition for chronic kidney disease using administrative data. *Nephrology Dialysis Transplantation* 2011;27(5):1826-1831. 2. Fleet JL, Dixon SN, Shariff SZ, Quinn RR, Nash DM et al. Detecting chronic kidney disease in population-based administrative databases using an algorithm of hospital encounter and physician claim codes. *BMC nephrology* 2016;14(1):81. 3. Zúñiga SM, Müller H & Flores M. (2011). Prevalencia de enfermedad renal crónica en centros urbanos de atención primaria. *Revista médica de Chile* 2011;139(9):1176-1184. 4. Certificado Aprobatorio N° 264, 10. Abril. 2017. Comité Ético Científico y de Investigación del Hospital Clínico de la Universidad de Chile.

HIPOVITAMINOSIS D EN NIÑOS ASMÁTICOS HOSPITALIZADOS

HERRERA ME, BASTIAS S, CABALLERO JM, MUÑOZ M, ROJAS A.
SERVICIO PEDIATRÍA

El asma es la enfermedad crónica más frecuente en la infancia, observándose un aumento en la tasa de hospitalización por esta patología en niños⁽¹⁾. Objetivo: describir los niveles de vitamina D y evaluar el estado nutricional en niños asmáticos hospitalizados por exacerbación de asma. METODOLOGÍA: Estudio descriptivo, observacional, incluye pacientes de 5 a 15 años que se hospitalizaron por crisis asmática en el Servicio de Pediatría del Hospital Clínico de la Universidad de Chile entre agosto de 2015 y agosto de 2016. Se aplicó encuesta de datos sociodemográficos y comorbilidades. Nivel de control del asma mediante el Asthma Control Test (ACT)^(2,3). Determinación de niveles séricos de vitamina D por técnica de electroquimioluminiscencia. Resultados: Total niños: 30 niños. Edad promedio: 7,2 años. Sin diferencias por sexo. Malnutrición por exceso: 46.67% (14/30). Mayoría de los pacientes recibían manejo para asma leve, pero con mal control según ACT. La mayoría de los pacientes estaban expuestos al humo de cigarrillo y la gran mayoría de ellos con diagnóstico de rinitis alérgica. Cerca de 70% presentó hipovitaminosis D con un promedio de vitamina D en rango de insuficiencia (Tabla 1). Concentración promedio de vitamina D más baja (21.67) en niños con mal control del asma (puntaje ACT menor o igual a 19) (p= 0.0493). Se observa tendencia a que los niños con malnutrición por exceso presentaban un peor control del asma (p= 0.103). Promedio días de hospitalización: 3 días (Tabla 2). Tendencia a que los niños que estuvieron más de 3 días hospitalizados presentaban una concentración menor de vitamina D (p= 0.1229). Conclusiones: Observamos que gran parte de los niños que se hospitaliza por asma bronquial presenta hipovitaminosis D y que esta situación puede determinar peor control de la enfermedad y mayor severidad de la hospitalización. Referencias: 1. Herrera AM, Cavada G, Mañalich J. Hospitalizaciones por asma infantil en Chile :2001-2014. *Rev Chil Pediatr.* 2017;88(5):602-607. 2. Vega JM, Badia X, Badiola C, López-Viña A, Olaguibel JM, Picado C, et al. Validation of the Spanish version of the asthma control test (ACT). *Jastha* 2007; 44:867-72. 3. Pérez -yarza EG, castro-Rodríguez JA, Villa JR, Garde J and Hidalgo. Validación de la versión en español de la prueba de control del asma infantil (ACT) para su uso en España Grupo VESCAS An Pediatr Barc. 2014.