



ISSN 0719-8973

Volumen 41 nº2, agosto 2026

REVISTA MÉDICA DEL MAULE

www.revmedmaule.cl

■ INVESTIGACIÓN

Preferencias de fuentes de información en la Región del Maule.

Tasa de egreso hospitalario y estadía por neumonía en Chile: Un estudio descriptivo nacional, 2021–2024.

Tasa de mortalidad por disección aórtica como causa básica en Chile entre 2015 y 2025.

Síndrome del seno enfermo como causa de hospitalización en Chile:
Estudio descriptivo 2021–2024

■ CASO CLÍNICO

Uso de terapia de exposición narrativa en un hospital público chileno.

Hemoperitoneo espontáneo en el embarazo: Reporte de caso y revisión de la literatura.

Trastorno límite de personalidad, un desafío terapéutico en atención primaria: A propósito de un caso.

Luxofractura Pipkin tipo IV: Osteosíntesis con tornillos headless y reconstrucción subcondral con injerto óseo autólogo. Reporte de caso.



Revista Médica del Maule

La Revista Médica del Maule es el órgano de difusión de la Sociedad Médica del Centro. Fue fundada en junio de 1982, como continuación de la Revista Médica del Centro. Se publica semestralmente y es de distribución gratuita para los socios de la Sociedad Médica del Centro.

Su propósito es promover y estimular el desarrollo del conocimiento científico médico, así como facilitar el perfeccionamiento continuo de los profesionales y estudiantes de las ciencias biomédicas, y difundir sus trabajos de investigación básicos y clínicos.

VERBA VOLANT, SCRIPTA MANENT

DIRECCIÓN REVISTA:

Sociedad Médica del Centro

5 norte 1347, Talca

Fono: 71-2683050

Casilla 530, Talca, Chile

soc.medicadelcentro@gmail.com

secretaria@smedmaule.cl

www.revmedmaule.cl

Una producción de **Publimpacto**
Robinson Crusoe 1150 Of. 904, Las Condes.
Santiago de Chile. Cód. Postal: 7570668
Editor Comercial: Patricio Gana G.
pganag@gmail.com / +56 9 7861 9516
Diseñadora: Paulina Gana P.
paulinaganap@gmail.com / +56 9 5969 6286

Ediciones
Publimpacto
LIBROS, REVISTAS MEDICO-CIENTIFICAS

SOCIEDAD MÉDICA DEL CENTRO

Curicó - Talca - Linares - Cauquenes

Fundada en septiembre de 1951

DIRECTORIO

PRESIDENTE

Dr. Cristóbal Campos Olmedo.

VICE PRESIDENTE

Dr. Martín del Río Dowding.

SECRETARIO

Dr. Alex Ortiz Cabezas.

TESORERO

Dr. Vinicio Andrade Larrazabal.

DIRECTOR/REPRESENTANTE LEGAL

Dr. Patricio Marín Cuevas.

DIRECTORES

Dr. Juan Cullen F.

Dr. Sergio Sotelo H.

Dr. Daniel Riveros Galáz

Dr. Rodolfo Muñoz Gajardo

Dr. Alex Ortíz Cabezas

DIRECTOR HONORARIO

Dr. Hernán Villalobos Rivera.

MÉDICOS FUNDADORES DE LA MÉDICA DEL MAULE AÑO 1982

Dr. Javier Avilés Jasse.

Dr. Andrés Ortúzar Aldunate.

Dr. Alejandro Peña Martínez.

Dr. Juan Pomés Creus.

Dr. Arturo Tagle García.

PATROCINIO

Facultad de Ciencias de la Salud U. de Talca.

Facultad de Medicina U. Católica del Maule.

Facultad de Ciencias de la Salud U. Autónoma de Chile.

EDITOR JEFE

Dr. Juan Álvarez Gómez

CO-EDITORES

Dr. Armando Rojas Rubio
Dra. Verónica Mujica Escudero
Dra. Lorena Pérez Sotomayor
Dr. Jaime Cruz Fuentes
Dr. Rodrigo Moore Carrasco
Dr. Felipe Pizarro Amigo

EDITORES ASOCIADOS

Dr. Iván Castillo Montecinos
Dr. Ernesto Solís Añez
Mg. Andrea Herrera Santelices
Dr. Raúl Silva Prado
Dr. Rafael Silva Orellana
Dra. Esperanza Durán González
Dr. Rodolfo Muñoz Gajardo
Dr. Ariel Varela Hernández

ÁRBITROS

Dr. Cristian Olmedo Díaz
Dr. Vinicio Andrade Larrazabal
Dr. Obed Vega Garcés
Dra. Eliana Valdés Moyano
Dr. Patricio Marín Cuevas
Dr. Claudio Pacheco Campusano
Dr. Juan C. Peñaloza Cabrera
Dr. Sergio Sotelo Hernández
Dr. Jorge Becker Valdivieso
Dr. Renato Ocampo Avello
Dr. Luis Oviedo Gutiérrez
Dr. René Meza Flores
Dra. Ileana González Bonet
Dra. Carolina Chacón Fernández
Dr. Luis Jaime Gaete
Dra. Silvia Arredondo Durán
Dr. César Paredes Martínez
Dra. Constanza Castro de Halleux
Dr. César Muñoz Castro

Dr. Luis Rodríguez Martínez
Dr. Claudio Martínez Terreau
Dr. Ariel Varela Hernández
Dr. Octavio Polanco Torres
Dr. Felipe Pizarro Amigo
Dr. Felix Orellana Cortés
Dr. Manuel Grez Ibáñez
Dr. Carlos Cabello Cervellino
Dr. Guillermo Sepúlveda Díaz
Dr. Gonzalo Palominos Salas
Dr. Álvaro Méndez Fuentealba
Dra. Francine de Martini Ramírez
Dra. María Isabel Vaccaro Urrutia
Dr. Martín del Río Dowding
Dr. Antonio Arellano Sánchez.
Dr. Frank Osniel Cancio Hernández
Dra. María Esperanza Selamé Romero
Dra. Paula Celis Montecinos
Dr. José Luis Cifras Vignolo
Dr. Militzen Tapia Wittcke

COMITÉ EDITORIAL INTERNACIONAL

Dr. Moisés Selman Lara
Dr. Vicente Andrés
Dra. Lina Badimon
Dra. Silvia Pierangeli

EDITORES DE SECCIÓN

Dr. Jaime Cruz (Coordinador)
Dra. María Esperanza Selamé
Dr. Obed Vega Garcés

GESTORA DE EDICIÓN

Atania Orellana Orellana

EDITORA DE COMPOSICIÓN Y REVISIÓN DE ESTILO

Paulina Gana Parada – PUBLIMPACTO

SOPORTE TECNOLÓGICO

Juan Carlos Lagos P. – IDEAGRÁFICA

	PÁGINA
INVESTIGACIÓN	
Preferencias de fuentes de información en la Región del Maule. Wilson Antonio Peña Trujillo, María Nelly Muñoz Urrutia, María Isabel Vaccaro Urruti	59
Tasa de egreso hospitalario y estadía por neumonía en Chile: Un estudio descriptivo nacional, 2021–2024. Sebastián Rojas Marchant, Camila Rodríguez Contreras, Scarlett Garces Catril, Irene Ordoñez Maldonado.	66
Tasa de mortalidad por disección aórtica como causa básica en Chile entre 2015 y 2025. Felipe Marcelo Valenzuela Salinas, Daniel Matías Vergara Troncoso, Patricia Valesca Tapia Poblete, Diego Ignacio Valencia Martínez, Mariana Belen Iporre Montaner.	72
Síndrome del seno enfermo como causa de hospitalización en Chile: Estudio descriptivo 2021–2024 Sebastián Rojas Marchant, Camila Rodríguez Contreras, Scarlett Garces Catril, Pablo Sanzana Ruiz, Paola Herrera Vaca.	80
CASO CLÍNICO	
Uso de terapia de exposición narrativa en un hospital público chileno. Carlos Vidal, Cristina Cornejo Parraguez, Benjamín Muñoz Azócar, Matías Fuentealba.	88
Hemoperitoneo espontáneo en el embarazo: Reporte de caso y revisión de la literatura. Sandra Díaz Bórquez, María Muñoz Urrutia, Martín Del Río Dowding.	93
Trastorno límite de personalidad, un desafío terapéutico en atención primaria: A propósito de un caso. Luis Hinojosa Díaz, Mayra Cabello Díaz.	97
Luxofractura Pipkin tipo IV: Osteosíntesis con tornillos headless y reconstrucción subcondral con injerto óseo autólogo. Reporte de caso. Paula Josefa Espinoza Palma, Victoria Andrea Álvarez Vargas, Felipe Alejandro Yoel Valdés Garín, Lucas Alejandro Bravo Ortiz, Valentina Ignacia Araya Agurto, Carlos Cabello Cervellino.	102

Preferencias de fuentes de información en la Región del Maule

Preferences for information sources in the Maule Region

Wilson Antonio Peña Trujillo^{1*}. <https://orcid.or/0009-0006-2860-7375>

María Nelly Muñoz Urrutia². <https://orcid.or/0009-0002-8631-0482>

María Isabel Vaccaro Urruti³. <https://orcid.or/0009-0006-3310-4262>

¹Estudiante de pregrado, Medicina, Universidad Católica del Maule. Talca, Chile.

²Médico Cirujano, Universidad Católica del Maule, Talca, Chile.

³Docente de Medicina, Universidad Católica del Maule. Broncopulmonar Infantil, Hospital Regional de Talca, Talca, Chile.

*Correspondencia: Wilson Peña Trujillo / wilson.p.t1109@gmail.com
1 norte 4044 Talca

Recibido: 22/12/2025.

Aceptado: 29/05/2026.

Declaración de intereses: Los autores no presentan conflicto de interés.

RESUMEN

Introducción: Las fuentes de información en salud son las instancias en que los pacientes buscan resolver sus dudas sobre temas de su interés. Tradicionalmente los pacientes acudían a resolver sus dudas con el médico. Sin embargo, con el auge de nuevas fuentes los pacientes tienen un nuevo y amplio abanico de posibilidades, como las inteligencias artificiales y las redes sociales, entre otras. **Objetivos:** El propósito de este estudio es comprender cuáles son las fuentes de información preferidas por los usuarios de los servicios de salud en la región del Maule, comprender las razones de su elección y el impacto de éstas en la toma de decisiones en salud. **Materiales y métodos:** Se realizó un estudio descriptivo, transversal, mediante una encuesta online (Google Forms) dirigida a adultos residentes en la Región del Maule. La muestra incluyó 50 participantes. **Resultados:** Edad media 30,8 años. Los profesionales de la salud fueron la fuente más consultada (72%), seguidos por buscadores web (56%). Médicos y personal sanitario registraron los mayores niveles de confianza, mientras que televisión, redes sociales, radio y matinales obtuvieron la mayor desconfianza. **Discusión:** A pesar de la masificación de plataformas digitales, la población mantiene una elevada preferencia por los profesionales de salud. **Conclusión:** Los profesionales de la salud siguen siendo la principal y más confiable fuente de información en la región del Maule, aunque el uso creciente de plataformas digitales refleja un cambio progresivo en los patrones de búsqueda que debe considerarse en estrategias de educación sanitaria.

Palabras clave: Inteligencia artificial; Redes sociales; Relación médico paciente.

ABSTRACT

Introduction: Health information sources are the means through which patients seek to resolve questions about topics of interest. Traditionally, patients consulted physicians to address their concerns. However, with the rise of new sources, patients now have a broader range of options, including artificial intelligence and social media, among others. **Objectives:** The aim of this study was to identify the preferred sources of health information among users of healthcare services in the Maule Region, to understand the reasons for their choices, and to assess the impact of these sources on health-related decision-making. **Materials and Methods:** A descriptive, cross-sectional study was conducted using an online survey (Google Forms) administered to adult residents of the Maule Region. The sample included 50 participants. **Results:** The mean age was 30.8 years. Healthcare professionals were the most frequently consulted source (72%), followed by web search engines (56%). Physicians and healthcare staff showed the highest levels of trust, whereas

television, social media, radio, and morning TV shows were associated with the highest levels of distrust. **Discussion:** Despite the widespread use of digital platforms, the population continues to show a strong preference for healthcare professionals as sources of information. **Conclusion:** Healthcare professionals remain the primary and most trusted source of health information in the Maule Region; however, the increasing use of digital platforms reflects a gradual shift in information-seeking patterns that should be considered in health education strategies.

Keywords: Artificial Intelligence; Physician-patient relations; Social media.

INTRODUCCIÓN

Las fuentes de información en salud son un elemento relevante en la relación médico-paciente. Esta se define como aquel acto moral en el cual un médico, provisto de conocimientos y capacidades, busca curar o aliviar las dolencias del paciente¹. Sin embargo, este concepto ha variado a lo largo de la historia, pasando de un modelo paternalista, donde el médico actúa como una figura dominante que determina el manejo a seguir por parte del paciente que actúa como un ente pasivo de las indicaciones del médico, a modelos informativos, interpretativos y deliberativos, donde se aborda una relación clínica en la cual el paciente se posiciona como una figura activa en una toma de decisiones compartida. En la actualidad, los pacientes son conscientes de sus derechos legales y exigentes a la vez con los médicos, debido al amplio acceso de manera gratuita y masiva a diversas fuentes de información^{2,3}, como redes sociales, inteligencias artificiales y medios de comunicación, entre otros⁴.

Las inteligencias artificiales son el conjunto de tecnologías que buscan crear sistemas informáticos computacionales que puedan hacer tareas que habitualmente son realizadas por los seres humanos, tales como el razonamiento, el aprendizaje y la percepción^{5,6}. Entre este grupo de IA destaca Chat GPT, un modelo de lenguaje que genera textos con base en una indicación dada por los usuarios⁷ y se encarga de recabar una gran cantidad de información disponible en la web y generar una respuesta en cuestión de segundos⁸. No obstante, las respuestas generadas no están exentas de errores⁹. Las redes sociales son un conjunto de aplicaciones de internet que se sustentan en principios tecnológicos que facilitan la interacción e intercambio de información entre los usuarios^{10,11}. Entre éstas destacan como fuentes de información en salud Facebook, Twitter X, Instagram, WhatsApp, TikTok y YouTube, entre otras¹². YouTube es un motor de búsqueda y plataforma de

redes sociales que faculta un medio audiovisual de información, de fácil acceso y manejo sencillo, pero a pesar de ello no se puede considerar como una fuente confiable de información en salud, puesto que, si bien el contenido en YouTube es amplio y diverso, este no presenta un control de calidad¹³. Esta tónica se repite en otras redes sociales como Facebook, Twitter e Instagram, en donde la calidad del contenido informativo relacionado con la salud es baja¹⁴.

MATERIALES Y MÉTODOS

Tipo de estudio

Se trata de un estudio transversal y descriptivo, diseñado bajo la modalidad de estudio piloto, en el cual se realizó una encuesta de Google Forms con el propósito de determinar cuáles son las fuentes de información preferidas por los habitantes de la región del Maule, comprender las razones de su elección y el impacto de éstas en la toma de decisiones en salud.

Población y muestra:

La población del estudio considera a ciudadanos mayores de edad habitantes de la región del Maule. La muestra del estudio fue constituida por 50 participantes.

Procedimientos para la recolección de información e instrumentos utilizados:

Se llevó a cabo una encuesta online vía Google Forms entre octubre de 2024 y abril de 2025. El cuestionario se realizó de manera voluntaria y se le adjuntó el correspondiente consentimiento informado que contempló los aspectos éticos de confidencialidad de la información otorgada y una clara explicación de los objetivos del estudio. Tanto el cuestionario como el consentimiento fueron entregados juntos dentro del link de Google Forms. El cuestionario consta de 7 ítems en los cuales

se recabó información respecto a la edad de los participantes, su nivel educacional, las fuentes de información a las que acuden, su perspectiva de confianza de las fuentes, la probabilidad de que consulten a un médico en caso de tener un problema de salud y de que sigan las recomendaciones de un profesional de la salud y los temas de interés de los encuestados que los llevan a consultar en fuentes de información. Tanto en las preguntas referidas a las fuentes de información utilizadas y los temas de interés de los encuestados, está la posibilidad de que los participantes puedan elegir una o más alternativas al responder.

Aspectos éticos de la investigación:

El estudio se realizó respetando los principios éticos presentes en la declaración de Helsinki de la AMM, en la que se aseguró el respeto a la integridad de cada participante y un procedimiento y métodos adecuados, dando la información correspondiente al momento de aplicar la encuesta al abrir el link de Google Forms. El conteo de respuestas no considera la identidad de los participantes, por lo que se mantiene la confidencialidad y el anonimato de los involucrados durante todo el proceso.

OBJETIVOS

El propósito de este estudio es comprender cuáles son las fuentes de información preferidas por los usuarios de los servicios de salud en la región del Maule, comprender las razones de su elección y el impacto de éstas en la toma de decisiones en salud.

RESULTADOS

De un total de 50 encuestados en la región del Maule (Tabla 1), en lo que respecta al nivel de estudios, 28% cuentan con educación superior incompleta (56%), 10 con educación superior completa (20%). Diez tienen enseñanza media completa (20%). Ningún participante tenía educación básica completa o incompleta (Tabla 2).

Respecto a la edad, el promedio es de 30,8 años, la mediana de 23 años y la desviación estándar de 13,28 años.

En cuanto a las preferencias en fuentes de información en salud, el primer lugar corresponde a profesionales sanitarios, con un total de 36 participantes (72%). Veintiocho personas prefieren sitios web como Google (56%). La preferencia por literatura científica e inteligencia artificial alcanzó un 26% cada una. En cuarto lugar, se encuentran las recomendaciones de conocidos (Tabla 1). En lo que respecta a las preferencias por rangos etarios, se observa una preferencia transversal por los profesionales de la salud y un mayor uso de medios digitales en los grupos más jóvenes (Tabla 2).

En primera instancia, se preguntó por la fuente de información a la que habitualmente consultaban los encuestados. Posteriormente, se preguntó por la probabilidad de acudir a cada una de las fuentes de información por separado. Los médicos son la fuente de información más probablemente buscada. En contraste, la fuente de información con menor probabilidad de ser consultada son los matinales (Tabla 3).

Tabla 1. Número total de participantes y su preferencia de fuente de información.

Rango Etario	Profesional de la Salud	Sitios Web	Redes Sociales	Inteligencia Artificial	Literatura Científica	Recomendación de un conocido	Total
19-24	24	14	12	11	11	8	32
25-44	7	5	4	2	2	2	8
45-54	3	3	0	0	0	0	4
55-64	2	5	3	0	0	0	5
>64	0	1	1	0	0	0	1
Total	36 (72%)	28 (56%)	20 (40%)	13 (26%)	13 (26%)	10 (20%)	50

Tabla 2. Nivel de estudios de los participantes y sus preferencias de fuentes de información.

Nivel de Estudios	Total	Profesional de la salud	Sitios Web	Redes sociales	Inteligencia Artificial	Literatura Científica	Recomendación de un Conocido
EBI	0	0	0	0	0	0	0
EBC	0	0	0	0	0	0	0
EMI	2	0	2	2	0	0	0
EMC	10	7	7	2	0	1	1
ESI	28	19	13	15	12	12	6
ESC	10	10	6	1	1	0	3

EBI, enseñanza básica incompleta; EBC, enseñanza básica completa; EMI, enseñanza media incompleta; EMC, enseñanza media completa; ESI, educación superior incompleta; ESC, educación superior completa.

Tabla 3. Probabilidad de acudir a fuentes de información.

Probabilidad de acudir a Fuentes de Información				
Fuente de Información	Muy poco probable	Poco probable	Probable	Muy probable
Médicos	1	8	15	26
Personal de Salud	3	6	20	21
Redes Sociales (TikTok, YouTube, Facebook, Instagram, Twitter X, etc)	24	15	6	5
Televisión	28	15	5	2
Radio	30	12	4	4
Literatura científica	11	10	9	20
Matinales	32	12	3	3
Inteligencia Artificial	17	13	12	8
Recomendación de conocidos	13	14	16	7
Sitios Web	6	6	18	20

Para evaluar la confianza generada por cada fuente de información, se usó una escala del 0 al 5, siendo cero muy poca confianza y cinco mucha confianza. En lo que respecta a la mayor confianza, se destacan los médicos (n=30) y personal de salud (n=25). Por el contrario, la mayor desconfianza se identificó en la televisión (n=22), redes sociales (n=23), radio (n=24) y matinales (n=26) (Tabla 4).

En cuanto a la probabilidad de seguir la recomendación de un profesional de la salud, la gran

mayoría de los participantes dieron una respuesta favorable. Treinta y cinco personas indican que es muy probable (70%) y solo uno que es poco probable que sigan la recomendación de un profesional de la salud (2%) (Tabla 5).

Respecto a los temas de interés de los participantes para consultar en fuentes de información, destaca en primer lugar, con 33 participantes las enfermedades cardiovasculares (66%), le sigue en segundo lugar las enfermedades digestivas (64%) (Figura 1).

Tabla 4. Confianza en las fuentes de información.

Confianza de Fuentes de Información						
Fuente de Información	0	1	2	3	4	5
Médicos	0	0	3	3	14	30
Personal de Salud	0	0	3	8	14	25
Redes Sociales (TikTok, YouTube, Facebook, Instagram, witter X, etc)	23	5	9	9	4	0
Televisión	22	6	9	10	2	1
Radio	24	5	7	9	2	3
Literatura científica	3	2	5	7	11	22
Matinales	26	10	3	8	1	1
Inteligencia Artificial	13	7	4	14	8	4
Recomendación de conocidos	10	16	6	14	3	1
Sitios Web	6	4	14	11	11	4

Tabla 5. Probabilidad de seguir la recomendación de un profesional de la salud.

Probabilidad de Seguir Recomendación de un Profesional de la Salud		
Probabilidad	Número	Porcentaje
Muy Poco Probable	0	0%
Poco Probable	1	2%
Probable	14	28%
Muy Probable	35	70%

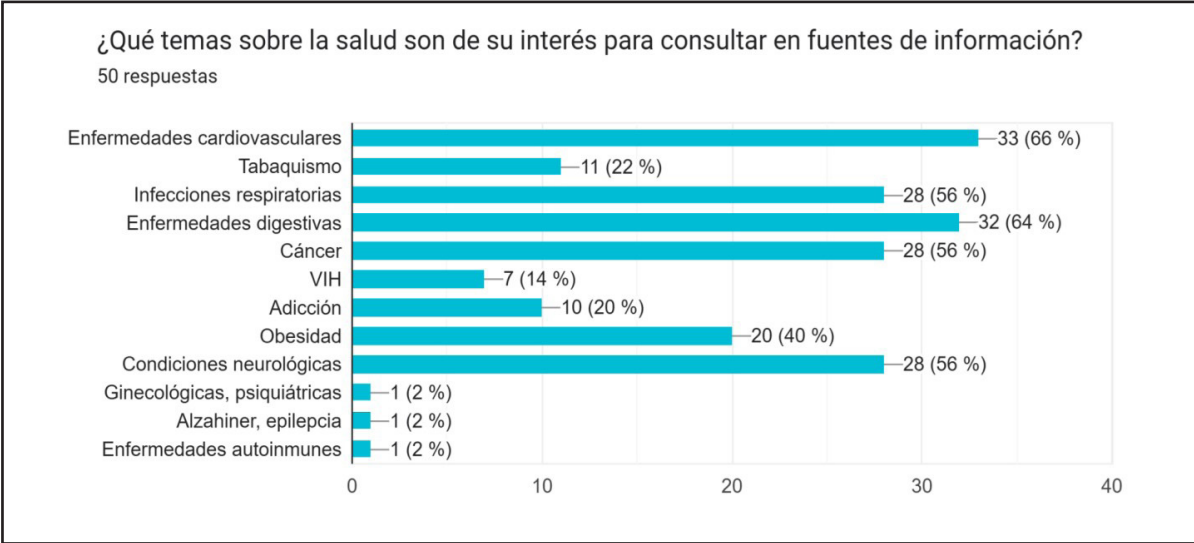


Figura 1: Temas de salud de interés en los participantes para consultas en fuentes de información.

DISCUSIÓN

El presente estudio realizado en la región del Maule evidenció las preferencias, el nivel de confianza y el comportamiento de búsqueda en salud por parte de la población maulina, en un contexto global donde los avances y el acceso a tecnologías han ido transformando la relación médico paciente. A pesar de la actual masificación de herramientas de información en lo que respecta a inteligencias artificiales como Chat GPT y redes sociales de alto tráfico global como TikTok, los resultados de este estudio sugieren que la fuente de información más consultada sigue siendo el profesional de la salud (72%) y sitios web como Google (56%). Nos parece paradójico que estas dos opciones tan dispares ocupen las primeras preferencias. Este hallazgo es de suma relevancia, puesto que demuestra que, a pesar del meteórico auge de las plataformas digitales, la población sigue valorando al profesional de la salud como una figura primordial en la entrega de información sanitaria, lo cual va de la mano de la confianza interpersonal que se encuentra influenciada por factores como la edad, sexo, educación, estado de salud y nivel socioeconómico¹⁵. En cuanto a la percepción de confianza, se consolida la figura humana del médico y el personal

de salud por sobre los medios digitales, lo cual valida la importancia del razonamiento y juicio clínico humano frente a la información automatizada de la inteligencia artificial o lo mediático de las redes sociales. Por otra parte, en un rol negativo de confianza se encuentra la televisión, radio, redes sociales y los matinales. Esta desconfianza puede deberse a una percepción de baja evidencia científica, sesgo, sensacionalismo y experiencias negativas asociadas a desinformación en estos medios. Estos hallazgos son consistentes con los descritos en otras investigaciones sobre la desinformación en redes sociales y medios masivos en salud¹⁶. En lo que respecta a la probabilidad de seguir las indicaciones de un profesional de la salud se presentó una alta adherencia. Esto reafirma que, a pesar del variado abanico de posibilidades de fuentes de información, se continúa valorando el criterio clínico de los profesionales. Respecto a los temas de interés por parte de los participantes, se presenta un predominio de enfermedades de la esfera cardiovascular, digestiva, respiratoria, oncológica y neurológica, lo cual es sugerente de un patrón de búsqueda enfocado en patologías de alto impacto y prevalencia. Esto

representa un aporte en la planificación de entrega de información, dando una orientación a los servicios de salud a la hora de realizar campañas educativas y elaboración de contenido sobre estas temáticas.

Destacamos como limitación de este estudio la difusión de la encuesta online mediante redes sociales. Este mecanismo limita las respuestas a un nicho capacitado en estos medios y favorece la participación de individuos con mayor familiaridad tecnológica, pudiendo sesgar la representación de los grupos. Además, el tamaño muestral fue limitado, lo que restringe la extrapolación a poblaciones más amplias. Sin embargo, como estudio piloto, esta investigación sienta las bases para futuros estudios con muestras probabilísticas y estratificadas que profundicen en la brecha digital y la alfabetización en salud.

CONCLUSIÓN

Los hallazgos presentados en este estudio demuestran que en la región del Maule, a pesar del uso masivo de nuevas tecnologías y redes sociales, la población mantiene una sólida preferencia y confianza en los médicos y el personal de salud como fuente de información. Sin embargo, cabe destacar el uso y preferencias significativas por plataformas digitales como Google e inteligencia artificial, lo cual refleja un cambio en las fuentes de búsqueda de información que debe ser tenido en cuenta.

REFERENCIAS

1. World Medical Association. Declaración de Córdoba de la AMM sobre la relación médico-paciente [Internet]. Adoptada por la 71ª Asamblea General, Córdoba, España, octubre 2020;. [citado 20 dic 2025]. Disponible en: <https://www.wma.net/es/polices-post/declaracion-de-cordoba-de-la-amm-sobre-la-relacion-medico-paciente/>
2. Herrera V. La relación médico-paciente en el siglo 21. *Rev Chil Enferm Respir* [Internet]. 2018; 34(4): 209-211. [citado 20 dic 2025] Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-73482018000400209&lng=es
3. Montesi M, Álvarez Bornstein B. Los profesionales de la salud como fuentes de información: Un estudio cualitativo sobre la información pediátrica. *Inf Cult Soc* [Internet]. 2016; 12(34): 43-60. [citado 12 may 2026]; Disponible en: https://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-17402016000100003
4. Sun Y, Yu J, Chiu YL, Hsu YT. Can online health information sources really improve patient satisfaction? *Front Public Health* [Internet]. 2022; 10: 940800. [citado 12 mayo 2026]. Disponible en: <https://doi.org/10.3389/fpubh.2022.940800>
5. Gobierno de España – Plan de Recuperación, Transformación y Resiliencia. ¿Qué es la inteligencia artificial (IA)? [Internet]. España: Plan de Recuperación, Transformación y Resiliencia. 2023; [citado 20 Dic 2025]. Disponible en: <https://planderecuperacion.gob.es/noticias/que-es-inteligencia-artificial-ia-prtr>
6. Secinaro S, Calandra D, Secinaro A, Muthurangu V, Biancone P. The role of artificial intelligence in healthcare: A structured literature review. *BMC Med Inform Decis Mak*. 2021; 21: 125. DOI: 10.1186/s12911-021-01488-9
7. Onder CE, Koc G, Gokbulut P, Taskaldiran I, Kuskonmaz SM. Evaluation of the reliability and readability of ChatGPT-4 responses regarding hypothyroidism during pregnancy. *Sci Rep*. 2024; 14(11601): 243. DOI:10.1038/s41598-023-50884-w
8. Schukow C, Smith SC, Landgrebe E, Parasuraman S, Folaranmi OO, Paner GP, et al. Application of ChatGPT in routine diagnostic pathology: promises, pitfalls, and potential future directions. *Adv Anat Pathol*. 2024; 31(1): 15-21. DOI: 10.1097/PAP.0000000000000406
9. Monteith S, Glenn T, Geddes JR, Whybrow PC, Achtyes E, Bauer M. Artificial intelligence and increasing misinformation. *The British Journal of Psychiatry*. 2024; 224(2): 33-35. DOI: 10.1192/bjp.2023.136
10. Redes sociales y Salud. *Rev. chil. infectol.* [Internet]. 2018; 35(6): 629-630. [citado 2025 Dic 20]; Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0716-10182018000600629&lng=es
11. Viskić T, Gupta P, Khan A, Kumar A. Social media use by patients in health care: A scoping review. *Int J Healthc Manag*. 2022; 15(2): 121-131. DOI:10.1080/20479700.2020.1860563
12. Vukušić Rukavina J, Machala Poplašen L, Relić D, Marelić M, Jokic D, Sedak K. Dangers and benefits of social media on e-professionalism of health care professionals: Scoping review. *J Med Internet Res*. 2021; 23(11): e25770. DOI: 10.2196/25770. PMID:34662284; PMCID:PMC8663533
13. Osman W, Mohamed F, Elhassan M, Shoufan A. Is YouTube a reliable source of health-related information? A systematic review. *BMC Med Educ*. 2022; 22(382): 382. DOI: 10.1186/s12909-022-03446-z
14. Gurler D, Buyukceran I. Assessment of the medical reliability of videos on social media: Detailed analysis of the quality and usability of four social media platforms (Facebook, Instagram, Twitter, and YouTube). *Healthcare (Basel)*. 2022; 10(10): 1836. DOI:10.3390/healthcare10101836
15. Beller J, Schäfers J, Haier J, Geyer S, Epping J. Trust in healthcare during COVID-19 in Europe: Vulnerable groups trust the least. *J Public Health (Berl)*. 2023; 31(9):1495-1504. DOI:10.1007/s10389-022-01705-3
16. Suarez-Lledo V, Alvarez-Galvez J. Prevalence of health misinformation on social media: Systematic review. *J Med Internet Res*. 2021; 23(1): e17187. DOI: 10.2196/17187

Tasa de egreso hospitalario y estadía por neumonía en Chile: Un estudio descriptivo nacional, 2021–2024

Hospital Discharge Rate and Length of Stay for Pneumonia in Chile: A National Descriptive Study, 2021–2024

Sebastián Rojas Marchant^{1*}. <https://orcid.org/0009-0009-7812-7187>
Camila Rodríguez Contreras². <https://orcid.org/0009-0007-0349-368X>
Scarlett Garces Catril³. <https://orcid.org/0009-0004-6583-4126>
Irene Ordoñez Maldonado⁴. <https://orcid.org/0009-0004-7870-0733/>

¹Médico Cirujano, Universidad Católica del Maule. Médico EDF, CESFAM Tubul y Postas Dependientes, Servicio de Salud Arauco, Región del Biobío, Arauco, Chile.

²Médica Cirujana, Universidad Católica del Maule. Médica EDF, CESFAM Matrona Rosa Vascopé Zarzola, Arica, Chile.

³Médica Cirujana, Universidad Católica del Maule. Médica EDF, CESFAM Isabel Jiménez, Región del Biobío, Tirúa, Chile.

⁴Médica Cirujana, Universidad Rómulo Gallegos. Médico Cirujano, CESFAM Lagunillas, Región del Biobío, Coronel, Chile.

*Correspondencia: Sebastián Rojas Marchant / seba.rojas.16.10.1997@gmail.com.

Declaración de intereses: Los autores declaran no tener conflictos de interés.

Recibido: 29/03/2026.
Aceptado: 28/07/2026.

RESUMEN

Introducción: La neumonía constituye una causa relevante de hospitalización y carga sanitaria, especialmente en población pediátrica y adultos mayores. En Chile, su comportamiento hospitalario en el período posterior a la pandemia por SARS-CoV-2 requiere caracterización epidemiológica. **Objetivo:** Principalmente fue determinar la tasa de egreso hospitalario por neumonía en Chile durante el período 2021–2024. **Materiales y métodos:** Estudio observacional, descriptivo y transversal. Se analizaron egresos hospitalarios por neumonía en Chile entre 2021 y 2024, obtenidos del Departamento de Estadísticas e Información de Salud (DEIS), utilizando como denominador la población reportada por el Censo 2024 del Instituto Nacional de Estadísticas (INE). Se incluyeron las variables sexo, grupo etario y promedio de estadía hospitalaria. Se calcularon tasas de egreso hospitalario por 100.000 habitantes y promedios de días de hospitalización. El análisis fue descriptivo y se realizó en Microsoft Excel 2019. **Resultados:** Se registraron 176.781 egresos hospitalarios por neumonía durante el período estudiado, con una tasa de egreso hospitalario global de 239,15 por 100.000 habitantes. La menor tasa anual se observó en 2021 (149,97) y la mayor en 2024 (306,95). La tasa fue superior en hombres (254,65) respecto de mujeres (224,53). Según edad, se observó un patrón bimodal, con mayor tasa en ≥ 80 años (1.733,15) y en 0–4 años (984,91), mientras que el grupo de 15–19 años presentó la menor tasa (31,57). El promedio de estadía hospitalaria del período fue de 9,7 días, con tendencia decreciente desde 2021 (11,38 días) hasta 2024 (7,25 días). La estadía promedio fue similar entre hombres (10,27 días) y mujeres (10,24 días). **Discusión:** Los hallazgos sugieren una recuperación de la carga hospitalaria por neumonía en el escenario postpandemia, con persistencia de mayor afectación en hombres y en los extremos de la vida. La disminución de la estadía hospitalaria podría relacionarse con normalización progresiva del manejo clínico y de los flujos asistenciales. **Conclusión:** La neumonía mantiene una importante carga hospitalaria en Chile. Su vigilancia epidemiológica podría contribuir al diseño de estrategias preventivas y asistenciales focalizadas en grupos de mayor riesgo. **Palabras clave:** Chile; Egreso Hospitalario; Estadía Hospitalaria; Neumonía.

ABSTRACT

Introduction: Pneumonia remains a significant cause of hospitalization and healthcare burden, particularly among pediatric populations and older adults. In Chile, its hospital behavior in the post-SARS-CoV-2 pandemic period requires epidemiological characterization. The main objective was to determine the hospital discharge rate for pneumonia in Chile

during 2021–2024. **Materials and Methods:** Observational, descriptive, cross-sectional study. Hospital discharges for pneumonia in Chile between 2021 and 2024 were analyzed using data from the Department of Health Statistics and Information (DEIS). Population denominators were obtained from the 2024 Census of the National Institute of Statistics (INE). Variables included sex, age group, and average hospital length of stay. Hospital discharge rates per 100,000 inhabitants and mean hospitalization days were calculated. Descriptive analysis was performed using Microsoft Excel 2019. **Results:** A total of 176,781 hospital discharges for pneumonia were recorded during the study period, with an overall hospital discharge rate of 239.15 per 100,000 inhabitants. The lowest annual rate occurred in 2021 (149.97) and the highest in 2024 (306.95). Rates were higher in men (254.65) than in women (224.53). By age, a bimodal pattern was observed, with the highest rates in ≥ 80 years (1,733.15) and in children aged 0–4 years (984.91), while the lowest rate occurred in the 15–19-year group (31.57). The mean hospital length of stay for the period was 9.7 days, with a decreasing trend from 2021 (11.38 days) to 2024 (7.25 days). Average length of stay was similar between men (10.27 days) and women (10.24 days). **Discussion:** These findings suggest a recovery of pneumonia-related hospital burden in the post-pandemic setting, with persistent higher impact in men and at the extremes of life. The reduction in hospital length of stay may be related to progressive normalization of clinical management and healthcare system workflows. **Conclusion:** Pneumonia continues to represent an important hospital burden in Chile. Ongoing epidemiological surveillance may contribute to the design of preventive and healthcare strategies **focused on high-risk groups**. **Keywords:** Chile; Hospital Discharge; Length of Stay; Pneumonia.

INTRODUCCIÓN

La neumonía es una infección aguda del parénquima pulmonar caracterizada por inflamación del intersticio y ocupación de los espacios alveolares, lo que genera consolidación y alteración del intercambio gaseoso¹. Desde la perspectiva clínica y epidemiológica, constituye un problema relevante por su elevada frecuencia, su potencial gravedad y su rol como causa habitual de hospitalización en población general y en grupos vulnerables^{2,3}.

La neumonía se produce cuando microorganismos alcanzan los alvéolos y superan los mecanismos de defensa respiratoria, como la depuración mucociliar y la actividad fagocítica local^{1,4}. Esto desencadena una respuesta inflamatoria con liberación de citocinas y reclutamiento de neutrófilos, produciendo exudado alveolar, aumento de la permeabilidad capilar y deterioro del intercambio gaseoso, fenómenos responsables de las manifestaciones clínicas y radiológicas características de la enfermedad^{2,4}.

En Chile, la neumonía se mantiene entre las principales causas de egreso hospitalario, especialmente en los grupos de ≥ 65 años y < 5 años, que presentan mayor riesgo de complicaciones y mortalidad⁵. Clínicamente, puede manifestarse desde síntomas respiratorios leves hasta insuficiencia respiratoria severa, incluyendo fiebre, tos productiva o no, disnea, dolor torácico pleurítico, taquipnea y compromiso del estado general^{1,4}. Al examen

físico suelen identificarse crépitos, disminución del murmullo vesicular y alteraciones de la transmisión de la voz⁴. El diagnóstico es clínico-radiológico y requiere la presencia de síntomas y/o signos compatibles junto con hallazgos imagenológicos como opacidades o infiltrados pulmonares⁴. Las medidas generales de manejo incluyen soporte respiratorio, hidratación adecuada, control sintomático y oxigenoterapia en presencia de hipoxemia; en las neumonías bacterianas, el pilar terapéutico corresponde a la antibioticoterapia empírica precoz ajustada según guías clínicas, factores de riesgo y epidemiología local⁴.

Entre las complicaciones más habituales se encuentran la insuficiencia respiratoria aguda, derrame pleural, empiema, abscesos pulmonares, sepsis, shock séptico y descompensación de enfermedades cardiovasculares, especialmente en pacientes con comorbilidades preexistentes^{2,3}. Por ello, el tratamiento oportuno constituye un elemento esencial para disminuir la ocurrencia de complicaciones y, en consecuencia, reducir la carga hospitalaria asociada.

Dado que la neumonía continúa siendo una de las principales causas de hospitalización a nivel nacional, especialmente en grupos con factores de riesgo específicos, resulta relevante conocer su comportamiento epidemiológico reciente. El objetivo principal de este estudio fue determinar

la tasa de egreso hospitalario (TEH) por neumonía en Chile durante el período 2021–2024.

Objetivo general

Determinar la tasa de egreso hospitalario por neumonía en Chile durante el período 2021–2024.

Objetivos específicos

1. Describir la tasa de egreso hospitalario según sexo.
2. Identificar la tasa de egreso hospitalario según grupo etario.
3. Analizar descriptivamente el promedio de estadía hospitalaria.
4. Describir el promedio de estadía hospitalaria según sexo.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio observacional, descriptivo y transversal de los egresos hospitalarios por neumonía en Chile durante el período 2021–2024. Las variables incluidas en el análisis fueron sexo (femenino y masculino), grupo etario (0–4, 5–9, 10–14, 15–19, 20–44, 45–64, 65–79, 80 y más años) y promedio de estadía hospitalaria.

La información se obtuvo de fuentes oficiales. Del Departamento de Estadísticas e Información de Salud (DEIS) se recopilaron los egresos hospitalarios con diagnóstico principal de neumonía, según los códigos CIE-10 J12, J12.9, J14, J15 y J18.9. Del Instituto Nacional de Estadísticas (INE) se utilizaron los datos poblacionales del Censo 2024 para el cálculo de tasas.

El análisis fue de carácter descriptivo y utilizó porcentajes, tasas y medidas de tendencia central. La tasa de egreso hospitalario se calculó mediante la siguiente fórmula:

Tasa de Egreso Hospitalario: Número de egresos hospitalarios por Neumonía en determinado año / Población total en riesgo x 100.000.

El procesamiento y análisis de los datos se efectuó con Microsoft Excel 2019, empleando tablas dinámicas, funciones estadísticas básicas, análisis de tendencias y gráficos de líneas y barras para la visualización de los resultados.

La investigación no requirió evaluación por comité de ética, dado que utilizó bases de datos secundarias de acceso público y sin identificación

de personas. El estudio se ajustó al marco normativo vigente y el equipo investigador declara no presentar conflictos de interés.

RESULTADOS

Se observaron 176.781 egresos hospitalarios por neumonía en pacientes de todas las edades durante el período 2021–2024, lo que determinó una tasa de egreso hospitalario del período de 239,15 casos por cada 100.000 habitantes. Al analizar la evolución anual, se observó que la menor tasa correspondió al año 2021, con 149,97 casos por cada 100.000 habitantes. Posteriormente, la tasa aumentó en 2022 hasta 204,02, continuó en ascenso en 2023 con 295,65; y alcanzó su máximo valor en 2024 con 306,95 casos por cada 100.000 habitantes, evidenciando un incremento marcado de los egresos hospitalarios por neumonía hacia el final del período estudiado.

Respecto de la variable sexo, la tasa de egreso hospitalario del período fue mayor en hombres, con 254,65 casos por cada 100.000 habitantes, en comparación con las mujeres, que presentaron una tasa de 224,53 por cada 100.000 habitantes. Durante todos los años analizados, la tasa masculina superó consistentemente a la femenina. La mayor brecha entre ambos sexos se observó en 2024, con una tasa de 319,88 en hombres frente a 294,74 casos por cada 100.000 habitantes en mujeres. En contraste, el año 2021 presentó las tasas más bajas para ambos sexos (Figura 1).

En relación con el grupo etario, la tasa de egreso hospitalario del período presentó un patrón bimodal, con los valores más elevados en los extremos de la vida. El grupo de 80 años y más registró la tasa más alta, con 1.733,15 casos por cada 100.000 habitantes, constituyéndose como el grupo de mayor carga hospitalaria por neumonía. En segundo lugar, destacó el grupo de 0 a 4 años, con una tasa de 984,91 casos por cada 100.000 habitantes. En contraste, la menor tasa se observó en el grupo de 15 a 19 años, con 31,57 casos por cada 100.000 habitantes (Figura 2).

Se observó un promedio de estadía hospitalaria de 9,7 días. Al analizar la evolución anual, se identificó una tendencia decreciente sostenida a lo largo del período. El mayor promedio se registró en 2021, con 13,07 días, mientras que el menor correspondió a

2024, con 7,66 días, evidenciando una reducción progresiva en la duración de la hospitalización por neumonía (Figura 3).

El promedio de estadía hospitalaria fue muy similar entre ambos sexos, con 10,27 días para hombres y 10,24 días para mujeres. Sin embargo, al desagregar por año, se identificaron diferencias

puntuales. En 2021, las mujeres presentaron una mayor duración de estadía, con 13,43 días promedio, en comparación con 12,79 días en hombres. Esta relación se invirtió en 2023, cuando los hombres alcanzaron 9,51 días y las mujeres 8,76 días. En los años restantes, las diferencias tendieron a disminuir y convergieron hacia valores semejantes (Figura 3).

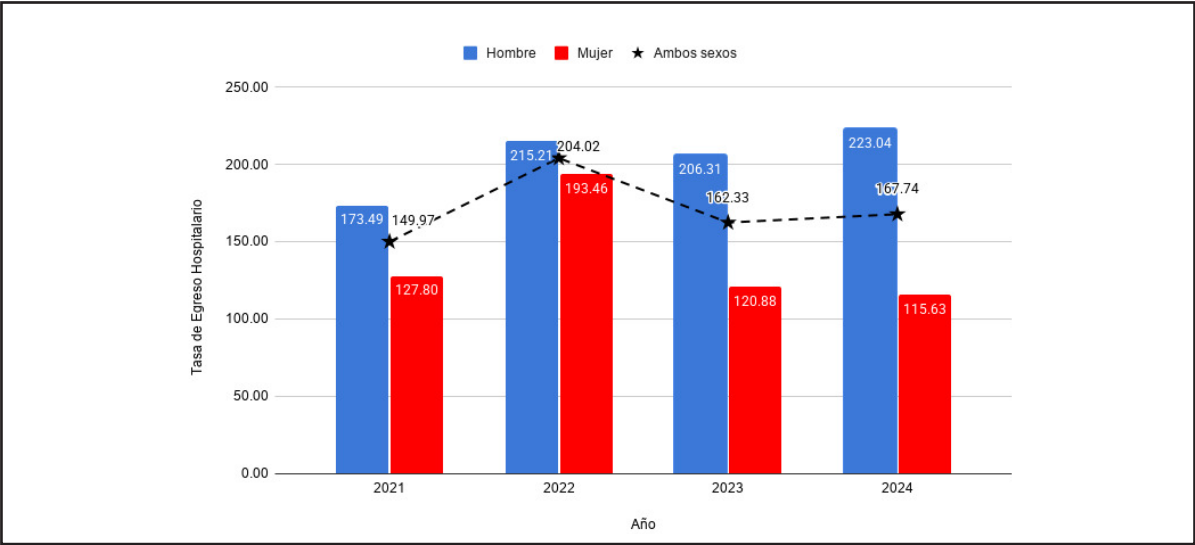


Figura 1: Tasa de egresos hospitalarios por neumonía (casos por 100.000 habitantes) según sexo, Chile, 2021–2024.

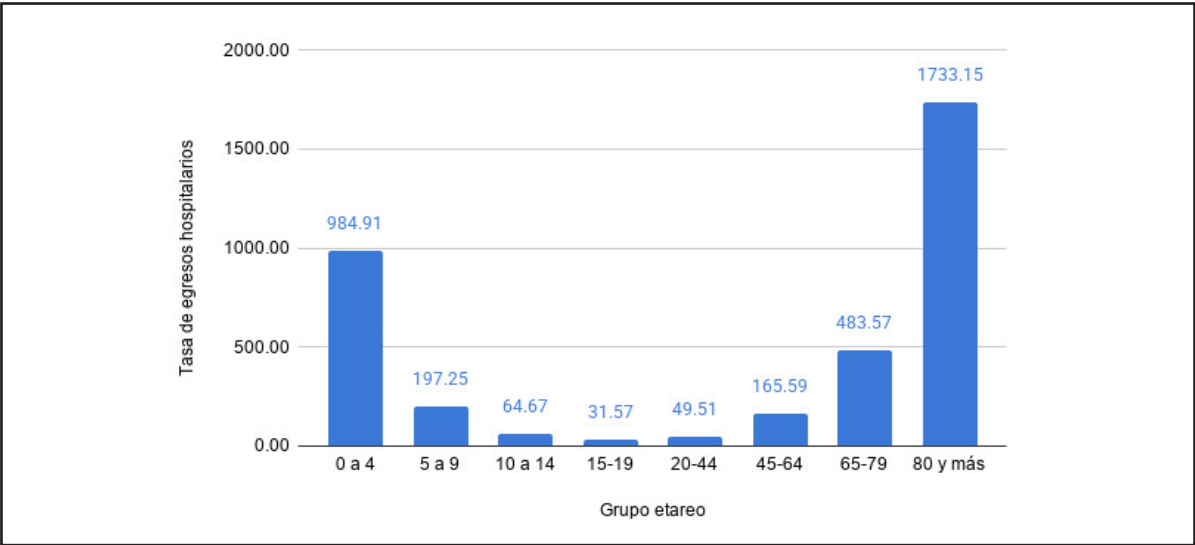


Figura 2: Tasa de egresos hospitalarios por neumonía (casos por 100.000 habitantes) según grupo etario, Chile, 2021–2024.

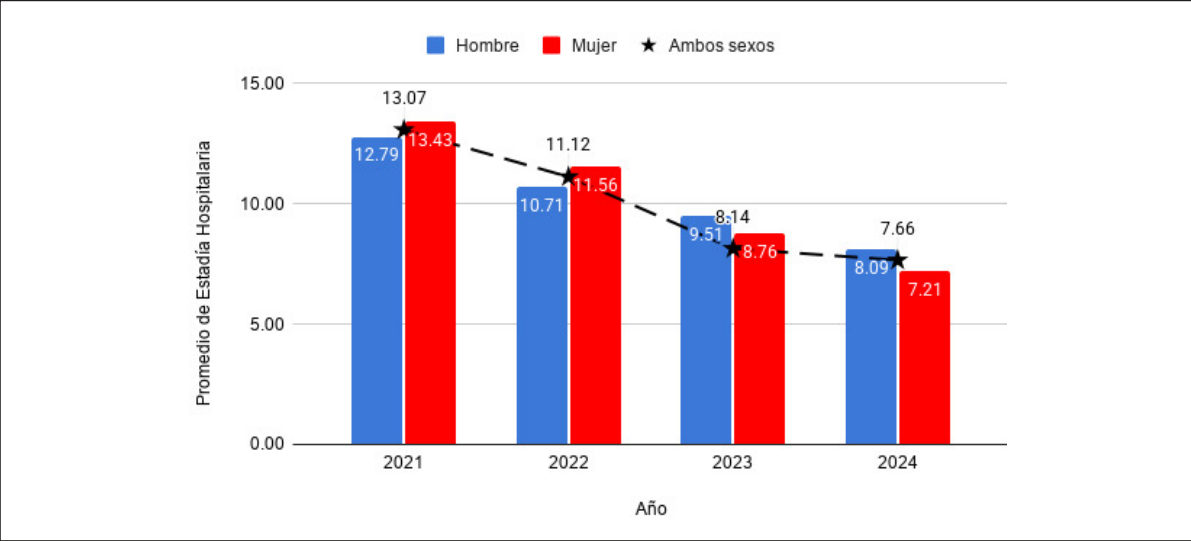


Figura 3: Promedio de días de estadía hospitalaria por neumonía, según sexo y año, Chile, 2021–2024.

DISCUSIÓN

Los hallazgos de este estudio sugerirían que la evolución de los egresos hospitalarios por neumonía en Chile entre 2021 y 2024 debería interpretarse en el contexto de la transición epidemiológica posterior a la pandemia por SARS-CoV-2. Durante 2021, parte importante de los cuadros respiratorios graves podría haber sido clasificada bajo diagnósticos asociados a COVID-19 más que a neumonía no especificada, lo que habría contribuido a una menor tasa de egreso hospitalario por neumonía. Además, las medidas de confinamiento, distanciamiento físico y reducción de la circulación comunitaria podrían haber disminuido la transmisión de otros agentes respiratorios^{6,7}. Posteriormente, el aumento observado desde 2022 podría explicarse, al menos en parte, por la reapertura progresiva de actividades sociales y educativas, junto con la reemergencia de virus respiratorios estacionales y neumonías adquiridas en la comunidad^{5,8,9}.

La mayor carga de egresos hospitalarios observada en hombres sería concordante con lo descrito en la literatura internacional. Diversos estudios han mostrado que los hombres presentan mayor incidencia y gravedad de neumonía adquirida en la comunidad, lo que podría relacionarse con una mayor prevalencia de factores de riesgo como tabaquismo, consumo de alcohol y enfermedades respiratorias o

cardiovasculares crónicas^{2,3,10}. Asimismo, diferencias inmunológicas moduladas por el sexo podrían contribuir a una mayor susceptibilidad a infecciones respiratorias graves en población masculina^{11,12}.

El patrón bimodal de la TEH, con predominio en los extremos de la vida, sería consistente con la epidemiología clásica de esta enfermedad. En adultos de 80 años y más, la elevada carga hospitalaria podría atribuirse a inmunosenescencia, fragilidad y alta prevalencia de comorbilidades, factores que incrementarían el riesgo de cuadros graves y hospitalización^{2,13}. Por su parte, la elevada tasa en niños de 0 a 4 años podría explicarse por la vulnerabilidad inmunológica propia de la primera infancia y por la importante participación de infecciones virales respiratorias en este grupo etario^{8,9}. En contraste, la baja carga observada en adolescentes y adultos jóvenes reflejaría una menor susceptibilidad biológica y una menor prevalencia de enfermedades crónicas predisponentes.

La disminución progresiva del promedio de días de estadía hospitalaria podría interpretarse como un reflejo de la normalización progresiva del manejo intrahospitalario tras la pandemia. En 2021, la mayor duración de hospitalización podría haberse relacionado con el ingreso preferente de pacientes más graves y con la coexistencia de cuadros respiratorios complejos en el contexto

pandémico. En cambio, entre 2023 y 2024, la reducción de la estadía podría sugerir un retorno a flujos asistenciales más habituales, junto con un manejo más estandarizado de la neumonía y altas hospitalarias más oportunas^{4,10,14}.

En relación con las diferencias de estadía hospitalaria según sexo, la variabilidad anual observada podría depender más de factores clínicos y contextuales que de diferencias biológicas estrictas. La evidencia disponible no ha demostrado de manera consistente diferencias sistemáticas en la duración de hospitalización por neumonía entre hombres y mujeres, por lo que estas variaciones podrían explicarse por diferencias en edad, carga de comorbilidad o gravedad al ingreso^{10,11}.

Entre las limitaciones del estudio destaca el uso de bases de datos administrativas, lo que impidió incorporar variables clínicas relevantes como etiología microbiológica, gravedad del cuadro, comorbilidades específicas, ingreso a unidades críticas o mortalidad intrahospitalaria. Asimismo, la información analizada dependió de la calidad del registro diagnóstico en las bases oficiales. No obstante, una fortaleza importante fue su cobertura nacional, al incluir la totalidad de los egresos hospitalarios registrados en el período, lo que entrega una visión amplia y representativa de la carga hospitalaria por neumonía en Chile.

CONCLUSIÓN

La neumonía continúa constituyendo una carga hospitalaria relevante en Chile, especialmente en hombres y en los extremos de la vida. El comportamiento observado entre 2021 y 2024 sugiere que el período post pandemia habría influido tanto en la recuperación de las tasas de egreso hospitalario como en la evolución de la estadía hospitalaria. Estos hallazgos refuerzan la necesidad de fortalecer estrategias preventivas y de vigilancia epidemiológica dirigidas a los grupos de mayor riesgo, así como de promover estudios futuros que incorporen variables clínicas y etiológicas para orientar con mayor precisión las políticas de salud pública.

REFERENCIAS

1. Mandell GL, Bennett JE, Dolin R. *Principles and Practice of Infectious Diseases*. 8th ed. Philadelphia. Elsevier. 2015. 3904 p
2. Broaddus VC, Mason RJ, Ernst JD, et al. *Murray & Nadel's Textbook of Respiratory Medicine*. 6th ed. Philadelphia. Elsevier. 2016; 1850 p.
3. Niederman MS, Torres A. Community-acquired pneumonia. *N Engl J Med*. 2021; 384(5): 422-432.
4. Metlay JP, Waterer GW, Long AC, et al. Diagnosis and treatment of adults with community-acquired pneumonia. *Am J Respir Crit Care Med*. 2019; 200(7): e45–e67.
5. Luman E, Parraguez B, González G, Solar M, Aldunate P. Actualización epidemiológica respecto a la tasa de egreso hospitalario por neumonía viral y bacteriana entre los años 2019-2022 en Chile. *Rev ANACEM*. 2024; 18(1): 74-82.
6. Kim KJ, Kim DH. The frequency and seasonal distribution of viral infection in patients with community-acquired pneumonia and its impact on the prognosis. *Acute Crit Care*. 2022; 37(4): 550-560.
7. Tatarelli P, Magnasco L, Borghesi ML, Russo C, Marra A, Mirabella M, et al. Prevalence and clinical impact of viral respiratory tract infections in patients hospitalized for community-acquired pneumonia: The VIRCAP study. *Intern Emerg Med*. 2020; 15(4): 645-654.
8. Gómez Venialgo P, Torales Montiel J, Ferreira Mendieta F, Jara Rossi S, Ortega Filartiga E. Frecuencia y características clínicas de las neumonías adquiridas en la comunidad que requieren hospitalización. *Rev Cient Cienc Salud*. 2020; 2(1): 27-34.
9. McLaughlin JM, Khan FL, Thoburn EA, Isturiz RE, Swerdlow DL. Rates of hospitalization for community-acquired pneumonia among US adults: A systematic review. *Vaccine*. 2020; 38(4): 741-751.
10. Alonso R, Santillán Barletta M, Rodríguez CL, Mainero FA, Oliva V, Vénica DP, et al. Neumonía adquirida en la comunidad en pacientes que requirieron hospitalización. *Medicina (B. Aires)*. 2021; 81: 37-46.
11. Yi G, de Kraker MEA, Buetti N, Zhong X, Li J, Yuan Z, et al. Risk factors for in-hospital mortality and secondary bacterial pneumonia among hospitalized adult patients with community-acquired influenza: A retrospective cohort study. *Antimicrob Resist Infect Control*. 2023; 12: 25.
12. Liu Y, Ling L, Wong SH, Wang MH, Fitzgerald JR, Zou X, et al. Outcomes of respiratory viral-bacterial co-infection in adult hospitalized patients. *EClinicalMedicine*. 2021; 37: 100955.
13. Cocchio S, Cozzolino C, Furlan P, Cozza A, Tonon M, Russo F, et al. Pneumonia-related hospitalizations among the elderly: A retrospective study in Northeast Italy. *Diseases*. 2024; 12(5): 254.
14. Herrero MV, García A, Rositi ES, Villalba D. Fisioterapia respiratoria en sujetos adultos cursando internación por neumonía adquirida en la comunidad: Revisión bibliográfica. *An Fac Cienc Méd (Asunción)*. 2023; 56(2): 109-116.

Tasa de mortalidad por disección aórtica como causa básica en Chile entre 2015 y 2025

Mortality rate from aortic dissection as the underlying cause of death in Chile between 2015 and 2025

Felipe Marcelo Valenzuela Salinas^{1*}. <https://orcid.org/0009-0009-0627-3943>

Daniel Matías Vergara Troncoso¹. <https://orcid.org/0009-0006-8753-4364>

Patricia Valesca Tapia Poblete¹. <https://orcid.org/0009-0007-6144-4755>

Diego Ignacio Valencia Martínez¹. <https://orcid.org/0009-0005-0249-5996>

Mariana Belen Iporre Montaner². <https://orcid.org/0009-0001-6204-9462>

¹Estudiante de Medicina, Universidad Católica del Maule. Talca, Chile.

²Médica Cirujana, RedSalud. Santiago, Chile.

Declaración de intereses: Los autores declaran no tener conflictos de interés.

*Correspondencia: Felipe Marcelo Valenzuela Salinas / felipe26valenzuela@gmail.com
Universidad Católica del Maule, Talca, Chile.

Recibido: 02/05/2026.
Aceptado: 29/05/2026.

RESUMEN

Introducción: La disección aórtica (DA) es una emergencia cardiovascular asociada a una alta mortalidad, por lo que se propone determinar la tasa de mortalidad (TM) por DA como causa básica entre 2015-2025 en Chile. **Materiales y métodos:** Estudio observacional, descriptivo y ecológico. Se realizó un análisis descriptivo de la TM por DA en personas desde 20 años de edad durante el periodo 2015-2025 en Chile, según las variables sexo, edad, región, lugar y mes de defunción. Los datos se obtuvieron desde el Departamento de Estadística e Información en Salud y el Instituto Nacional de Estadística, y se procesaron mediante Microsoft Office Excel®. No se requirió evaluación por comité de ética. **Resultados:** Se estudiaron 2.290 defunciones, con una TM del período de 1,49 defunciones por cada 100.000 habitantes. Predominaron hombres, mayores de 80 años y residentes de la región de Aysén. El 63,45% de las defunciones ocurrieron en hospital o clínica y el mes más frecuente fue agosto. **Discusión:** La evolución temporal sugeriría cambios diagnósticos, subregistro pandémico y deterioro cardiovascular. La sobremortalidad masculina reflejaría mayor incidencia asociada a factores de riesgo. El gradiente etario y el predominio femenino en edades avanzadas responderían al envejecimiento vascular. La heterogeneidad regional, las muertes extrahospitalarias y la estacionalidad invernal evidenciarían brechas de acceso y estrés hemodinámico. **Conclusión:** Los hallazgos refuerzan la necesidad de fortalecer la sospecha diagnóstica en urgencias y el acceso oportuno a centros cardiovasculares de referencia, especialmente en regiones geográficamente dispersas.

Palabras clave: Chile; Disección Aórtica; Epidemiología; Mortalidad.

ABSTRACT

Introduction: Aortic dissection (AD) is a cardiovascular emergency associated with high mortality; therefore, this study aims to determine the mortality rate (MR) from AD as the underlying cause of death in Chile between 2015 and 2025. **Materials and Methods:** Observational, descriptive, ecological study. A descriptive analysis of the mortality rate from AD was performed in individuals aged 20 years and older in Chile during 2015-2025, according to sex, age, region, place of death, and month of death. Data were obtained from the Department of Health Statistics and Information and the National Statistics Institute, and were processed using Microsoft Office Excel®. Ethics committee approval was not required. **Results:** A total of 2,290 deaths were analyzed, with a period mortality rate of 1.49 deaths per 100,000 inhabitants. Deaths predominated among men, individuals aged 80 years and older, and residents of the Aysén Re-

gion. Overall, 63.45% of deaths occurred in a hospital or clinic, and August was the most frequent month of death. **Discussion:** The temporal trend may suggest diagnostic changes, pandemic-related underreporting, and cardiovascular deterioration. Male excess mortality may reflect a higher incidence associated with risk factors. The age gradient and female predominance at advanced ages may be related to vascular aging. Regional heterogeneity, out-of-hospital deaths, and winter seasonality may reflect access gaps and hemodynamic stress. **Conclusion:** These findings reinforce the need to strengthen diagnostic suspicion in emergency settings and improve timely access to cardiovascular referral centers, especially in geographically dispersed regions.

Keywords: Aortic Dissection; Chile; Epidemiology; Mortality.

INTRODUCCIÓN

La disección aórtica (DA) ocurre cuando un desgarro de la túnica íntima permite el ingreso de sangre entre la íntima y la media, generando un falso lumen que puede extenderse a lo largo de la pared aórtica¹. Según la clasificación de Stanford, se distingue entre DA tipo A, cuando compromete la aorta ascendente, y tipo B, cuando se limita a la aorta descendente distal a la arteria subclavia izquierda^{1,2,3}. La hipertensión arterial constituye el principal factor de riesgo modificable y está presente en más de la mitad de los pacientes. También se asocian la edad avanzada, el sexo masculino, el tabaquismo y la aterosclerosis^{1,3,4}. Además, predisponen a DA los trastornos del tejido conectivo, la válvula aórtica bicúspide, los antecedentes familiares y el consumo de cocaína o anfetaminas¹. El cuadro clínico suele manifestarse como dolor torácico súbito, intenso y de carácter desgarrante, aunque también puede presentarse con dolor dorsal o abdominal, síncope o déficit neurológico⁴. El diagnóstico se confirma mediante angiotomografía computarizada. La DA tipo A requiere reparación quirúrgica de emergencia, mientras que la tipo B no complicada suele manejarse con tratamiento médico conservador^{1,3}. La progresión de la enfermedad puede desencadenar complicaciones graves como rotura aórtica, taponamiento cardíaco, isquemia miocárdica, accidente cerebrovascular y mala perfusión de órganos, que explican en gran medida su elevada mortalidad. A nivel global, la incidencia varía entre 2,8 y 10 casos por 100.000 habitantes según la región², con tasas de mortalidad ajustadas superiores en países de ingresos altos⁵ y una tendencia ascendente descrita tanto mundialmente como en Chile^{6,7}. La enfermedad predomina en hombres, con una edad media de presentación entre los 50 y 67 años^{2,4}. En Chile, el único

análisis nacional específico reportó predominio masculino y mayor concentración entre los 65 y 79 años durante 2018-2022⁷. Dado lo anterior, resulta importante actualizar el análisis de la mortalidad por disección aórtica en Chile para caracterizar tendencias recientes y aportar información útil para la planificación sanitaria.

Objetivo principal

Determinar la tasa de mortalidad por disección aórtica durante el período 2015-2025 en Chile.

Objetivos secundarios

- Comparar descriptivamente la tasa de mortalidad según sexo.
- Calcular la tasa de mortalidad de cada grupo etario.
- Analizar descriptivamente la tasa de mortalidad según grupo etario y sexo.
- Establecer la tasa de mortalidad según región de residencia.
- Determinar el lugar de defunción más frecuente.
- Identificar el mes de defunción más frecuente.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional, descriptivo y ecológico sobre la tasa de mortalidad por disección aórtica como causa básica en personas de 20 años o más en Chile entre 2015-2025. La unidad de análisis fue la población, agregada por sexo, grupo etario, región de residencia, lugar y mes de defunción. Los datos se obtuvieron del Departamento de Estadísticas e Información de Salud (DEIS), considerando las defunciones codificadas como I71.0 según CIE-10 correspondiente a "Disección de la aorta". La

población de referencia se obtuvo del Censo de Población y Vivienda 2024 del Instituto Nacional de Estadísticas (INE).

El análisis descriptivo se realizó mediante medidas de tendencia central y frecuencias relativas, junto con tasas específicas por cada variable de interés. Para el cálculo de la tasa de mortalidad anual por 100.000 habitantes se utilizó la siguiente fórmula:

$$\text{Tasa de mortalidad} = \frac{(\text{N.º de defunciones por DA en determinado año} / \text{Población total en riesgo}) \times 100.000}$$

También se calculó el índice de sobremortalidad masculina (ISM) mediante la siguiente fórmula:

$$\text{Índice de sobremortalidad} = \frac{\text{TM sexo masculino} / \text{TM sexo femenino masculina}}$$

Los resultados se presentaron en tablas y gráficos desarrollados con Microsoft Office Excel®.

El estudio no requirió evaluación por comité de ética, dado que utilizó exclusivamente bases de datos secundarias de acceso público y previamente anonimizadas.

RESULTADOS

Durante el período 2015-2025 se registraron 2.290 defunciones por disección aórtica como causa básica en personas de 20 años o más en Chile, con una tasa de mortalidad de 1,49 defunciones por cada 100.000 habitantes.

La tasa anual inició en 1,19 defunciones por cada 100.000 habitantes en 2015 y descendió a 1,10 en 2016, el valor más bajo del período. Luego aumentó a 1,50 en 2017 y se mantuvo estable en 2018 y 2019, con tasas de 1,48 y 1,49, respectivamente. En 2020 disminuyó a 1,40, aumentó a 1,53 en 2021 y volvió a descender a 1,37 en 2022. Desde 2023 se observó un incremento, con tasas de 1,67 en 2023, 1,84 en 2024 y 1,80 en 2025, siendo 2024 el año con mayor mortalidad del período.

Según sexo, la tasa del período fue de 1,96 defunciones por cada 100.000 habitantes en hombres y de 1,06 en mujeres, con un índice de sobremortalidad masculina de 1,85. En hombres, el valor más alto se registró en 2024, con 2,38, y los más bajos en 2015 y 2016, con 1,45 en ambos años. En mujeres, la tasa máxima también se observó en 2024, con 1,34, y la mínima en 2016, con 0,78 defunciones por cada 100.000 habitantes (Figura 1).

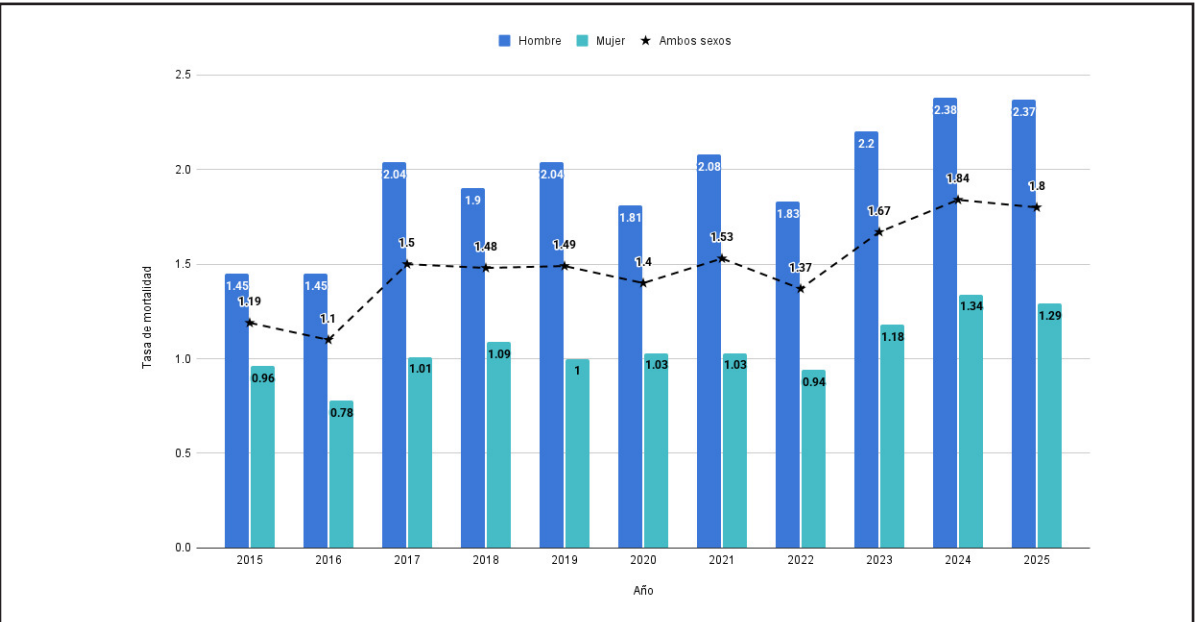


Figura 1: Tasa de mortalidad por disección aórtica (defunciones por cada 100.000 habitantes) en población de 20 años o más, según sexo, durante el período 2015-2025 en Chile.

La edad promedio de defunción fue de 65,61 años, siendo menor en hombres que en mujeres: 62,86 y 70,25 años, respectivamente, con una diferencia de 7,39 años.

Según grupo etario, la mortalidad mostró un incremento progresivo con la edad, con una tasa de 0,24 defunciones por cada 100.000 habitantes en el grupo de 20 a 44 años hasta 6,29 en personas de 80 años o más (Figura 2).

Al desagregar por sexo y grupo etario, el predominio masculino se mantuvo en la mayoría de los grupos. Sin embargo, en personas de 80 años o más la mortalidad femenina superó a la masculina, con tasas de 6,11 y 5,58 defunciones por cada 100.000 habitantes, respectivamente (Figura 3).

La distribución regional fue heterogénea, con tasas entre 0,76 defunciones por cada 100.000 habitantes en Arica y Parinacota y 2,69 en Aysén.

Además de Aysén, las regiones con mortalidad elevada fueron Ñuble y la Región Metropolitana, con 1,86 y 1,63, respectivamente. En contraste, luego de Arica y Parinacota, las menores tasas se observaron en Tarapacá y Los Lagos, con 0,87 y 1,05, respectivamente. En términos absolutos, la Región Metropolitana concentró el 44,32% de los casos (n = 1.015), seguida por Valparaíso con 11,31% (n = 259) y Biobío con 9,51% (n = 218) (Figura 4).

Respecto del lugar de defunción, el 63,45% de los fallecimientos ocurrió en hospital o clínica (n = 1.453), seguido por otros lugares con 23,89% (n = 547) y domicilio con 12,66% (n = 290) (Figura 5).

En cuanto a la distribución mensual, julio y agosto concentraron las mayores proporciones de defunciones, con un 10,0% y 10,2%, respectivamente. A su vez, febrero y marzo registraron el menor número de casos, con un 5,9% y 6,6%, respectivamente (Figura 6).

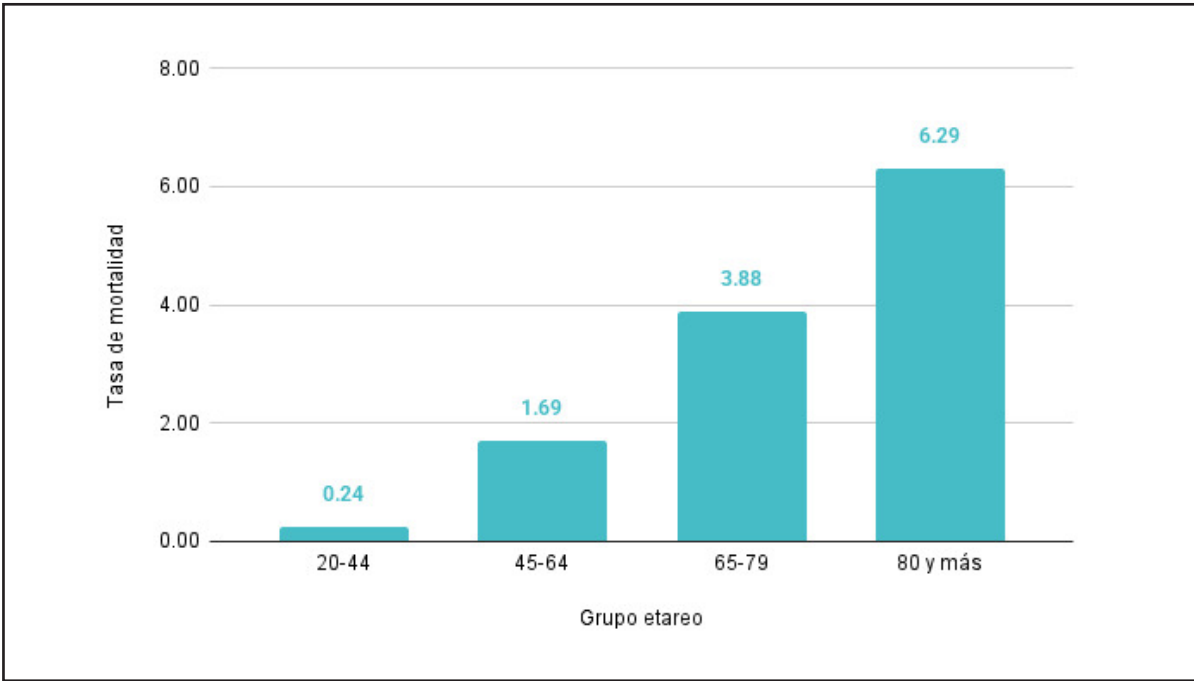


Figura 2: Tasa de mortalidad por disección aórtica (defunciones por cada 100.000 habitantes) en población de 20 años o más, según rangos etarios, durante el período 2015-2025 en Chile.

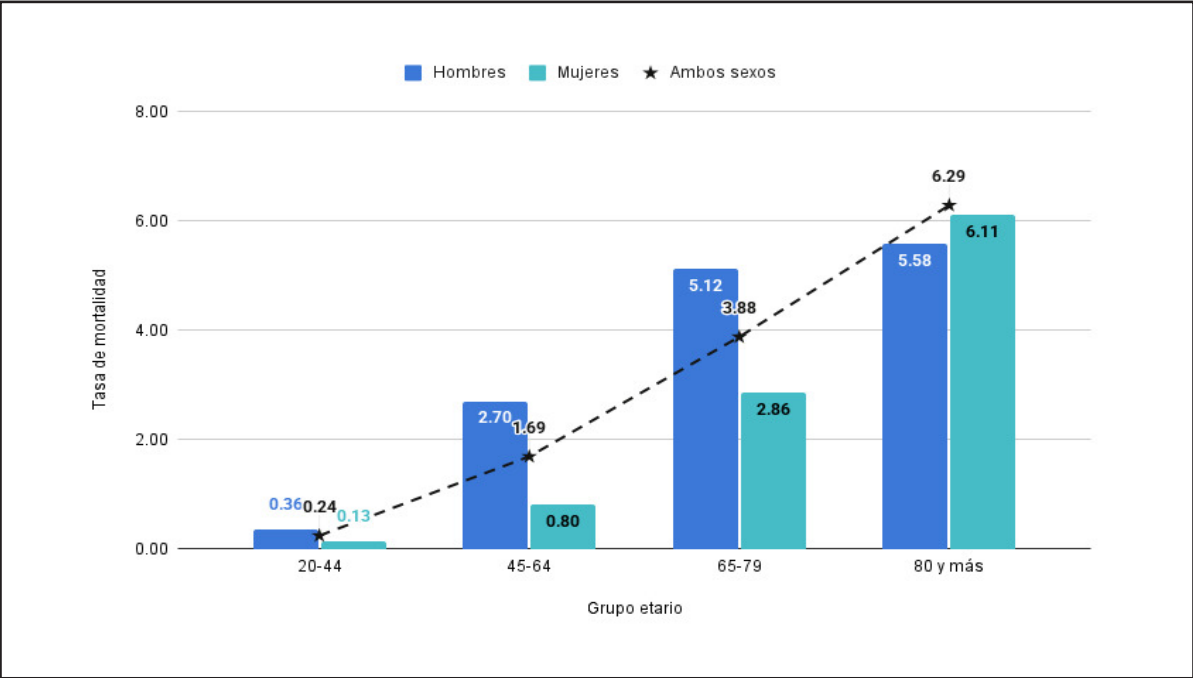


Figura 3: Tasa de mortalidad por disección aórtica (defunciones por cada 100.000 habitantes) en población de 20 años o más, según rangos etario y sexo durante el periodo 2015-2025 en Chile.

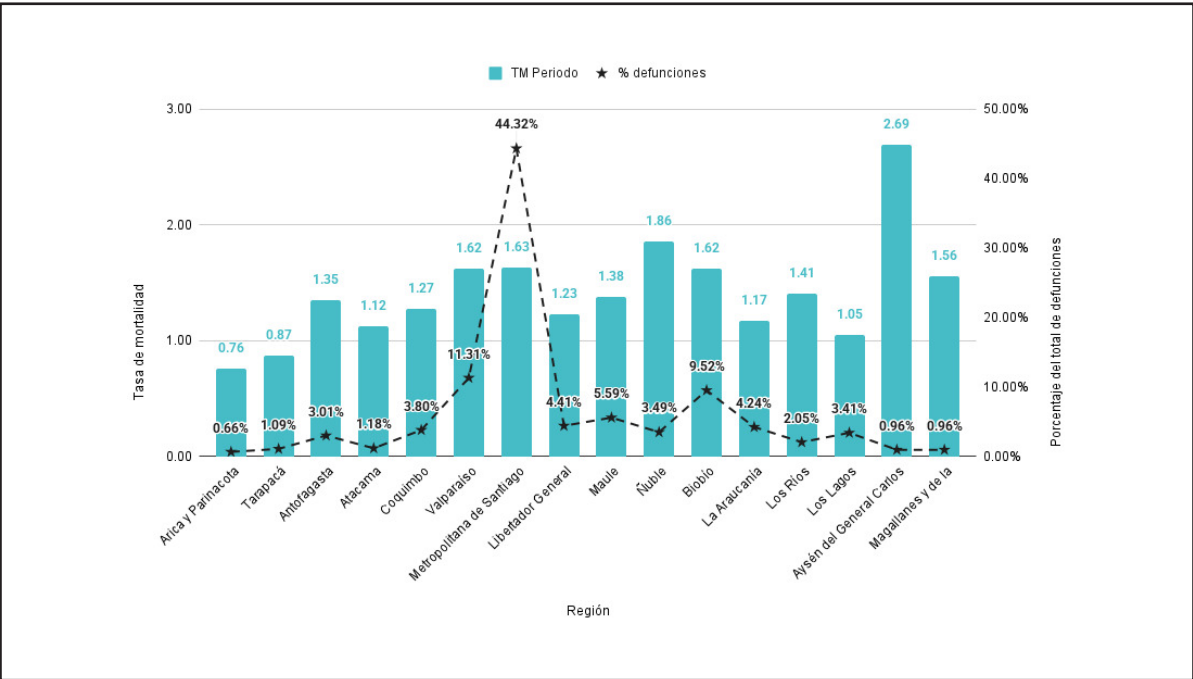


Figura 4: Tasa de mortalidad y distribución porcentual de defunción por disección aórtica (defunciones por cada 100.000 habitantes) en población de 20 años o más, según región, durante el periodo 2015-2025 en Chile.

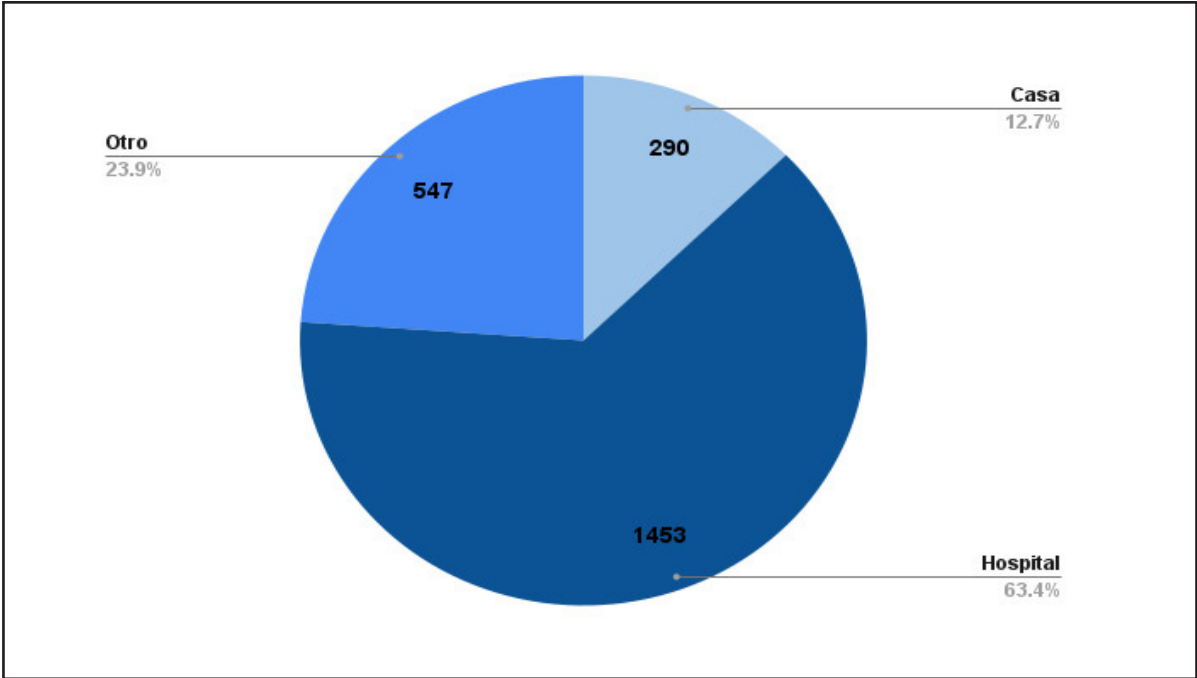


Figura 5: Distribución porcentual de las defunciones por disección aórtica en población de 20 años o más, según lugar de deceso, durante el período 2015-2025 en Chile.

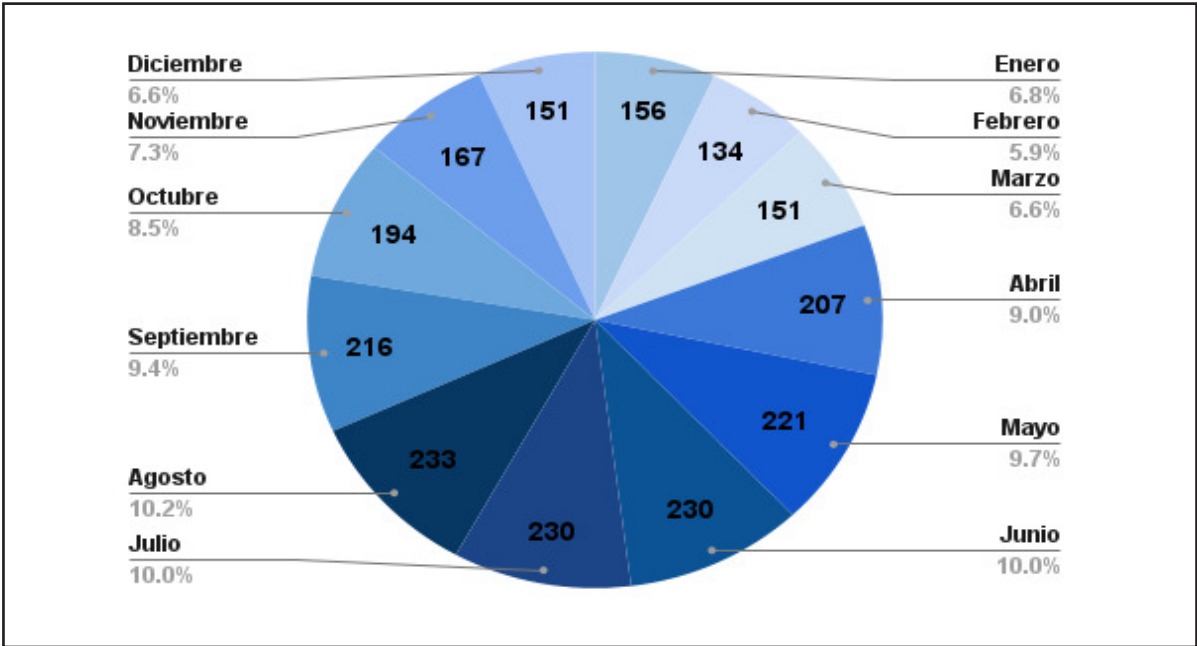


Figura 6: Distribución porcentual de las defunciones por disección aórtica en población de 20 años o más, según mes de deceso, durante el período 2015-2025 en Chile.

DISCUSIÓN

La evolución temporal de la mortalidad por DA a lo largo del período estudiado evidencia una tendencia al alza, atenuada por las limitaciones propias del registro. La correcta asignación del código I71.0 requiere confirmación por imagen, a menudo inaccesible en los decesos extrahospitalarios³. Esta dificultad, sumada al frecuente error diagnóstico en urgencias por la falta de biomarcadores^{4,5}, explica que los datos mantengan un subregistro sistemático continuo. Pese a ello, el incremento global registrado en los resultados concuerda con la literatura internacional^{6,7} y nacional⁸. Sobre esta tendencia ascendente se superpone la perturbación de la pandemia. Los descensos observados en 2020 y 2022 se fundamentan en un claro subregistro clínico, puesto que la menor consulta a urgencias y las muertes domiciliarias sin imagen dificultaron la codificación adecuada^{4,8,9}. Paralelamente, la interrupción documentada de tratamientos cardiovasculares⁹ acumuló un riesgo poblacional que respalda clínicamente el repunte máximo evidenciado hacia los años 2023 y 2024. No obstante, por el diseño ecológico de la investigación, estos hallazgos deben interpretarse estrictamente a nivel poblacional, sin inferir causalidad individual.

En cuanto al sexo, la sobremortalidad masculina constituye uno de los hallazgos más consistentes con la literatura internacional, que reconoce al sexo masculino como un determinante relevante de mortalidad por DA^{1,2,10}. En países de altos ingresos, las tasas masculinas ajustadas aproximadamente duplican a las femeninas^{3,6}, y registros quirúrgicos de gran escala confirman una mayor frecuencia en hombres¹¹. Sin embargo, el análisis multivariado del International Registry of Acute Aortic Dissection (IRAD) no muestra diferencias significativas en mortalidad intrahospitalaria¹², lo que sugiere que esta sobremortalidad reflejaría principalmente una mayor incidencia asociada a factores de riesgo modificables, más que una mayor letalidad tras instaurarse la disección.

Esta diferencia por sexo también se expresa en la edad de presentación. Tanto un registro quirúrgico alemán¹¹ como el IRAD¹² han documentado que las mujeres presentan DA entre seis y siete años más tarde que los hombres^{2,10}. Este desfase se ha asociado a una mayor carga de comorbilidades y a un perfil

operatorio más desfavorable en el grupo femenino al momento del diagnóstico, lo que podría influir en su evolución clínica y pronóstico^{11,12}.

El incremento progresivo de la mortalidad con la edad concuerda con la evidencia internacional^{1,2,10}. Un análisis de más de 7.000 cirugías urgentes por DA tipo A demostró que los pacientes mayores de 80 años presentaban un riesgo de mortalidad intrahospitalaria 6,8 veces superior al de los menores de 40 años¹³, dato especialmente relevante en el contexto del envejecimiento progresivo de la población chilena documentado en el Censo 2024¹⁴.

Dentro de ese gradiente etario, el grupo de 80 años y más destaca como el único en que la TM femenina supera a la masculina, patrón explicable por la menor esperanza de vida masculina y la fragilidad vascular posmenopáusica acumulada. La representación femenina crece con la edad en los principales registros internacionales^{11,12,13}, y su mayor frecuencia operatoria en ese rango etario refleja esta convergencia demográfica.

Más allá de los determinantes biológicos individuales, la heterogeneidad regional sugiere factores estructurales. La mayor mortalidad en regiones con menor acceso geográfico a centros quirúrgicos de alta complejidad refleja una barrera que condiciona los desenlaces más allá de la incidencia basal, patrón descrito en sistemas de salud con disparidades territoriales similares⁶.

El predominio de muertes intrahospitalarias concuerda con la evidencia actual. Por su parte, el registro de los decesos domiciliarios refleja un desafío diagnóstico ya documentado. Al certificar un fallecimiento en el hogar, la falta de imágenes, autopsias y supervisión médica genera una subestimación sistemática de la disección aórtica^{3,7}. Dado que casi la mitad de los pacientes fallece antes de llegar a un hospital⁴, resulta lógico y esperable que los registros oficiales no logren captar a los casos más graves, una limitación del sistema que se acentúa en zonas sin acceso a confirmación post mortem.

A los factores estructurales se suma un componente ambiental, ya que el predominio de fallecimientos en meses invernales concuerda con la asociación entre bajas temperaturas, mayor presión arterial y estrés hemodinámico sobre la pared aórtica⁵. Asimismo, un análisis de más de 86.000 muertes por DA encontró una correlación negativa entre

temperatura ambiental y mortalidad¹⁵, respaldando la estacionalidad como factor desencadenante de interés preventivo.

Como fortaleza, el uso de datos nacionales del DEIS durante un período prolongado, con denominadores actualizados al Censo 2024, permite una visión epidemiológica amplia. Como limitaciones, la codificación CIE-10 no distingue entre Stanford A y B, y el código I71.0 no captura muertes sin confirmación imagenológica ni autopsia, infraestimando la mortalidad real.

CONCLUSIÓN

La mortalidad por disección aórtica en Chile durante 2015-2025 se ve influida por el envejecimiento poblacional, la heterogeneidad territorial en el acceso a cirugía cardiovascular de emergencia y el impacto diferido de la pandemia en el control de enfermedades crónicas. La sobremortalidad masculina y la mayor edad de presentación femenina orientan hacia estrategias de diagnóstico precoz diferenciadas por sexo, especialmente en grupos mayores y regiones geográficamente dispersas, donde la distancia a centros especializados condiciona el desenlace.

REFERENCIAS

1. Belyaev A. A comprehensive review of acute type A aortic dissection: Epidemiology, classification, management strategies, mortality risk assessment, and ethical considerations for patients who refuse blood transfusions. *Rev Cardiovasc Med* [Internet]. 2025; 26(10): 44307. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.31083/RCM44307>
2. Yin J, Liu F, Wang J, Yuan P, Wang S, Guo W. Aortic dissection: Global epidemiology. *Cardiol Plus* [Internet]. 2022; 7(4): 151-161. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1097/cp9.0000000000000028>
3. Hemida MF, Ibrahim AA, Zeeshan N, Faisal MR, Patel K, Hussein M, et al. Trends and disparities in aortic dissection mortality in the united states: A retrospective analysis. *BMC Cardiovasc Disord* [Internet]. 2026; 26(1): 66. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1186/s12872-025-05446-5>
4. Reed MJ, Adamson D, Hargreaves C, Burns JF, Hendry P, Henry J. One in three patients with acute aortic dissection are misdiagnosed: Implications for clinical practice and consent. *Br J Hosp Med* [Internet]. 2024; 85(2): 1-8. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.12968/hmed.2023.0366>
5. Yuan X, Mitsis A, Nienaber CA. Current understanding of aortic dissection. *Life (Basel)* [Internet]. 2022; 12(10): 1606. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.3390/life12101606>
6. Hibino M, Dhingra NK, Verma R, Nienaber CA, Yanagawa B, Verma S. Disparities in mortality rates from aortic aneurysm and dissection by country-level income status and sex. *JTCVS Open* [Internet]. 2024; 21: 224-238. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.xjon.2024.08.004>
7. Abdallah N, Mouchati C, Crowley C, Hanna L, Goodall R, Saliccioli JD, et al. Trends in mortality from aortic dissection analyzed from the World Health Organization Mortality Database from 2000 to 2017. *Int J Cardiol* [Internet]. 2022; 360: 83-90. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijcard.2022.05.043>
8. Leal FV, Fuentes VF, Torres CH, Joshelyn HM, González JS, Espinoza FV. Mortalidad por disección y aneurisma aórtico entre los años 2018 a 2022 en Chile: Una mirada a la epidemiología nacional. *Rev Estud Med Sur* [Internet]. 2023; 10(2): 1-7. Disponible en: <https://rems.ufro.cl/index.php/rems/article/view/181>
9. Solís J, Acosta M, Caldo F, Carmona M, Díaz C, Zoror C, et al. Factores sociales y de salud relacionados a la discontinuidad de los tratamientos en adultos chilenos con enfermedades crónicas durante la pandemia por COVID-19. *Rev Med Chil* [Internet]. 2024; 152(10): 1038-1048. Disponible en: <https://www.revistamedicadechile.cl/index.php/rmedica/article/view/10092>
10. Smedberg C, Hultgren R, Olsson C, Steuer J. Incidence, presentation and outcome of acute aortic dissection: Results from a population-based study. *Open Heart* [Internet]. 2024; 11(1): e002595. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1136/openhrt-2023-002595>
11. Rylski B, Georgieva N, Beyersdorf F, Büsch C, Boening A, Haunschild J, et al. Gender-related differences in patients with acute aortic dissection type A. *J Thorac Cardiovasc Surg* [Internet]. 2021; 162(2): 528-535.e1. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jtcvs.2019.11.039>
12. Huckaby LV, Sultan I, Trimarchi S, Leshnower B, Chen EP, Brinster DR, et al. Sex-based aortic dissection outcomes from the International Registry of Acute Aortic Dissection. *Ann Thorac Surg* [Internet]. 2022; 113(2): 498-505. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.athoracsur.2021.03.100>
13. Catalano MA, Mamdouhi T, Pupovac S, Kennedy KF, Brinster DR, Hartman A, et al. Age, sex, and contemporary outcomes in surgical repair of type A aortic dissection: Insights from the National Inpatient Sample. *JTCVS Open* [Internet]. 2022; 11: 23-36. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.xjon.2022.06.013>
14. Instituto Nacional de Estadísticas (INE). Síntesis de resultados Censo de Población y Vivienda 2024 [Internet]. Santiago: INE; 2025. Disponible en: https://censo2024.ine.gob.cl/wp-content/uploads/2025/12/sintesis_resultados_censo2024.pdf
15. Wang H, Wang S, Fan K, Li Y, Wang Z, Mawas M, et al. Spatiotemporal mortality patterns and temperature-associated risk of aortic dissection in the United States: A national CDC WONDER database analysis. *Vasc Health Risk Manag* [Internet]. 2026; 22: 569639. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.2147/VHRM.S569639>

Síndrome del seno enfermo como causa de hospitalización en Chile: Estudio descriptivo 2021–2024

Sick sinus syndrome as a cause of hospitalization in Chile: A descriptive study, 2021–2024

Sebastián Rojas Marchant^{1*}. <https://orcid.org/0009-0009-7812-7187>

Camila Rodríguez Contreras¹. <https://orcid.org/0009-0007-0349-368X>

Scarlett Garces Catril¹. <https://orcid.org/0009-0004-6583-4126>

Pablo Sanzana Ruiz². <https://orcid.org/0009-0004-8027-8471>

Paola Herrera Vaca³. <https://orcid.org/0009-0002-8093-0525>

¹Médico Cirujano, Universidad Católica del Maule. Talca, Chile.

²Médico Cirujano, Universidad Andrés Bello. Viña del Mar, Chile.

³Médica Cirujana, Universidad Autónoma Gabriel René Moreno. Santa Cruz de la Sierra, Bolivia.

*Correspondencia: Sebastián Rojas Marchant / sean_1610@hotmail.com

Declaración de intereses: Los autores declaran no tener conflictos de interés.

Recibido: 17/05/2026.

Aceptado: 05/06/2026.

RESUMEN

Introducción: El síndrome del seno enfermo (SSE) es una causa relevante de hospitalización y de implante de marcapasos permanente. En Chile, la información epidemiológica sobre esta condición es limitada. **Objetivo:** Analizar la hospitalización por síndrome del seno enfermo en Chile durante el período 2021–2024, describiendo su comportamiento según sexo, grupo etario y promedio de estadía hospitalaria. **Materiales y métodos:** Estudio observacional, descriptivo y transversal de los egresos hospitalarios con diagnóstico principal de síndrome del seno enfermo (CIE-10: I49.5), obtenidos del Departamento de Estadísticas e Información de Salud (DEIS). Se calcularon tasas de egreso hospitalario por 100.000 habitantes utilizando datos poblacionales del Instituto Nacional de Estadísticas (INE) y se describieron según sexo y grupo etario. Se analizó descriptivamente el promedio de estadía hospitalaria. **Resultados:** Entre 2021 y 2024 se registraron 5.242 egresos hospitalarios por SSE, con una tasa promedio del período de 7,09 por 100.000 habitantes y un incremento de 43,2% entre 2021 y 2024 (5,90 a 8,45 por 100.000 habitantes). La tasa fue consistentemente superior en hombres (7,66) que en mujeres (6,56 por 100.000 habitantes), con un índice de masculinidad de 1,17. El análisis por grupo etario evidenció un incremento exponencial de la tasa con la edad, desde 0,11 en el grupo de 0–4 años hasta 91,86 por 100.000 habitantes en el grupo de 80 años y más. El promedio de estadía hospitalaria del período fue de 5,69 días, con tendencia descendente desde 2022 (6,02 días) hasta 2024 (5,25 días). Las mujeres presentaron mayor estadía promedio que los hombres (5,98 versus 5,35 días). **Conclusión:** La hospitalización por síndrome del seno enfermo en Chile mostró un incremento sostenido entre 2021 y 2024, concentrándose principalmente en hombres y en personas de 65 años y más. El promedio de estadía hospitalaria presentó una tendencia descendente. Estos hallazgos refuerzan la necesidad de fortalecer la pesquisa de arritmias bradicardias en población adulta mayor y de garantizar el acceso oportuno al implante de marcapasos permanente. **Palabras clave:** Chile; Disfunción del nodo sinusal; Egresos hospitalarios; Epidemiología; Marcapasos; Síndrome del seno enfermo.

ABSTRACT

Introduction: Sick sinus syndrome (SSS) is a significant cause of hospitalization and permanent pacemaker implantation. In Chile, epidemiological data on this condition remain limited. **Objective:** To analyze hospitalizations due

to sick sinus syndrome in Chile during the 2021–2024 period, describing its behavior according to sex, age group, and mean length of hospital stay. **Materials and methods:** An observational, descriptive, and cross-sectional study of hospital discharges with a primary diagnosis of sick sinus syndrome (ICD-10: I49.5) was conducted using data from the Department of Health Statistics and Information (DEIS). Discharge rates per 100,000 inhabitants were calculated using population data from the National Institute of Statistics (INE) and described by sex and age group. Mean length of hospital stay was analyzed descriptively. **Results:** Between 2021 and 2024, a total of 5,242 hospital discharges due to SSS were recorded, yielding a mean annual discharge rate of 7.09 per 100,000 inhabitants, with a 43.2% increase over the period (from 5.90 in 2021 to 8.45 per 100,000 inhabitants in 2024). Discharge rates were consistently higher in men (7.66) than in women (6.56 per 100,000 inhabitants), with a male-to-female ratio of 1.17. Age-stratified analysis revealed an exponential increase in discharge rates with advancing age, ranging from 0.11 in the 0–4 year age group to 91.86 per 100,000 inhabitants in those aged 80 years and older. The mean length of hospital stay for the period was 5.69 days, with a downward trend from 2022 (6.02 days) to 2024 (5.25 days). Women had a longer mean stay than men (5.98 versus 5.35 days). **Conclusion:** Hospitalizations due to sick sinus syndrome in Chile showed a sustained increase between 2021 and 2024, predominantly affecting men and individuals aged 65 years and older. Mean length of hospital stay declined over the period. These findings underscore the need to strengthen arrhythmia screening in older adults and to ensure timely access to permanent pacemaker implantation.

Keywords: Chile; Epidemiology; Hospital discharges; Pacemaker; Sick sinus syndrome; Sinoatrial node dysfunction.

INTRODUCCIÓN

El síndrome del seno enfermo (SSE), también denominado disfunción del nodo sinusal, corresponde a un conjunto de alteraciones del automatismo del nodo sinoauricular que condicionan una frecuencia cardíaca inapropiada para las demandas fisiológicas del organismo. Este trastorno incluye bradicardia sinusal persistente, pausas sinusales, bloqueo sinoauricular, incompetencia cronotrópica y el síndrome bradicardia-taquicardia, frecuentemente asociado a fibrilación auricular. La fisiopatología se relaciona principalmente con fibrosis degenerativa del nodo sinusal y remodelado auricular progresivo, procesos asociados al envejecimiento, enfermedades cardiovasculares estructurales, alteraciones metabólicas y factores genéticos que conducen a deterioro del marcapasos fisiológico cardíaco^{1,2}.

Desde el punto de vista clínico, el síndrome del seno enfermo presenta manifestaciones variables que dependen del grado de bradicardia y de la presencia de arritmias supraventriculares asociadas. Los síntomas más frecuentes incluyen síncope, presíncope, mareos, fatiga, intolerancia al ejercicio, disnea y palpitaciones, los cuales se explican por hipoperfusión cerebral y sistémica secundaria a pausas sinusales o bradicardia sostenida. En un porcentaje relevante de pacientes se presenta el

síndrome bradicardia-taquicardia, condición asociada a fibrilación auricular, accidente cerebrovascular y mayor probabilidad de hospitalización. El diagnóstico se basa en la correlación entre síntomas y alteraciones electrocardiográficas documentadas mediante electrocardiograma o monitorización ambulatoria prolongada^{1,3}.

Aunque el síndrome del seno enfermo es más frecuente en adultos mayores debido a cambios degenerativos del sistema de conducción, también puede presentarse en población pediátrica y adolescentes, donde se asocia a cardiopatías congénitas, cirugía cardíaca previa, enfermedades infiltrativas, canalopatías o causas genéticas. En estos grupos etarios, la presentación clínica puede variar desde bradicardia asintomática hasta síncope, intolerancia al ejercicio y eventos arritmicos, constituyendo también una causa de hospitalización, aunque menos frecuente que en adultos^{2,4}.

A nivel epidemiológico, la disfunción del nodo sinusal constituye una de las principales indicaciones de implante de marcapasos permanente y se asocia a mayor riesgo de fibrilación auricular, accidente cerebrovascular, insuficiencia cardíaca y mortalidad cardiovascular. Estas complicaciones determinan aumento de hospitalizaciones, mayor duración de estadía hospitalaria y mayor utilización de recursos

sanitarios. Estudios recientes han demostrado además que los pacientes con síndrome del seno enfermo presentan riesgo significativo de eventos tromboembólicos incluso en ausencia de fibrilación auricular, lo que refuerza su relevancia clínica^{4,5,6}.

Las principales causas de hospitalización en pacientes con síndrome del seno enfermo incluyen síncope recurrente, bradicardia sintomática, pausas sinusales prolongadas, fibrilación auricular asociada, insuficiencia cardíaca descompensada, eventos cerebrovasculares y necesidad de implante de marcapasos permanente. Estas complicaciones se observan con mayor frecuencia en población adulta mayor, aunque también pueden presentarse en población pediátrica y adultos jóvenes con patologías estructurales o genéticas del sistema de conducción^{1,5}.

En Chile, la información epidemiológica sobre la hospitalización por síndrome del seno enfermo es limitada tanto en población pediátrica como adulta. El análisis de egresos hospitalarios permite estimar la magnitud del problema, identificar los grupos etarios más afectados y describir el comportamiento temporal de esta condición. Considerando el envejecimiento poblacional y la carga creciente de enfermedades cardiovasculares, resulta relevante evaluar la hospitalización por síndrome del seno enfermo en el contexto nacional reciente.

El objetivo del presente estudio fue analizar la hospitalización por síndrome del seno enfermo en población pediátrica y adulta en Chile durante el período 2021–2024, describiendo su comportamiento epidemiológico según sexo, grupo etario y promedio de estadía hospitalaria.

Objetivo general

- Determinar la tasa de egreso hospitalario por síndrome del seno enfermo en Chile durante el período 2021–2024.

Objetivos específicos

- Establecer la tasa de egreso hospitalario por síndrome del seno enfermo según sexo.
- Describir la tasa de egreso hospitalario por síndrome del seno enfermo según grupo etario.
- Analizar descriptivamente el promedio de estadía hospitalaria por síndrome del seno enfermo.
- Comparar descriptivamente el promedio de estadía hospitalaria según sexo.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio observacional, descriptivo y transversal de los egresos hospitalarios por síndrome del seno enfermo en población pediátrica y adulta en Chile durante el período 2021–2024. Las variables incluidas en el análisis fueron sexo (femenino y masculino), grupo etario y promedio de estadía hospitalaria. Los grupos etarios considerados fueron de la edad de menores de 4 años a 80 y más años.

La información se obtuvo de fuentes oficiales. Del Departamento de Estadísticas e Información de Salud (DEIS) se recopiló los egresos hospitalarios con diagnóstico principal de síndrome del seno enfermo, identificados mediante el código CIE-10 I49.5. Del Instituto Nacional de Estadísticas (INE) se utilizaron los datos poblacionales correspondientes para el cálculo de tasas.

El análisis fue de carácter descriptivo y utilizó porcentajes, tasas y medidas de tendencia central. La tasa de egreso hospitalario se calculó mediante la siguiente fórmula:

	Número de egresos hospitalarios por síndrome del Seno enfermo en determinado año)/(Población total en riesgo) x 100.000
Tasa de Egreso Hospitalario:	Población total en riesgo

El procesamiento y análisis de los datos se efectuó con Microsoft Excel 2019, utilizando tablas dinámicas, funciones estadísticas básicas, análisis de tendencias y gráficos de líneas y barras para la visualización de los resultados.

La investigación no requirió evaluación por comité de ética, dado que se utilizaron bases de datos secundarias de acceso público y sin identificación de personas. El estudio se ajustó a la normativa vigente y el equipo investigador declara no presentar conflictos de interés.

RESULTADOS

Durante el período 2021–2024 se registraron un total de 5.242 egresos hospitalarios por síndrome del seno enfermo en Chile, determinando una tasa promedio anual de egreso hospitalario del período de 7,09 egresos por cada 100.000 habitantes.

A lo largo de la serie, la tasa anual presentó un incremento progresivo y sostenido, con valores comprendidos entre 5,90 y 8,45 egresos por cada 100.000 habitantes. En 2021 se registró la tasa más baja del período, con 5,90 egresos por cada 100.000 habitantes, seguida de 6,58 en 2022. En 2023 la tasa ascendió a 7,44 egresos por cada 100.000 habitantes, alcanzando su valor máximo en 2024, con 8,45 egresos por cada 100.000 habitantes.

Durante el período 2021–2024, la tasa de egreso hospitalario por síndrome del seno enfermo se mantuvo consistentemente más alta en los hombres que en las mujeres. La tasa del período fue de 7,66 egresos por cada 100.000 habitantes en hombres y de 6,56 egresos por cada 100.000 habitantes en mujeres, lo que corresponde a un índice de sobremortalidad masculina de 1,17. En los hombres, la tasa presentó una tendencia ascendente sostenida a lo largo de todo el período, con el valor más bajo registrado en 2021 es de 6,40 egresos por cada 100.000 habitantes y el más elevado en 2024 de 9,43 egresos por cada 100.000 habitantes. En las

mujeres, la evolución anual siguió un patrón similar de ascenso progresivo, con la menor tasa en 2021 es de 5,42 egresos por cada 100.000 habitantes y la mayor en 2024 es de 7,52 egresos por cada 100.000 habitantes (Figura 1).

Durante el período 2021–2024, la tasa de egreso hospitalario por síndrome del seno enfermo mostró un incremento progresivo y marcado según la edad. En los grupos etarios más jóvenes, las tasas fueron considerablemente bajas, registrándose 0,11 casos por cada 100.000 habitantes en el grupo de 0–4 años, 0,20 en el grupo de 5–9 años, 0,46 en el grupo de 10–14 años y 0,12 en el grupo de 15–19 años. En el grupo de 20–44 años la tasa fue de 0,31 casos por cada 100.000 habitantes. A partir del grupo de 45–64 años se observa un ascenso significativo, con una tasa de 3,20 casos por cada 100.000 habitantes. Posteriormente, la tasa se elevó a 29,52 casos por cada 100.000 habitantes en el grupo de 65–79 años, alcanzando su valor máximo en el grupo de 80 años y más, con 91,86 casos por cada 100.000 habitantes (Figura 2).

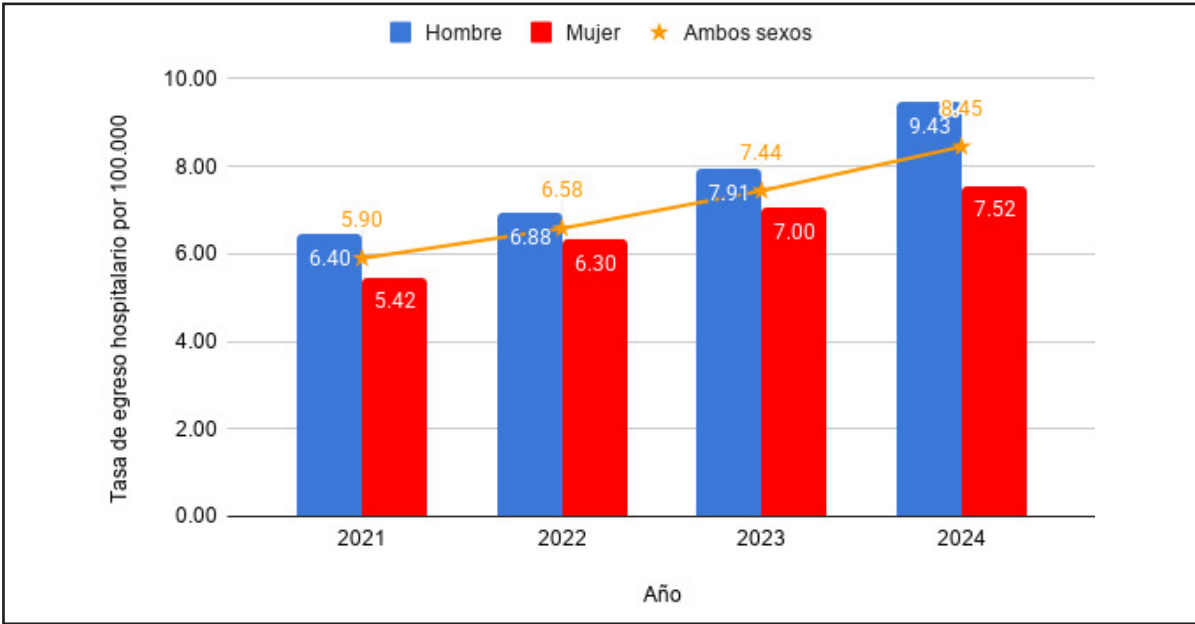


Figura 1: Tasa de egreso hospitalario por síndrome del seno enfermo (casos por cada 100.000 habitantes), según sexo, durante el período 2021–2024 en Chile.

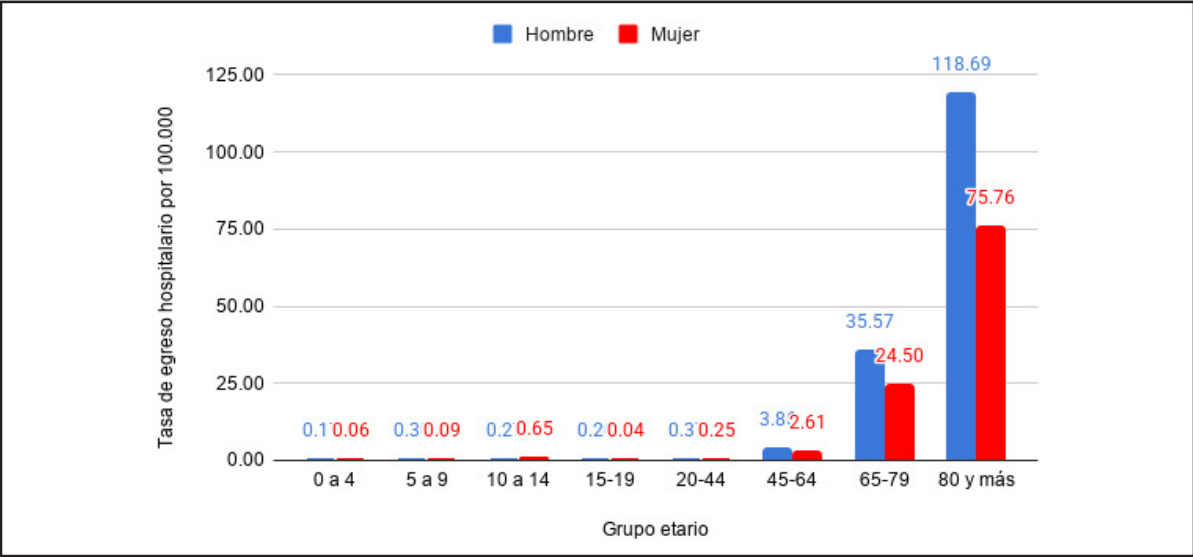


Figura 2: Tasa de egreso hospitalario por síndrome del seno enfermo (casos por cada 100.000 habitantes), según grupo etario, Chile 2021–2024.

El promedio de estadía hospitalaria para el período 2021–2024 fue de 5,69 días por egreso. A lo largo de la serie, el promedio anual presentó una tendencia descendente, con el valor más alto registrado en 2022, con 6,02 días, seguido de 5,95 días en 2021. En 2023 el promedio descendió a 5,54 días, alcanzando su valor mínimo en 2024,

con 5,25 días por egreso. Al comparar según sexo, las mujeres presentaron un promedio de estadía del período mayor al de los hombres, con 5,98 y 5,35 días respectivamente. Esta diferencia se mantuvo en todos los años evaluados, con excepción de 2024, en que ambos sexos tendieron a aproximarse (Figura 3).

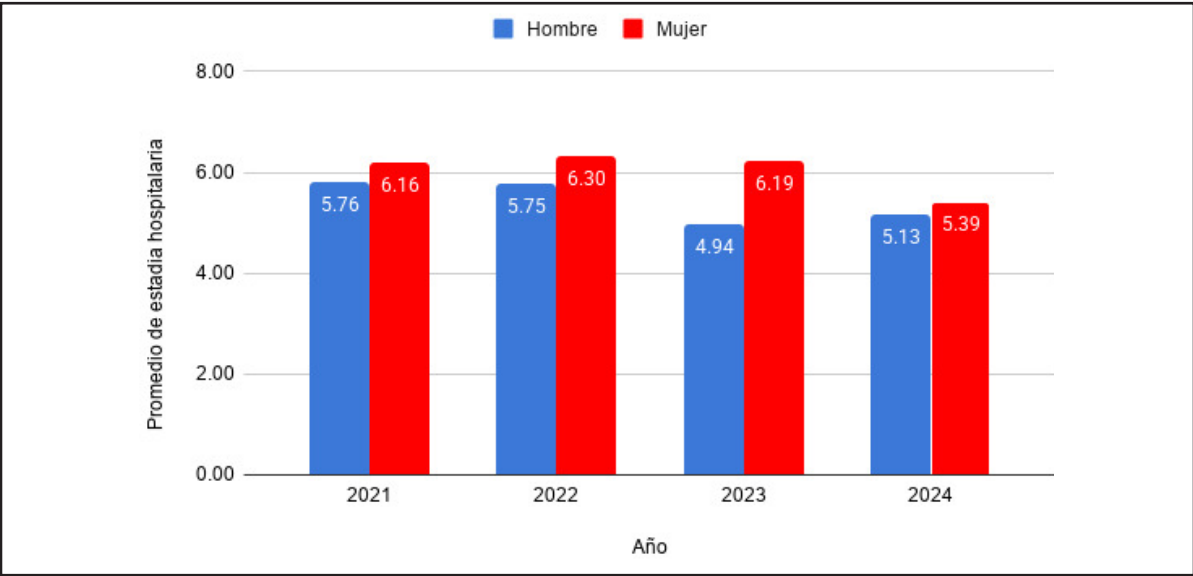


Figura 3: Promedio de estadía hospitalaria por síndrome del seno enfermo (días), según sexo, Chile 2021–2024.

DISCUSIÓN

El presente estudio describe la hospitalización por síndrome del seno enfermo en Chile durante el período 2021–2024, a partir de registros nacionales oficiales de cobertura poblacional. El análisis temporal de la variable principal muestra un incremento sostenido y progresivo de la tasa de egreso hospitalario entre 2021 y 2024, con un aumento de 43,2% a lo largo del período analizado, lo que sugiere que la carga hospitalaria por esta condición no habría permanecido estable durante el período evaluado. Este comportamiento ascendente podría explicarse, al menos en parte, por el envejecimiento progresivo de la población chilena, dado que la fibrosis degenerativa del nodo sinusal y el remodelado auricular asociados al envejecimiento constituyen los principales mecanismos fisiopatológicos del síndrome^{1,4}. Esta afirmación se respalda con lo evidenciado en la bibliografía, donde en un estudio de cohorte de aproximadamente de 17 años, reveló que efectivamente, la incidencia del cuadro aumentaba con la edad⁷, además de un factor de riesgo identificado en este estudio como lo es un “mayor índice de masa corporal”. El aumento progresivo de la tasa de egreso hospitalario entre los años 2021 y 2024 podría también explicarse con el aumento sostenido de los niveles de obesidad en Chile, según se evidenció en la encuesta nacional de salud (ENS) del año 2016-2017 contrastados con los del año 2009-2010; donde se evidencia que el porcentaje de obesidad de la población chilena creció de un 22,9% a un 31,2% en 6 años aproximadamente. Este aumento sostenido en esos años, podría explicar el aumento sostenido de la tasa de egreso hospitalario por el síndrome del seno enfermo.

Asimismo, otros trabajos han propuesto más factores de riesgos asociados al desarrollo del síndrome del seno enfermo, como lo son la hipertensión arterial, la diabetes mellitus y la enfermedad renal crónica, los cuales serían factores de riesgo superpuestos para el desarrollo del síndrome del seno enfermo⁸. Resulta interesante nuevamente evaluar las cifras que nos muestra la ENS del año 2016-2017 con la prevalencia de estas enfermedades en la sociedad Chilena, donde en el caso de la hipertensión arterial se ha visto una disminución - modesta - con respecto al año 2009-2010; mientras que la diabetes mellitus se

visto con un incremento con respecto a la ENS con un aumento en su prevalencia del 9,0% al 12,3% en 6 años. Esto último, también podría explicar en parte el aumento sostenido de tasa de egreso hospitalario en los últimos años según se evidencia en este trabajo.

Otra arista a analizar en torno a estos resultados, se evidencia en lo visto por un reciente estudio del año 2025 de tipo observacional de cohorte que intentó evaluar cambios de la incidencia del síndrome del seno enfermo en la población norteamericana antes y después de la pandemia por COVID-19, incluyendo en su estudio a más de 60 millones de personas, donde se demuestra un aumento significativo en la incidencia de síndrome del seno enfermo entre los años 2019 y 2023; resaltándolo como un posible desencadenante del cuadro⁸. En este sentido, se puede plantear que la afección por COVID-19 efectivamente pudo haber presentado este factor desencadenante del síndrome como postula ese trabajo y evidenciar, por ejemplo, un aumento en la tasa de egresos hospitalarios en los años posteriores como se evidencia en este escrito.

Por otro lado, la mayor conciencia clínica sobre la condición, la mayor disponibilidad de monitoreo ambulatorio prolongado y la mejora en el acceso diagnóstico durante el período post-pandémico podrían haber contribuido a una detección más frecuente de casos. Sin embargo, estos mecanismos no pueden ser confirmados con los datos disponibles, ya que el estudio se basa en egresos hospitalarios sin información clínica individual.

La tasa de egreso hospitalario fue consistentemente mayor en hombres que en mujeres a lo largo de todo el período, con un índice de sobremortalidad masculina de 1,17. Este hallazgo es consistente con la literatura internacional, que describe una mayor incidencia del síndrome del seno enfermo en hombres, asociada a diferencias en la progresión de la fibrosis del sistema de conducción, mayor prevalencia de cardiopatía estructural, y exposición diferencial a factores de riesgo cardiovascular modificables como tabaquismo, consumo de alcohol, sedentarismo y obesidad^{9,10,11}. Asimismo, factores genéticos que modulan la función del nodo sinusal han sido descritos con mayor frecuencia en hombres, lo que podría contribuir a una mayor susceptibilidad². Por otro lado, no puede descartarse que diferencias en las conductas de consulta entre sexos influyan

parcialmente en la brecha observada. La tendencia ascendente fue sostenida en ambos sexos, aunque más pronunciada en hombres, con una tasa que en 2024 alcanzó 9,43 egresos por 100.000 habitantes frente a 7,52 en mujeres, lo que refuerza la necesidad de estrategias de pesquisa con enfoque diferenciado por sexo.

El análisis por grupo etario mostró un incremento progresivo y marcado de la tasa de egreso hospitalario a medida que aumenta la edad, con valores que van desde 0,11 casos por 100.000 habitantes en el grupo de 0–4 años hasta 91,86 en el grupo de 80 años y más. Este patrón es coherente con la fisiopatología del síndrome, en la que la fibrosis degenerativa del nodo sinusal y el remodelado auricular progresivo se acumulan con el envejecimiento, condicionando un deterioro gradual del automatismo cardíaco^{1,4}. A partir del grupo de 65–79 años se observa un salto significativo en la tasa de egreso, alcanzando 29,52 por 100.000 habitantes, lo que es compatible con la mayor prevalencia de comorbilidades cardiovasculares en este grupo etario y con la disfunción mitocondrial progresiva del nodo sinusal descrita en adultos mayores⁵. La concentración del mayor número de egresos en los grupos de 65–79 años y de 80 años y más, que en conjunto representaron la mayor parte de las hospitalizaciones del período, refuerza la necesidad de priorizar la evaluación y el seguimiento cardiogeriátrico en estas poblaciones. Por otra parte, la presencia de egresos en grupos etarios pediátricos, aunque con tasas bajas, es consistente con la asociación del síndrome del seno enfermo con cardiopatías congénitas, cirugía cardíaca previa y causas genéticas en pacientes jóvenes^{2,3}.

El promedio de estadía hospitalaria del período fue de 5,69 días, con una tendencia descendente entre 2022 y 2024, desde 6,02 hasta 5,25 días. Esta reducción podría reflejar mejoras en la eficiencia de los procesos de hospitalización para el implante de marcapasos permanente, que constituye la principal indicación terapéutica en pacientes con síndrome del seno enfermo sintomático, según las guías ESC vigentes³. Sin embargo, también podría estar relacionado con cambios en el perfil clínico de los pacientes hospitalizados o en los criterios de alta, aspectos que no pueden evaluarse con los datos disponibles. La mayor estadía observada en mujeres respecto a los hombres a lo largo de todo el período (5,98 versus 5,35 días) es un hallazgo que merece

atención. Esta diferencia podría estar relacionada con una mayor prevalencia de comorbilidades en mujeres al momento del ingreso, una presentación clínica más compleja, o con diferencias en el manejo intrahospitalario. Estos mecanismos requieren ser explorados en estudios futuros con información clínica individual.

Desde el punto de vista bibliométrico, el interés científico en el síndrome del seno enfermo ha mostrado un crecimiento sostenido en la última década, con un incremento notable en el número de publicaciones orientadas a fisiopatología, genética y alternativas terapéuticas¹². Este contexto refuerza la relevancia de contar con datos epidemiológicos nacionales actualizados que permitan orientar políticas de salud pública en el ámbito de las arritmias cardíacas. La principal fortaleza del presente estudio es el uso de registros nacionales oficiales con cobertura poblacional, lo que permite una estimación representativa de la hospitalización por síndrome del seno enfermo en Chile y la descripción de su comportamiento temporal. Sin embargo, los resultados deben interpretarse considerando limitaciones propias del uso de datos secundarios. Entre ellas destacan la dependencia de la correcta codificación del diagnóstico principal bajo el código CIE-10 I49.5, la ausencia de variables clínicas individuales como comorbilidades, indicación de hospitalización, tratamientos recibidos y condición al alta, y la imposibilidad de diferenciar entre hospitalizaciones por bradicardia sintomática, síncope, fibrilación auricular asociada o implante de marcapasos. Asimismo, no fue posible evaluar reingresos del mismo paciente, lo que podría llevar a una sobreestimación de la carga real si un mismo individuo fue hospitalizado en más de una ocasión durante el período. Pese a estas limitaciones, los hallazgos entregan información epidemiológica robusta y actualizada, útil para el seguimiento de tendencias y la orientación de estrategias de prevención y manejo del síndrome del seno enfermo en el país.

CONCLUSIÓN

En Chile, la hospitalización por síndrome del seno enfermo en población pediátrica y adulta mostró un incremento sostenido entre 2021 y 2024, con una tasa de egreso hospitalario promedio del período de 7,09 por 100.000 habitantes y un

aumento de 43,2% entre el primer y último año analizado. La carga de hospitalización se concentró principalmente en hombres y en grupos etarios de mayor edad, particularmente en personas de 65 años y más, con tasas que aumentaron de forma exponencial a partir de dicho grupo, alcanzando 91,86 por 100.000 habitantes en el grupo de 80 años y más. Las mujeres presentaron un promedio de estadía hospitalaria superior al de los hombres durante todo el período, con 5,98 versus 5,35 días respectivamente, hallazgo que requiere exploración en estudios futuros. El promedio de estadía general mostró una tendencia descendente entre 2022 y 2024, lo que podría reflejar mejoras en la eficiencia de los procesos de atención.

Estos hallazgos resaltan la necesidad de fortalecer la pesquisa de arritmias bradicardias en población adulta mayor y en hombres, mediante el acceso oportuno a electrocardiografía y monitoreo ambulatorio en atención primaria. Asimismo, se subraya la importancia de consolidar la disponibilidad de marcapasos permanentes como tratamiento de elección en los casos con indicación establecida, en consonancia con las guías internacionales de estimulación cardíaca³. El seguimiento de estas tendencias en series temporales futuras, junto con la incorporación de información clínica más detallada, será fundamental para comprender los determinantes del incremento observado y orientar políticas públicas destinadas a reducir la carga de hospitalización por síndrome del seno enfermo en Chile.

REFERENCIAS

1. Hawks MK, Paul ML, Malu OO. Sinus node dysfunction. *Am Fam Physician*. 2021; 104(2): 179-185.
2. Thorolfssdottir RB, Sveinbjornsson G, Aegisdottir HM, Benonisdottir S, Stefansdottir L, Ivarsdottir EV, et al. Genetic insight into sick sinus syndrome. *Eur Heart J*. 2021; 42(20): 1959-1971.
3. Glikson M, Nielsen JC, Kronborg MB, Michowitz Y, Auricchio A, Barbash IM, Barrabés JA, Boriani G, Braunschweig F, Brignole M, et al. 2021 ESC guidelines on cardiac pacing and cardiac resynchronization therapy. *Eur Heart J*. 2021; 42(35): 3427-3520.
4. Manoj P, Kim JA, Kim S, Li T, Sewani M, Chelu MG, Li N. Sinus node dysfunction: current understanding and future directions. *Am J Physiol Heart Circ Physiol*. 2023; 324(2): H259-H278.
5. Shi X, He L, Wang Y, Wu Y, Lin D, Chen C, et al. Mitochondrial dysfunction is a key link involved in the pathogenesis of sick sinus syndrome: A review. *Front Cardiovasc Med*. 2024; 11: 1488207.
6. Yang Y, Dong H, Wang S, Wei Y, Zhang R, Yin X, et al. Ischemic stroke prediction model of sick sinus syndrome patients without atrial fibrillation: Insights from atrial myopathy. *Sci Rep*. 2026; 16: 12221.
7. Chang W, Li G. Clinical review of sick sinus syndrome and atrial fibrillation. *Herz*. 2021. DOI: 10.1007/s00059-021-05046-x.
8. Dulal D, Maraey A, Grubb B. Impact of coronavirus disease 2019 on sick sinus syndrome: trends in incidence and pacemaker implantation. *J Innov Cardiac Rhythm Manage*. 2025; 16(10): 6456-6462. DOI: 10.19102/icrm.2025.16102.
9. Hawks MK, Paul ML, Malu OO. Sinus node dysfunction. *Am Fam Physician*. 2021; 104(2): 179-185.
10. Chang X, Zhang Q, Pu X, Liu J, Wang Y, Guan X, Wu Q, Zhou S, Liu Z, Liu R. The effect of unhealthy lifestyle on the pathogenesis of sick sinus syndrome: A life-guiding review. *Medicine (Baltimore)*. 2024; 103(43): e39996.
11. Jensen PN, Gronroos NN, Chen LY, Folsom AR, deFilippi C, Heckbert SR, Alonso A. Incidence of and risk factors for sick sinus syndrome in the general population. *J Am Coll Cardiol*. 2014; 64(6): 531-538.
12. Zhang X, Zhao Y, Zhou Y, Lv J, Peng J, Zhu H, Liu R. Trends in research on sick sinus syndrome: a bibliometric analysis from 2000 to 2022. *Front Cardiovasc Med*. 2022; 9: 991503.

Uso de terapia de exposición narrativa en un hospital público chileno

Use of narrative exposure therapy in a public hospital in Chile

Carlos Vidal¹. <https://orcid.org/0009-0009-5717-4283>

Cristina Cornejo Parraguez². <https://orcid.org/20009-0002-8511-2249>

Benjamín Muñoz Azócar³. <https://orcid.org/0009-0009-4668-7198>

Matías Fuentealba⁴. <https://orcid.org/0000-0001-7353-4394>

¹Interno de Medicina, Universidad Católica del Maule, Talca, Chile.

²Médica cirujana, Hospital Base de Cauquenes, Cauquenes, Chile.

³Médico cirujano, CESFAM Dr. Ricardo Valdés, Cauquenes, Chile.

⁴Médico cirujano especialista en Psiquiatría Adultos, Hospital Regional de Talca, Chile.

*Correspondencia: bmunoazazo@gmail.com

Declaración de intereses: Los autores declaran no tener conflictos de interés.

Recibido: 20/10/2025.

Aceptado: 22/05/2026.

RESUMEN

El trastorno por estrés postraumático (TEPT) es una patología frecuentemente infra diagnosticada, especialmente en pacientes con antecedentes de trauma temprano y/o crónico, en quienes puede ser erróneamente etiquetado como depresión mayor. Se presentan tres casos clínicos de pacientes adultos (2 mujeres y 1 hombre) inicialmente diagnosticados con depresión moderada a severa de años de evolución, con nula respuesta a tratamiento, quienes ingresaron a terapia narrativa tras el diagnóstico de TEPT. La intervención consistió entre siete a doce sesiones de terapia narrativa (Narrative Exposure Therapy, NET), sin modificaciones significativas del tratamiento farmacológico que traían previamente. En los tres casos se observó una evolución clínica favorable, con remisión de los síntomas nucleares del TEPT, además del cese de ideación suicida, crisis de pánico y logrando una mayor integración narrativa del trauma. De este modo, la identificación y resignificación narrativa del trauma contribuyó a una mejora sustancial del funcionamiento psíquico y relacional de los pacientes. A raíz de estos casos se discute la utilidad clínica de NET como herramienta terapéutica utilizada en el sector público de un Hospital de mediana complejidad del sistema de salud público chileno.

Palabras clave: Depresión; Psicoterapia; Salud Mental; Terapia Narrativa; Trauma Psicológico; Trastorno por Estrés Postraumático.

ABSTRACT

Post-traumatic stress disorder (PTSD) is a condition that is frequently underdiagnosed, particularly in patients with a history of early and/or chronic trauma, where it may be mistakenly labeled as major depressive disorder. We present three clinical cases of adult patients (two women and one man) initially diagnosed with moderate to severe depression of several years' duration, with no response to treatment, who entered narrative therapy following the diagnosis of PTSD. The intervention consisted of seven to twelve sessions of Narrative Exposure Therapy (NET), without significant modifications to their pre-existing pharmacological treatment. In all three cases, a favorable clinical course was observed, with remission of core PTSD symptoms, cessation of suicidal ideation and panic attacks, and greater narrative integration of the trauma. Thus, the identification and narrative re-signification of trauma contributed to a substantial improvement in the patients' psychological and relational functioning. Based on these cases, we discuss the clinical utility of NET as a therapeutic tool in the public sector of a medium-complexity hospital within the Chilean public health system.

Keywords: Depression; Narrative Therapy; Post-Traumatic Stress Disorder;

INTRODUCCIÓN

El trauma es definido como la incapacidad de respuesta de una persona frente a un evento traumático que es repentino y violento, que no necesariamente implica un daño físico o real a uno mismo. Por su parte, un evento traumático acorde al manual de diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, quinta edición (DSM-5), corresponde a “la exposición a la muerte, amenaza de muerte, lesiones graves o reales o amenazas o a la violencia sexual real o amenazada, pudiendo ser experimentado directamente o, de manera indirecta al ser presenciados o al enterarse del evento traumático”¹.

El problema de la incapacidad de responder frente a estos eventos traumáticos, es que eventualmente lleva a la aparición de cuadros clínicos, siendo el más grave el Trastorno de estrés postraumático (TEPT)², el cual según el DSM-V es definido como “el desarrollo de síntomas específicos tras la exposición a uno o más eventos traumáticos, con una presentación clínica variable, que va desde síntomas de angustia y anhedonia a otros síntomas como los disociativos o de externalización reactiva”¹. Si bien su diagnóstico ha sido ampliamente difundido en contextos de trauma agudo, persiste una subdetección significativa en pacientes con trauma infantil, prolongado o interpersonal; quienes frecuentemente son diagnosticados erróneamente con trastornos del ánimo y suelen ser resistentes al tratamiento. Este solapamiento clínico puede conducir a largos períodos de intervenciones ineficaces y muchas veces un uso excesivo de psicofármacos.

Las intervenciones psicológicas utilizadas en TEPT corresponden a terapias cognitivo-conductuales, terapias de procesamiento cognitivo, terapias cognitivas y terapias de exposición prolongada, sin embargo, existe una nueva forma de terapia relativamente reciente, conocida como terapia de exposición narrativa (NET)³. La NET, es definida como un tratamiento para personas que experimentaron traumas complejos y múltiples, siendo su propósito el ayudar a los pacientes a establecer una narrativa de vida coherente en las que contextualizar las experiencias traumáticas⁴.

Su mayor grado de evidencia ha sido en entornos comunitarios que sufrieron traumas por conflictos políticos, culturales o sociales, como, por ejemplo, los

refugiados, sin embargo, esta alternativa terapéutica también podría ser empleada en grupos de personas que han sufrido traumas de tipo violencia sexual(3).

En el ámbito internacional, este nuevo tipo de terapia resulta una alternativa terapéutica muy prometedora, no obstante, presenta evidencia limitada. Asimismo, en el ámbito nacional, la evidencia resulta limitada e incluso, no existe un reporte de este tipo de terapia en el sistema público de salud convirtiendo este estudio en una experiencia innovadora.

El presente artículo tiene por objetivo describir tres casos clínicos en los que pacientes con diagnósticos prolongados de depresión fueron reevaluados estableciendo un diagnóstico de TEPT y posteriormente tratadas mediante NET, logrando una evolución clínica favorable sin mayores cambios farmacológicos.

MÉTODOS

Se realizó un estudio observacional descriptivo retrospectivo, tipo serie de casos, que incluyó a tres pacientes atendidos, 2 mujeres y 1 hombre, en el Hospital De San Javier, entre enero y julio de 2025. Los casos fueron seleccionados a partir del diagnóstico de TEPT según criterios de DSM-5, determinado mediante evaluación clínica por un Psiquiatra de Adultos,

La información fue obtenida a partir de revisión de fichas clínicas y entrevistas con los pacientes, realizadas por el mismo especialista. Se registraron variables demográficas, historia psiquiátrica previa, tratamiento farmacológico previo, características del evento traumático, número de sesiones de NET y evolución clínica.

La intervención psicoterapéutica consistió en un protocolo estructurado de NET, realizado en un rango de siete a doce sesiones. No se realizaron modificaciones significativas del tratamiento farmacológico durante el proceso, de hecho, se disminuyó o suspendió la dosis de algunos fármacos, fundamentalmente benzodiacepinas dado la asociación a dificultades que pueden generar en la reestructuración cognitiva y reprocesamiento emocional.

Para evaluar en este caso la disminución sintomática fue usada la Escala de Gravedad de síntomas del trastorno de estrés postraumático (EGS),

que corresponde a una entrevista estructurada, la cual es empleada para el diagnóstico de TEPT y para evaluar la gravedad e intensidad de síntomas de TEPT. Esta corresponde a una escala heteroaplicada que usa un formato Likert, de 0 a 3, que consta de 21 ítems, correspondientes a los criterios diagnósticos de TEPT de DSM-5⁵. El seguimiento a los pacientes fue realizado obteniendo información de fichas clínicas electrónicas, principalmente sobre nuevas hospitalizaciones y/o consultas en servicio de urgencias a causa de su patología psiquiátrica.

El consentimiento informado para la publicación de la información clínica y de las citas textuales fue obtenido de cada participante, garantizando la confidencialidad y anonimato.

REPORTE DE CASOS

Caso 1

Se describe el caso de una mujer de 41 años con antecedentes de ideas suicidas pasivas y un diagnóstico previo de depresión moderada, en tratamiento durante un año sin remisión ni mejoría sintomática. Al ingresar al dispositivo de psicoterapia narrativa, se identificaron eventos traumáticos en la infancia (entre los 6 y 8 años), reformulándose el diagnóstico a trastorno de estrés postraumático (TEPT). Además, se objetiva el diagnóstico y la gravedad de los síntomas mediante la escala EGS obteniendo 31 puntos.

Al inicio del proceso, la paciente se encontraba en tratamiento con sertralina (150 mg/día), risperidona (1 mg/día) y eszopiclona (3 mg/día), lo cual no fue modificado. La intervención consistió en siete sesiones de terapia narrativa (NET), centradas en la elaboración biográfica y la resignificación de eventos traumáticos.

Durante el proceso se observó la remisión completa de las crisis de pánico y un cambio en la autopercepción de la paciente, quien expresó al cierre: "Soy una mujer fuerte". Se evaluó mediante la escala EGS obteniendo 7 puntos al concluir el tratamiento. No se registraron descompensaciones agudas ni conductas de riesgo. El trabajo narrativo permitió una mayor coherencia autobiográfica y una reorganización del sentido de agencia personal frente al trauma. En su seguimiento no presentó atención en urgencias ni requirió hospitalización.

Caso 2

Se presenta el caso de una mujer de 43 años con historia de 26 años de tratamiento en salud mental bajo el diagnóstico de depresión severa, con múltiples intentos suicidas, hospitalizaciones y ensayos farmacológicos. En sesión de ingreso se identificó un trauma significativo ocurrido a los 15 años, con una seguidilla de múltiples experiencias traumáticas que se mantuvieron posteriormente; reformulándose el diagnóstico a trastorno de estrés postraumático (TEPT). Cabe señalar que durante las consultas de evaluación la paciente presentaba ideación suicida activa y planificación suicida. Obtuvo 46 puntos en la EGS.

La paciente se encontraba bajo tratamiento farmacológico con escitalopram (10 mg/día), quetiapina (50 mg/día), pregabalina (75 mg/día) y clonazepam (4 mg/día). Durante el seguimiento se disminuyó la dosis de Clonazepam a 2 mg. Se realizaron nueve sesiones de terapia de exposición narrativa, centradas en la reconstrucción de la línea de vida y la integración del trauma en su historia personal.

Durante el proceso, remitió la ideación suicida y se observó una transformación significativa en el posicionamiento subjetivo de la paciente frente a su historia y futuro. En la sesión final, manifestó: "*Me doy cuenta que quiero estar con mis hijos, pues me necesitan y me seguirán necesitando. Pese a todo lo malo, he tenido momentos buenos y quiero seguir viviendo*". No se reportaron nuevas crisis ni eventos autolesivos durante el seguimiento. Al finalizar la terapia la puntuación de la EGS era de 4 puntos. Además, la paciente decidió denunciar algunos de estos eventos, apoyándose en el equipo psicosocial. En su seguimiento no presentó atención en urgencias ni requirió hospitalización.

Caso 3

Se describe el caso de un varón de 23 años con antecedentes de ideación suicida persistente desde los 10 años, cuando fue víctima de un evento traumático. A los 15 ingresó al sistema de salud mental con diagnóstico de depresión severa, siendo tratado con venlafaxina (150 mg/día), mirtazapina (30 mg/día) y pregabalina (75 mg/día) y clonazepam 2-6 mg al día (régimen que se mantenía al inicio del proceso terapéutico). La EGS al inicio reporta 48 puntos. Se realizó un cambio de tratante identificando un

trastorno de estrés post traumático asociado a un trastorno de personalidad límite (TLP). Se le ofreció NET al paciente, quien no acudió a la sesión de ingreso en un principio y, dado frecuentes crisis, su inicio se pospuso por varios meses. Fue derivado a terapia narrativa, modalidad seleccionada por su enfoque en la reconstrucción del significado personal frente al trauma. La intervención consistió en 12 sesiones semanales durante tres meses. A lo largo del proceso se observó una disminución significativa de los síntomas asociados a TEPT y el cese sostenido de la ideación suicida activa. No hubo nuevos intentos suicidas ni hospitalizaciones durante el seguimiento. Al cierre, el paciente mostró mayor integración narrativa de sus experiencias, reorganización del sentido vital y un cambio en su posicionamiento subjetivo frente al futuro. Expresó: "Me doy cuenta que, pese a lo malo, han habido varias cosas buenas y tengo que seguir adelante". Al finalizar el proceso el puntaje de la EGS fue de 8 puntos. Se suspendieron las benzodiacepinas durante el seguimiento, periodo en el que consultó en el servicio de urgencias tras un episodio de descontrol de impulsos en el que golpeó una pared provocando una fractura de mano, pero no presentó hospitalización.

DISCUSIÓN

Los tres casos presentados reflejan un patrón clínico común en psiquiatría: diagnósticos prolongados de depresión mayor que al ser reevaluados, esta vez por un especialista en Psiquiatría, revelan un TEPT previamente no identificado. Esta reformulación diagnóstica fue fundamental para orientar adecuadamente el tratamiento y favorecer una evolución clínica significativa.

La NET ha demostrado ser especialmente efectiva en pacientes con trauma complejo, al integrar técnicas de exposición con una construcción estructurada de la narrativa autobiográfica del paciente⁶. En los casos descritos, NET permitió elaborar eventos traumáticos de la infancia, adolescencia y adultez, favoreciendo la reducción de síntomas disociativos, la remisión de crisis de pánico y la cesación de ideación suicida activa.

Estudios previos han validado el uso de NET en contextos de salud pública y con pacientes con múltiples comorbilidades, mostrando resultados

comparables o superiores a terapias tradicionales en TEPT, incluso cuando las sesiones se realizan con menor frecuencia^{4,7}.

En los casos presentados, dada las condiciones del sistema de salud público, en los dos primeros casos expuestos se debió flexibilizar en cuanto a la frecuencia de las mismas, teniendo incluso en algunos momentos sesiones mensuales, las cuales fueron suficientes para lograr avances clínicos sostenidos, lo que refuerza su aplicabilidad en contextos con recursos limitados (pese a que la terapia considera atenciones semanales según los manuales).

Otro aspecto relevante es que la mejoría clínica no dependió exclusivamente de ajustes farmacológicos. En los casos anteriormente expuestos no se modificó el tratamiento farmacológico de base (salvo disminuir o suspender ciertos fármacos), lo que sugiere que la intervención narrativa tuvo un peso terapéutico significativo, en línea con estudios que destacan el valor de NET en pacientes con TEPT resistente al tratamiento⁴.

De igual manera, hay que considerar el uso NET en TEPT con comorbilidad de TLP, ya que, si bien el tratamiento de preferencia en pacientes con TLP es la terapia dialéctica conductual (DBT), nueva evidencia ha expuesto que habría un efecto similar en pacientes con TEPT y TLP aplicando la terapia NET o DBT disminuyendo la carga sintomática, tal como ocurrió en el tercer caso⁸.

Finalmente, las verbalizaciones espontáneas de los pacientes al cierre del proceso reflejaron una transformación profunda en su identidad narrativa, consideradas por diversos autores como un indicador clave de recuperación en psicoterapia del trauma⁹.

Es pertinente destacar las limitaciones de estudio, en primer lugar, por la naturaleza de los estudios de serie de casos, se impide establecer relaciones causales directas entre la intervención, en este caso NET, y el outcome medido en escala EGS. Asimismo, no existe un grupo de comparación que logre permitir descartar la influencia de otros factores clínicos en la evaluación de los pacientes. Otro factor a considerar es el tamaño de muestra, este es reducido, por lo que se limita la generalización de los hallazgos a otras poblaciones. Por otro lado, la aplicación de la escala EGS fue realizada por el mismo profesional tratante, que podría dar cuenta de un sesgo en cuanto a la estimación de los cambios sintomáticos. Finalmente, el seguimiento

es realizado en base a hechos como atención en urgencia y/o hospitalizaciones, y no en EGS en los controles posteriormente.

En conclusión, estos casos subrayan la importancia de una evaluación clínica que considere el trauma en pacientes con sintomatología depresiva crónica o refractaria. La incorporación de técnicas narrativas como NET pueden contribuir a una comprensión más amplia del sufrimiento psíquico y promover procesos de resignificación que favorezcan la recuperación y el restablecimiento del sentido vital. Además, esta técnica presenta factibilidad y potencial de ser usada en el sistema de salud público chileno.

REFERENCIAS

1. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 5th ed. Arlington: American Psychiatric Association. 2022; 271-280.
2. Schmitt S, Robjant K, Elbert T, Carleial S, Hoeffler A, Chibashimba A, et al. Breaking the cycles of violence with narrative exposure: Development and feasibility of NETfacts, a community-based intervention for populations living under continuous threat. *PLOS One* [Internet]. 2022; 17(12): e0275421. Available from: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0275421#abstract0>
3. Wei Y, Chen S. Narrative exposure therapy for posttraumatic stress disorder: A meta-analysis of randomized controlled trials. *American Psychological Association*, editor. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy* [Internet]. 2021 Nov 1;13(8): 877-884. Available from: <https://psycnet.apa.org/doiLanding?doi=10.1037%2Ftra0000922>
4. American Psychological Association. *APA clinical practice guideline for the treatment of posttraumatic stress disorder (PTSD) in Adults* [Internet]. 2025; Available from: <https://www.apa.org/ptsd-guideline>
5. Echeburúa E, Amor P, Sarasua B, Zubizarreta I, Holgado F, Muñoz J. Escala de Gravedad de Síntomas Revisada (EGS-R) del trastorno de estrés postraumático según el DSM-5: propiedades psicométricas. *Sociedad Chilena de Psicología clínica* [Internet]. 2016; 34(2): 111-128. Available from: https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-48082016000200004&lng=en&nrm=iso&tlng=en
6. Schauer M, Neuner F, Elbert T. *Narrative Exposure Therapy: A short-term treatment for traumatic stress disorders*. 2nd ed. Gottingen: Hogrefe Publishing; 2011; PÁGINAS.
7. Robjant K, Fazel M. The emerging evidence for Narrative Exposure Therapy: A review. *Clinical Psychology Review* [Internet]. 2010; 30(8):1030-1039. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0272735810001261?via%3Dihub>
8. Steuwe C, Berg M, Beblo T, Driessen M. Narrative exposure therapy in patients with posttraumatic stress disorder and borderline personality disorder in a naturalistic residential setting: A randomized controlled trial. *Frontiers* [Internet]. 2021; 12: 765348. Available from: <https://www.frontiersin.org/journals/psychiatry/articles/10.3389/fpsy.2021.765348/full>
9. Gwozdziwycz N, Melh-Madrone L. Meta-Analysis of the use of narrative exposure therapy for the effects of trauma among refugee populations. *The Permanente Journal* [Internet]. 2013;17(1): 70-76. Available from: <https://www.thepermanentejournal.org/doi/10.7812/TPP/12-058>

Hemoperitoneo espontáneo en el embarazo: Reporte de caso y revisión de la literatura

Spontaneous hemoperitoneum during pregnancy: Case report and literature review

Sandra Díaz Bórquez¹. <https://orcid.org/0009-0006-3019-9702>
 María Muñoz Urrutia². <https://orcid.org/0009-0002-8631-0482>
 Martín Del Río Dowding³. <https://orcid.org/0009-0004-7702-8324>

¹Médica Cirujana, Becada de Ginecología y Obstetricia. Residente de Ginecología y Obstetricia, Facultad de Medicina, Universidad Católica del Maule, Hospital Regional de Talca, Chile.

²Interna de Medicina, Facultad de Medicina, Universidad Católica del Maule, Hospital Regional de Talca, Chile.

³Ginecobstetra, docente. Universidad Católica del Maule, Hospital Regional de Talca, Chile.

*Correspondencia: Sandra Pamela Díaz Bórquez / sandra.diaz.01@alumnos.ucm
 Río Lontué 577, Comuna de Maule, Región del Maule, Chile, código postal 3460000.

Declaración de intereses: Los autores no declaran conflictos de intereses

Recibido: 26/03/2026
 Aceptado: 20/07/2026

RESUMEN

Introducción: El hemoperitoneo espontáneo en el embarazo es una complicación obstétrica extremadamente rara y potencialmente mortal. Su diagnóstico suele ser complejo debido a la inespecificidad de los síntomas y su similitud con otras urgencias gineco-obstétricas. **Objetivo:** Reportar un caso de hemoperitoneo espontáneo secundario a ruptura de arteria uterina objetivado durante una cesárea de urgencia, complementado con una revisión de la literatura reciente.

Métodos: Se realizó un análisis retrospectivo de la ficha clínica electrónica y una entrevista semiestructurada a la paciente. Además, se efectuó una revisión narrativa de literatura en PubMed, SciELO y Google Scholar. **Resultados:** Mujer de 33 años, multipara, sometida a cesárea de urgencia por estado fetal no tranquilizador. Intraoperatoriamente se evidenció hemoperitoneo masivo. Se identificó un desgarro en el ligamento ancho derecho a nivel de arteria uterina, requiriendo histerectomía total. La paciente presentó anemia severa (Hb 4,1 g/dL), recibió transfusión de tres unidades de glóbulos rojos y evolucionó favorablemente, con complicaciones postoperatorias leves. **Conclusión:** El hemoperitoneo espontáneo debe considerarse en el diagnóstico diferencial de pacientes embarazadas con signos de shock sin causa evidente. La intervención quirúrgica precoz es esencial para reducir la morbilidad y mortalidad materna y fetal.

Palabras clave: Cesárea de urgencia; Embarazo; Hemoperitoneo espontáneo; Ruptura de arteria uterina; Shock obstétrico;

ABSTRACT

Introduction: Spontaneous hemoperitoneum during pregnancy is an extremely rare and potentially life-threatening obstetric complication. Its diagnosis is often challenging due to the nonspecific nature of its symptoms and their overlap with other gynecologic-obstetric emergencies. **Objective:** To report a case of spontaneous hemoperitoneum secondary to uterine artery rupture during an emergency cesarean section, supplemented by a review of the recent literature.

Methods: A retrospective review of the electronic medical record was conducted, along with a semi-structured interview with the patient. A narrative literature review was also performed using PubMed, SciELO, and Google Scholar. **Results:** A 33-year-old multiparous woman underwent an emergency cesarean section due to fetal decelerations. Intraoperatively, a massive hemoperitoneum was identified. A tear in the right broad ligament was discovered, at the level of the uterine artery, requiring total hysterectomy. The patient developed severe anemia (Hb 4.1 g/dL), received transfusion of three units of red blood cells, and had a favorable postoperative course with minor complications. **Conclusion:** Spontaneous hemoperitoneum should be considered in the differential diagnosis of pregnant patients presenting with signs of shock

without an apparent cause. Prompt surgical intervention is essential to reduce maternal morbidity and mortality.

Keywords: Spontaneous hemoperitoneum; Uterine artery rupture; Pregnancy; Obstetric shock; Emergency cesarean section.

INTRODUCCIÓN

El hemoperitoneo espontáneo en el embarazo es una complicación obstétrica extremadamente rara y potencialmente fatal, definida como la presencia de sangre en la cavidad peritoneal en ausencia de trauma¹. Su presentación clínica es inespecífica, manifestándose con dolor abdominal agudo, inestabilidad hemodinámica y signos de shock, lo que dificulta su diagnóstico diferencial con otras emergencias obstétricas como ruptura uterina, placenta previa o abrupcio placentae².

Entre las causas descritas, la ruptura de vasos uterinos, en particular de la arteria uterina, es la más reportada³. Factores predisponentes como endometriosis, adenomiosis y alteraciones vasculares congénitas se han asociado en algunos casos; sin embargo, en un número considerable no se identifica etiología clara, lo que refuerza el carácter impredecible de esta condición^{4,5}.

El diagnóstico suele establecerse en contexto intraoperatorio, ya que las herramientas de imagen presentan baja sensibilidad para identificar el sitio exacto de sangrado^{1,2,3}. El manejo definitivo es quirúrgico y, ante hemorragias masivas, la histerectomía continúa siendo la alternativa más segura y eficaz^{2,3,4,5}.

Dada su rareza, los reportes de caso siguen siendo esenciales para comprender mejor su comportamiento clínico y orientar decisiones terapéuticas oportunas que reduzcan la morbilidad y mortalidad materna.

MÉTODO

Diseño del estudio

Se realizó un estudio clínico-descriptivo de tipo reporte de caso, complementado con una revisión narrativa de la literatura científica disponible.

Participante

Se incluyó a una paciente de 33 años, multípara, atendida en el Hospital Regional de Talca en febrero

de 2024. La paciente fue sometida a cesárea de urgencia por estado fetal no tranquilizador, en cuyo transcurso se identificó hemoperitoneo espontáneo asociado a desgarro del ligamento ancho derecho a nivel de la arteria uterina. Se obtuvo consentimiento informado por escrito para la utilización de sus datos clínicos con fines académicos y científicos.

Fuentes de información

Se revisó retrospectivamente la ficha clínica electrónica institucional y se realizó una entrevista semi-estructurada a la paciente, enfocada en antecedentes gineco-obstétricos relevantes. No se realizaron intervenciones adicionales ni modificaciones al protocolo asistencial.

Revisión de literatura

Se realizó una búsqueda estructurada en PubMed y SciELO, complementada con Google Scholar, utilizando los términos “spontaneous hemoperitoneum in pregnancy”, “uterine artery rupture”, “third trimester hemorrhage” y “obstetric emergencies”, además de sus equivalentes en español. Se incluyeron reportes de casos y artículos originales publicados entre 2019 y 2024, con disponibilidad en texto completo en inglés o español. Se excluyeron duplicados, abstracts sin acceso al texto íntegro y publicaciones no relacionadas. Los artículos seleccionados corresponden a literatura revisada por pares y están referenciados en la sección de bibliografía.

Análisis de datos

Los antecedentes clínicos fueron organizados mediante análisis narrativo. Se compararon cualitativamente los hallazgos del caso con los reportes publicados, destacando similitudes y diferencias en la presentación clínica, el manejo quirúrgico y los desenlaces maternos. La información se integró siguiendo lineamientos de redacción científica, con el propósito de aportar a la comprensión de esta entidad infrecuente.

Consideraciones éticas

El estudio se efectuó conforme a las reglamentaciones y principios éticos existentes para la investigación en humanos, contenidos en la Declaración de Helsinki de 2008. Paciente autoriza su publicación a través de firma de documento de consentimiento informado.

RESULTADO

Presentación del caso

Mujer de 33 años, múltipara de 3, con antecedente de dos cesáreas previas, y un parto vaginal, con gestación de 32 semanas más 1 día de manera espontánea, con diagnóstico de hipotiroidismo en tratamiento, sin otras enfermedades. Consultó en febrero de 2024 en el Servicio de Urgencia del Hospital de Constitución por dinámica uterina dolorosa de una hora de evolución. Se indicó tocólisis con nifedipino (tres dosis), sin obtener respuesta clínica satisfactoria, motivo por el cual fue derivada al Hospital Regional de Talca.

Al ingreso, el examen gineco-obstétrico mostró cuello uterino semicentral, borrado en 50%, permeable a dos dedos, con dinámica uterina de 5 contracciones cada 10 minutos. Comienza con dolor moderado durante dinámica uterina, y dolor persistente en hipocondrio derecho. En la monitorización fetal se objetivó desaceleraciones tardías persistentes sin variabilidad, indicándose cesárea de urgencia por estado fetal no tranquilizador.

Durante el procedimiento quirúrgico se constató hemoperitoneo masivo. Se realizó histerotomía segmentaria arciforme, extrayéndose un recién nacido vivo con Apgar 1 al minuto y 6 a los cinco minutos, derivado a la unidad de cuidados intermedios neonatales. La revisión abdominal reveló desgarro del ligamento ancho derecho a nivel de la arteria uterina ipsilateral sin otras fuentes de sangrado, por lo que, ante la magnitud de la hemorragia y la inestabilidad hemodinámica, se decidió histerectomía total.

Se documentó hemoglobina de 4,1 g/dL, indicándose transfusión inmediata de una unidad de glóbulos rojos y posteriormente dos adicionales. La evolución postoperatoria fue favorable. La tomografía computarizada de control evidenció cambios postquirúrgicos con material hemostático en cúpula vaginal, leve derrame pleural bilateral,

atelectasias subsegmentarias, nefritis en riñón izquierdo y colelitiasis incidental.

La paciente fue dada de alta al sexto día postoperatorio, con seguimiento en atención primaria. En el control ambulatorio, se pesquisó sintomatología ansioso-depresiva reactiva al evento obstétrico, iniciándose manejo por el equipo de salud mental institucional.

DISCUSIÓN

La ruptura espontánea de vasos uterinos, aunque poco frecuente, representa una emergencia obstétrica con elevada mortalidad perinatal¹. Su presentación suele ser inespecífica con dolor abdominal agudo e inestabilidad hemodinámica, lo que dificulta distinguirla de otras urgencias obstétricas^{1,2}.

En el caso presentado, la paciente no tenía antecedentes claros de riesgo y fue intervenida en el contexto de una cesárea de urgencia, con hallazgo intraoperatorio de desgarro en el ligamento ancho. Situaciones similares han sido descritas, por ejemplo, en mujeres con endometriosis o embarazos por fertilización in vitro, donde el sangrado se identificó solo en quirófano^{3,4,7}.

La mayoría de los diagnósticos ocurre intraoperatoriamente debido a la baja sensibilidad de las herramientas de imagen, especialmente en fases agudas.¹ Estudios recientes muestran además que la incidencia de hemoperitoneo espontáneo puede estar aumentada en pacientes con endometriosis o tratamientos de reproducción asistida^{5,8}.

El manejo definitivo es quirúrgico. Ante hemorragias masivas de este tipo o inestabilidad, la histerectomía es la opción más segura^{1,2,3,4,5,6}. En casos estables y con diagnóstico precoz, se ha realizado la embolización arterial, aunque su aplicación en urgencias es limitada¹.

Este caso refuerza la necesidad de un enfoque multidisciplinario, que incluya no solo la resolución quirúrgica sino también el apoyo psicológico en el postoperatorio, ya que la experiencia puede ser altamente traumática para la paciente.

CONCLUSIÓN

El hemoperitoneo espontáneo en el embarazo constituye una entidad poco frecuente pero potencialmente fatal, que debe considerarse dentro del diagnóstico diferencial en mujeres gestantes con

inestabilidad hemodinámica sin causa aparente. El caso presentado resalta la importancia de mantener una alta sospecha clínica y la necesidad de una intervención quirúrgica oportuna para reducir la morbilidad materna.

La revisión de la literatura evidencia que la ruptura de la arteria uterina puede ocurrir incluso en pacientes sin factores de riesgo identificables, lo que refuerza su carácter impredecible.

Asimismo, se destaca la relevancia del abordaje multidisciplinario en el postoperatorio, incluyendo el apoyo en salud mental, como parte del cuidado integral de la paciente obstétrica.

REFERENCIAS

1. Mercier AM, Caldwell MG, Rabie NZ, Pagan M, Ramseyer AM, Magann EF. Spontaneous uterine vessel rupture during pregnancy or in the puerperium: A review of the literature. *Obstet Gynecol Surv.* 2022; 77(4): 227-233. DOI: 10.1097/OGX.0000000000001012.
2. Hu L, Ning J, Li L, Lu Y, You Y. Two cases of spontaneous rupture of the uterine artery in the perinatal period: A case report. *Medicine (Baltimore).* 2023; 102(20): e33692. DOI: 10.1097/MD.00000000000033692.
3. Palma R, Gomes I, Silva C, Pereira E, Almeida M. Spontaneous hemoperitoneum due to ruptured uterine artery: A rare complication during pregnancy. *Cureus.* 2024; 16(4): e58033. DOI: 10.7759/cureus.58033.
4. Lier MCI, Malik RF, Ket JCF, Lambalk CB, Brosens IA, Mijatovic V. Spontaneous hemoperitoneum in pregnancy (SHiP) and endometriosis-a systematic review of the recent literature. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2017; 219: 57-65. DOI: 10.1016/j.ejogrb.2017.10.012.
5. Fu L, Zhang L, Xu L, Xu P, Liu K, Ding Z. Spontaneous hemoperitoneum in the second trimester of pregnancy with a favorable outcome: A case report. *J Int Med Res.* 2025; 53(2): 1-7. DOI: 10.1177/03000605251317995.
6. Schreurs AMF, Overtoom EM, de Boer MA, van der Houwen LEE, Lier MCI, van den Akker T, et al. Spontaneous haemoperitoneum in pregnancy: Nationwide surveillance and Delphi audit system. *BJOG.* 2023; 130(13): 1620-1628. DOI: 10.1111/1471-0528.17556.
7. Abadi KK, Jama AH, Addi HA, et al. Spontaneous rupture of uterine vessels in the third trimester of pregnancy resulting in severe hemoperitoneum and fetal death: A case report and literature review. *Int Med Case Rep J.* 2023; 16: 561-569.
8. Mazzocco MI, Donati S, Maraschini A, et al. Spontaneous hemoperitoneum in pregnancy: Italian prospective population-based cohort study. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2022; 101(11): 1220-1226. DOI: 10.1111/aogs.14431.

Trastorno límite de personalidad, un desafío terapéutico en atención primaria: A propósito de un caso

Borderline Personality Disorder: A Therapeutic Challenge in Primary Care. A Case Study

Luis Hinojosa Díaz^{1*}. <https://orcid.org/0009-0003-8101-2299>
Mayra Cabello Díaz². <https://orcid.org/0009-0000-8381-3549>

¹Médico Cirujano EDF Cesfam José Díaz Correa, Nancagua, Región de O'Higgins, Chile.

²Estudiante 4to año carrera de Psicología, Universidad de Las Américas, Sede Concepción, Región del Biobío, Chile.

Declaración de intereses: Los autores declaran no tener ningún conflicto de interés

*Correspondencia: Luis Hinojosa Díaz / dr.luishinojosadiaz@gmail.com
Calle El Amanecer #408, San Fernando, Región de O'Higgins, Chile.
Código postal: 3070000

Recibido: 30/03/2026.

Aceptado: 20/07/2026.

RESUMEN

El Trastorno límite de la personalidad es una enfermedad psiquiátrica caracterizada por inestabilidad en las relaciones interpersonales, la autoimagen, las emociones e impulsividad, de difícil manejo, con una alta carga asistencial y resultados poco satisfactorios para el paciente por la mala adherencia a farmacoterapia y el difícil acceso a psicoterapia especializada. Se presenta el caso de una paciente de atención primaria con este trastorno, evidenciando las dificultades que reviste el tratamiento médico y psicoterapéutico a lo largo de su seguimiento.

Palabras clave: Atención primaria de salud; Terapia Dialéctica Conductual; Trastorno límite de la personalidad.

ABSTRACT

Borderline personality disorder is a mental health condition characterized by instability in interpersonal relationships, self-image, emotions and impulsivity. It is difficult to handle, placing a heavy burden on healthcare providers, and often results in unsatisfactory outcomes for patients due to poor adherence to pharmacotherapy and limited access to specialized psychotherapy. This article presents the case of a primary care patient with this disorder, highlighting the challenges of medical and psychotherapeutic treatment throughout her follow-up.

Keywords: Borderline personality disorder; Dialectical Behavior Therapy; Primary Care.

INTRODUCCIÓN

El Trastorno límite de la personalidad (TLP) es un trastorno que pertenece al Cluster B de los Trastornos de personalidad y consiste en un patrón de inestabilidad de las relaciones interpersonales por hipersensibilidad, de la identidad y la afectividad, desregulación emocional y conductual e impulsividad en diversas áreas, iniciándose generalmente en la edad adulta temprana^{1,2}.

El paciente con TLP, además de ser uno de los que menos se desea atender, también es el que menos grado de satisfacción obtiene de las consultas³. Además, resulta en una carga importante para la familia con pobre funcionamiento global y es propenso a estilos de vida inadecuados, abuso de fármacos y visitas frecuentes a los servicios de salud⁴.

En cuanto a la epidemiología, la prevalencia de TLP en Atención Primaria de Salud (APS) llega a un 6%. En pacientes psiquiátricos ambulatorios y hospitalizados, en tanto, se habla de un 11-12% y 22%, respectivamente^{5,6}.

CASO CLÍNICO

Se trata de paciente femenina de 58 años de edad, quien ingresa a nuestro centro en agosto de 2022 por cuadro de larga data caracterizado por síntomas ansiosos, impulsividad, inestabilidad emocional y dificultad para mantener relaciones interpersonales. A la fecha, se mantiene en controles con médico y psicólogo, siendo el nuestro su tercer dispositivo de atenciones de salud en los últimos años debido a su insatisfacción con el trato y las atenciones de los profesionales de la salud, quienes “no la han ayudado lo suficiente con lo que necesita”. Presenta diagnóstico de larga data de TLP realizado por médico psiquiatra del sistema público de salud, asociado a varias comorbilidades médicas: Fibromialgia, cefalea crónica y poliartalgias.

Respecto al inicio de sus síntomas de salud mental, refiere una infancia compleja, marcada por el fallecimiento de su padre a temprana edad y negligencia parental de su madre. Abandonó sus estudios básicos a los 10 años para trabajar en predio de su padrastro, siendo víctima de violencia intrafamiliar (VIF) física y psicológica recurrente por parte de él, sintiendo desprotección de su madre. De adulta, ha mantenido múltiples relaciones de pareja,

contrayendo matrimonio con su primera pareja. Sus relaciones sentimentales han sido poco duraderas y conflictivas, repitiéndose el patrón de VIF en varias de ellas. Tiene tres hijos, uno de los cuales vive con ella y presenta consumo problemático de alcohol, lo cual gatilla múltiples conflictos en su hogar. Actualmente se encuentra en pareja, recibiendo apoyo económico y emocional de parte de él. Sin historia de autolesiones, sin embargo, relata múltiples episodios de ideación suicida en circunstancias de desborde emocional, con un intento suicida por ingesta medicamentosa en 2017.

La usuaria presenta historial de mala adherencia a tratamiento farmacológico con múltiples esquemas (**Tabla 1**) suspendidos por reacciones adversas a medicamentos (RAMs), asociado a policonsulta tanto en atención ambulatoria en APS como en servicios de urgencia y en extrasistema por quejas físicas y emocionales, lo que ha contribuido a variaciones en la prescripción de psicofármacos. Sin perjuicio de lo anterior, presenta buena adherencia a psicoterapia general en APS, completando 41 sesiones desde su ingreso en agosto de 2022 a la fecha, con frecuencia mensual dada la alta demanda de horas de atención psicológica en CESFAM. Hace tres meses y en concordancia con comorbilidades asociadas, se reinició Duloxetina 30 mg/día asociado a Zopiclona 7,5 mg por noche, con lo cual logra control de cefalea crónica y conciliar y mantener el sueño.

DISCUSIÓN

De acuerdo al manual DSM-5, en el TLP los pacientes se caracterizan por mostrar patrones dominantes de inestabilidad en las relaciones interpersonales, la autoimagen y las emociones⁷.

En el caso clínico expuesto, se observa una historia de vida marcada por relaciones interpersonales inestables y conflictivas, partiendo desde la temprana infancia con una madre con cuidados negligentes sin antecedente de patología psiquiátrica diagnosticada. En este sentido, un estudio reciente encontró que existe una asociación entre el rechazo parental y el TLP, con una correlación positiva con el rechazo materno en comparación con el paterno. Asimismo, se observó una fuerte relación entre la hostilidad materna y la gravedad del TLP⁸. De ahí que la APS, a través de sus controles de ciclo vital, podría tener un papel fundamental en la prevención de esta patología,

Tabla 1. Historial de esquemas farmacológicos. Incluyen prescripciones de sistema y extrasistema. Elaboración propia.

Esquema farmacológico	Fecha de prescripción	Fecha de suspensión	Causa suspensión/ajuste esquema
Paroxetina 20 mg/día Clonazepam 2 mg/noche	2017	Abril, 2021	RAMs
Amitriptilina/Clordiazepóxido 15,5 mg/5 mg 1,5 comprimido/día Zopiclona 7,5 mg/noche	Abril, 2021	Mayo, 2021	RAMs
Paroxetina 20 mg/día Clonazepam 1 mg/noche	Mayo, 2021	Agosto, 2022	Ajuste de dosis
Paroxetina 20 mg/día Clonazepam 0,5 mg/noche Melatonina 3 mg/noche	Agosto, 2022	Enero, 2023	Ajuste de dosis y tratamiento
Paroxetina 30 mg/día Zopiclona 7,5 mg/noche Melatonina 3 mg/noche	Enero, 2023	Septiembre, 2023	RAMs, consulta en extrasistema
Duloxetina 30 mg/día Pregabalina 75 mg/noche Amitriptilina 12,5 mg/noche	Septiembre, 2023	Octubre, 2023	RAMs
Paroxetina 30 mg/día Zopiclona 7,5 mg/noche Melatonina 3 mg/noche	Octubre, 2023	Septiembre, 2024	Ajuste de tratamiento, consulta en extrasistema
Paroxetina 20 mg/día Zopiclona 7,5 mg/noche Ciclobenzaprina 5 mg/noche Pregabalina 75 mg/noche Naratriptán 2,5 mg SOS	Septiembre, 2024	Febrero, 2025	Ajuste de dosis
Paroxetina 30 mg/día Zopiclona 7,5 mg/noche Ciclobenzaprina 5 mg/noche Pregabalina 75 mg/noche Naratriptán 2,5 mg SOS	Febrero, 2025	Junio, 2025	Ajuste de tratamiento
Paroxetina 30 mg/día Escitalopram 10 mg/día Zopiclona 7,5 mg/noche Pregabalina 75 mg/noche	Junio, 2025	Agosto, 2025	RAMs, consulta en extrasistema
Escitalopram 10 mg/día Zolpidem 10 mg/noche	Agosto, 2025	Noviembre, 2025	RAMs, consulta en extrasistema
Venlafaxina 37,5 mg/día Zopiclona 7,5 mg/noche Clotiazepam 5 mg SOS	Noviembre, 2025	Diciembre, 2025	RAMs, consulta en extrasistema
Passiflora incarnata 0,6 mg/día Zopiclona 7,5 mg/noche Clotiazepam 5 mg SOS	Diciembre, 2025	Febrero, 2026	Ajuste de tratamiento
Escitalopram 10 mg/día Zopiclona 7,5 mg/noche Clotiazepam 5 mg SOS	Febrero, 2026	Marzo, 2026	RAMs, consulta en extrasistema

... continuación tabla 1.

Mirtazapina 30 mg/día	Marzo, 2026	Marzo, 2026	RAMs, ajuste de tratamiento
Duloxetina 30 mg/día	Marzo, 2026	-	-
Zopiclona 7,5 mg/noche			

monitoreando y corrigiendo tempranamente los estilos de crianza que contribuyen al desarrollo de TLP en la adultez. Respecto a la heredabilidad del cuadro, si bien en este caso no contamos con diagnósticos psiquiátricos parentales, un estudio sueco reportó hasta un 46% de agregación familiar⁹.

Paralelamente, las relaciones interpersonales conflictivas incluso con el personal de salud en los pacientes con TLP, se ve respaldado por estudios que reportan un patrón complejo de alteraciones en la cognición social, evidenciándose un sesgo atencional hacia estímulos negativos, marcada sensibilidad al rechazo, desequilibrios en la mentalización, es decir, la capacidad de comprenderse a sí mismo y a los demás en términos de estados mentales intencionales^{10,11}.

Respecto del tratamiento, un aspecto fundamental en los resultados obtenidos por la usuaria, dice relación con su mala adherencia a farmacoterapia, en contraste con su buena adherencia a la psicoterapia disponible en APS, aunque con una frecuencia menor a la deseada por alta demanda. Lo anterior, se condice con un estudio que muestra que la actitud de los pacientes con TLP hacia la psicoterapia es más favorable (44,7%) que hacia la farmacoterapia (31,9%), lo que podría deberse a que los fármacos se prescriben principalmente para afecciones comórbidas y no tienen efectos sustanciales sobre los síntomas del TLP, resultando en una baja adherencia. Además, se encontró que la razón más común para suspender el tratamiento fueron las RAMs (53,1%)¹², tal como ocurre con la paciente foco del caso. Asimismo, la policonsulta tanto en sistema como en extrasistema, ha contribuido significativamente a su mala adherencia a psicofármacos prescritos. Según un estudio, los pacientes con sintomatología de TLP acuden a un mayor número de médicos de APS y especialistas que los pacientes sin estos síntomas, contribuyendo además a un patrón de sobreutilización de los servicios sanitarios¹³.

En el contexto del diagnóstico principal de nuestra

paciente, la Terapia Dialéctica Conductual (TDC), creada por Marsha Linehan a fines de los años 70, es una intervención psicoterapéutica con una base de evidencia cada vez mayor en el tratamiento de personas con TLP¹⁴, que incluye el trabajo prioritario en el manejo de la ideación y conductas suicidas donde se entregan herramientas para la auto detección del nivel emocional (habilidades de *Mindfulness*) y para la estructura de un plan de acción (habilidades de solución de problemas) en momentos de crisis emocional¹⁵. A pesar de la gran carga de enfermedad que este grupo de pacientes significa para el sistema de salud, los estudios chilenos sobre la efectividad de la respuesta terapéutica a TDC en pacientes con TLP son escasos. En un estudio chileno de un hospital público de la Región Metropolitana, se observó que la TDC es efectiva en disminuir el número de hospitalizaciones psiquiátricas, intentos suicidas y en mejorar los puntajes del cuestionario OQ-45.2 -que mide el impacto clínico en pacientes con TLP- en aquellos pacientes que hayan realizado al menos un ciclo terapéutico¹⁵.

CONCLUSIÓN

El TLP es una enfermedad de difícil manejo, con una alta carga asistencial para el sistema público y privado de salud y con resultados poco satisfactorios debido a la falta de adherencia a farmacoterapia y escaso acceso a psicoterapia especializada. Considerando la correlación entre el rechazo y hostilidad parental en la infancia y el desarrollo de esta patología, la APS podría tener un papel preventivo fundamental a través de la monitorización y corrección precoz de los estilos de crianza que contribuyen al desarrollo de TLP. Asimismo, ante la falta de acceso a la TDC en el sistema público de salud, se requiere de políticas públicas que fomenten la capacitación del personal de salud mental de APS y atención secundaria, con la finalidad de mejorar el alcance de los pacientes a este tratamiento de probada eficacia a nivel mundial.

REFERENCIAS

1. Amador Jiménez DE. Abordaje psicoterapéutico basado en evidencia del Trastorno Límite de Personalidad: La terapia centrada en la transferencia. *Rev Torreón Univ.* 2024; 13(36): 109-115. Disponible en: [https:// portal.amelica.org/ameli/journal/387/3874817019/](https://portal.amelica.org/ameli/journal/387/3874817019/)
2. Trull TJ, Hepp J. Borderline personality disorder: contemporary approaches to conceptualization and etiology. In: Krueger RF, Blaney PH, editors. *Oxford textbook of psychopathology*. Oxford: Oxford University Press. 2023; 650-677.
3. Hueston WJ, Mainous AG 3rd, Schilling R. Patients with personality disorders: Functional status, health care utilization, and satisfaction with care. *J Fam Pract.* 1996; 42(1): 54-60.
4. Keuroghlian AS, Frankenburg FR, Zanarini MC. The relationship of chronic medical illnesses, poor health-related lifestyle choices, and health care utilization to recovery status in borderline patients over a decade of prospective follow-up. *J Psychiatr Res.* 2013; 47(10): 1499-1506.
5. Ellison WD, Rosenstein LK, Morgan TA, Zimmerman M. Community and Clinical Epidemiology of Borderline Personality Disorder. *Psychiatr Clin North Am.* 2018; 41(4): 561-573.
6. Zimmerman M, Becker L. The hidden borderline patient: patients with borderline personality disorder who do not engage in recurrent suicidal or self-injurious behavior. *Psychol Med.* 2023; 53(11): 5177-5184.
7. Asociación Estadounidense de Psiquiatría. *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. 5a ed. Arlington, VA: Asociación Estadounidense de Psiquiatría; 2013.
8. Shahid SFB, Rahman MM, Deebea F. Influence of Parental Rejection on Borderline Personality Disorder. *Fortune J Health Sci.* 2025; 8(1): 675-681.
9. Skoglund C, Tiger A, Rück C, Petrovic P, Asherson P, Hellner C, et al. Familial risk and heritability of diagnosed borderline personality disorder: A register study of the Swedish population. *Mol Psychiatry.* 2021; 26(3): 999-1008.
10. Leichsenring F, Fonagy P, Heim N, Kernberg OF, Leweke F, Luyten P, et al. Borderline personality disorder: A comprehensive review of diagnosis and clinical presentation, etiology, treatment, and current controversies. *World Psychiatry.* 2024; 23(1): 4-25.
11. Hanegraaf L, van Baal S, Hohwy J, Verdejo-Garcia A. A systematic review and meta-analysis of 'Systems for Social Processes' in borderline personality and substance use disorders. *Neurosci Biobehav Rev.* 2021 Aug; 127: 572-592.
12. Mirhaj Mohammadabadi MS, Mohammadsadeghi H, Eftekhar Adrebili M, Partovi Kolour Z, Kashaninasab F, Rashedi V, et al. Factors associated with pharmacological and psychotherapy treatments adherence in patients with borderline personality disorder. *Front Psychiatry.* 2022; 13: 1056050.
13. Sansone RA, Farukhi S, Wiederman MW. Utilization of primary care physicians in borderline personality. *Gen Hosp Psychiatry.* 2011; 33(4): 343-346.
14. Gillespie C, Murphy M, Kells M, Flynn D. Individuals who report having benefitted from dialectical behaviour therapy (DBT): a qualitative exploration of processes and experiences at long-term follow-up. *Borderline Personal Disord Emot Dysregul.* 2022; 9(1): 8.
15. Ponce de León CA, Brahm CM, Bustamante FV, Sabat SV, Labra JF, Florenzano RU. Efectividad de la terapia conductual dialéctica en pacientes con trastorno de personalidad límite en Santiago de Chile. *Rev Chil Neuro-Psiquiatr.* 2017; 55(4): 231-238.

Luxofractura Pipkin tipo IV: Osteosíntesis con tornillos headless y reconstrucción subcondral con injerto óseo autólogo. Reporte de caso

Pipkin Type IV Femoral Head Fracture-Dislocation: Headless Screw Fixation and Autologous Subchondral Bone Graft Reconstruction. Case Report

Paula Josefa Espinoza Palma^{1*}. <https://orcid.org/0009-0003-5401-917X>
Victoria Andrea Álvarez Vargas¹. <https://orcid.org/0009-0002-3762-1874>
Felipe Alejandro Yoel Valdés Garín¹. <https://orcid.org/0009-0009-8344-0071>
Lucas Alejandro Bravo Ortiz¹. <https://orcid.org/0009-0001-9663-7967>
Valentina Ignacia Araya Agurto¹. <https://orcid.org/0009-0006-6348-5115>
Carlos Cabello Cervellino². <https://orcid.org/0000-0001-5484-0150>

¹Interno de Medicina, Universidad Católica del Maule, Talca, Chile.

²Jefe Equipo Cadera y Pelvis, Servicio de Traumatología y Ortopedia, Hospital Regional de Talca, Talca, Chile.

Declaración de intereses: Los autores declaran no tener conflictos.

*Correspondencia: Paula Josefa Espinoza Palma / paula.espinoza@alu.ucm.cl
Interna de medicina, Universidad Católica del Maule, Hospital Regional de Talca.

Recibido: 14/04/2026.
Aceptado: 29/05/2026.

RESUMEN

Introducción: Las fracturas de la cabeza femoral son infrecuentes y se asocian a traumatismos de alta energía, frecuentemente en el contexto de luxaciones posteriores de cadera. La luxofractura Pipkin tipo IV corresponde a la variante de mayor complejidad y peor pronóstico funcional. **Objetivo:** Describir el manejo quirúrgico de una luxofractura Pipkin tipo IV en paciente joven. **Caso clínico:** Hombre de 28 años sin comorbilidades, politraumatizado por caída desde altura. Se diagnosticó luxación posterior de cadera izquierda asociada a fractura de cabeza femoral y pared posterior acetabular. Se realizó reducción cerrada de urgencia y osteosíntesis diferida mediante abordaje lateral de Hardinge, utilizando tornillos headless y reconstrucción subcondral con injerto óseo autólogo. **Resultados:** Evolución favorable, sin signos de necrosis avascular a los 4 meses. Se indicó progresión de carga según protocolo, con paciente asintomático al alta del seguimiento.

Palabras clave: Fijación interna de fracturas; Fracturas de la cabeza femoral; Luxación de cadera Injerto óseo; Necrosis avascular.

ABSTRACT

Introduction: Femoral head fractures are uncommon and usually associated with high-energy trauma, frequently occurring in the context of posterior hip dislocations. Pipkin type IV fracture-dislocation represents the most complex variant, with the worst functional prognosis. **Objective:** To describe the surgical management of a Pipkin type IV fracture-dislocation in a young patient. **Case report:** A 28-year-old male with no comorbidities, polytraumatized after a fall from height. Diagnosis revealed posterior dislocation of the left hip associated with femoral head fracture and posterior acetabular wall fracture. Urgent closed reduction was performed, followed by delayed osteosynthesis through a lateral Hardinge approach, using headless screws and subchondral reconstruction with autologous bone graft. **Results:** Favorable evolution, with no signs of avascular necrosis at 4 months. Weight-bearing progression was indicated according to protocol, with the patient remaining asymptomatic at the end of follow-up.

Keywords: Avascular necrosis; Bone graft; Femoral head fractures; Hip dislocation; Internal fixation of fractures.

INTRODUCCIÓN

Las fracturas de la cabeza femoral representan el 1% de todas las fracturas del esqueleto apendicular y constituyen una entidad infrecuente en traumatología^{1,2}. Se producen predominantemente como consecuencia de traumatismos de alta energía y se asocian en un 5–15% a luxaciones posteriores de cadera^{2,3}. Su distribución por tipo según la clasificación de Pipkin muestra que el tipo I y II corresponden al 50–60% de los casos, el tipo III al 5–8%, y el tipo IV al 30–40% de las fracturas de cabeza femoral reportadas en series contemporáneas^{3,4}.

Esta lesión es más frecuente en adultos jóvenes entre 20 y 40 años, habitualmente hombres, y se produce por mecanismos de compresión axial con la cadera en flexión y aducción, como accidentes de tránsito de alta energía, caídas desde altura o aplastamientos^{1,5}. El segmento etario afectado, con alta demanda funcional y laboral, confiere especial relevancia al objetivo de preservar la articulación nativa, ya que las secuelas funcionales pueden tener un impacto significativo en la calidad de vida y la capacidad de trabajo^{5,6}.

Su localización intracapsular las vincula a mayor morbilidad en comparación con las fracturas extracapsulares del fémur proximal. La necrosis avascular (NAV) de la cabeza femoral y la artrosis postraumática constituyen las complicaciones de

mayor impacto, con incidencias reportadas de NAV de hasta un 25% y de artrosis sintomática de un 20–50% en seguimientos a mediano y largo plazo^{3,4,7}.

La clasificación de Pipkin, propuesta en 1957 y vigente en la práctica clínica actual, estratifica estas lesiones en cuatro tipos según la localización del fragmento fracturado y las lesiones asociadas¹. (Tabla 1) El tipo IV —fractura de cabeza femoral asociada a fractura acetabular— representa la variante de mayor complejidad técnica, dado que compromete simultáneamente ambas superficies articulares de la cadera y exige un abordaje que permita abordar ambos componentes de la lesión en un mismo tiempo quirúrgico^{2,8}.

Se presenta el caso de un paciente joven con luxofractura Pipkin tipo IV manejado en el Hospital Regional de Talca, describiendo la técnica quirúrgica empleada y los resultados funcionales en el seguimiento.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Hombre de 28 años, sin antecedentes mórbidos, derivado desde servicio de urgencias tras caída de alta energía en bicicleta desde 2,5 metros de altura, con trauma directo sobre hemicuerpo izquierdo. Al ingreso presentaba impotencia funcional completa de cadera izquierda, dolor de alta intensidad y limitación para la extensión del miembro inferior ipsilateral.

Tabla 1. Clasificación de Pipkin para fracturas de cabeza femoral.

Tipo	Descripción
I	Fractura inferior a la fóvea de la cabeza femoral, que no afecta a la parte que soporta peso de la cabeza femoral
II	Fractura superior a la fóvea femoral de la cabeza y a menudo más grande, afectando a la parte que soporta peso de la cabeza femoral
III	Fractura tipo I o II asociada a una fractura concomitante del cuello femoral
IV	Fractura tipo I o II asociada a una fractura acetabular

Fuente: Dunseath OA, Al-Obaidi I, Ignatius L, Rudran B, Jordan C. Femoral head fractures: Anatomy, diagnosis and management. EFORT Open Rev. 2026; 11(3): 175-182. doi: 10.1530/EOR-2025-0026.

El estudio imagenológico con radiografía de pelvis evidenció luxación posterior de cadera izquierda asociada a fractura de cabeza femoral. Se complementó con tomografía computarizada de pelvis, confirmando fractura tipo split de la cabeza femoral con compromiso de la pared posterior del acetábulo, compatible con luxofractura Pipkin tipo IV (Figuras 1 y 2).

Se realizó reducción cerrada de urgencia bajo sedación con control radioscópico, obteniéndose reducción concéntrica. Posteriormente, se efectuó osteosíntesis diferida al cuarto día mediante abordaje lateral de Hardinge, con luxación controlada de la cabeza femoral, reducción anatómica y fijación con tres tornillos headless, asociando un cuarto tornillo en zona de reconstrucción con injerto óseo autólogo de cresta ilíaca para relleno del defecto subcondral (Figura 3).

La evolución postoperatoria fue favorable, sin complicaciones inmediatas. Se indicó descarga completa inicial, con progresión a carga parcial a las 8 semanas y 25% de carga a las 10–12 semanas. En controles seriados, incluyendo tomografía computarizada, no se evidenciaron signos de necrosis

avascular ni colapso de la cabeza femoral. A los 4 meses el paciente se encontraba asintomático, con adecuada evolución clínica e imagenológica.

El presente caso fue manejado en conformidad con los principios éticos para la investigación en seres humanos establecidos en la Declaración de Helsinki de 2008, contando con el consentimiento informado del paciente para la publicación de sus datos clínicos e imágenes.

DISCUSIÓN

La clasificación de Pipkin divide las fracturas de cabeza femoral en cuatro tipos: Tipo I, fractura por debajo de la fovea (inferior a la inserción del ligamento redondo, fuera de la zona de carga); Tipo II, fractura por encima de la fovea (zona de carga); Tipo III, fractura tipo I o II asociada a fractura del cuello femoral; Tipo IV, fractura tipo I o II asociada a fractura del acetábulo^{1,2} (Tabla 1). Esta clasificación mantiene relevancia clínica por su correlación con el pronóstico y la decisión quirúrgica: los tipos I y II tienen manejo mayoritariamente conservador o mínimamente invasivo, mientras que los tipos III y IV requieren habitualmente intervención quirúrgica

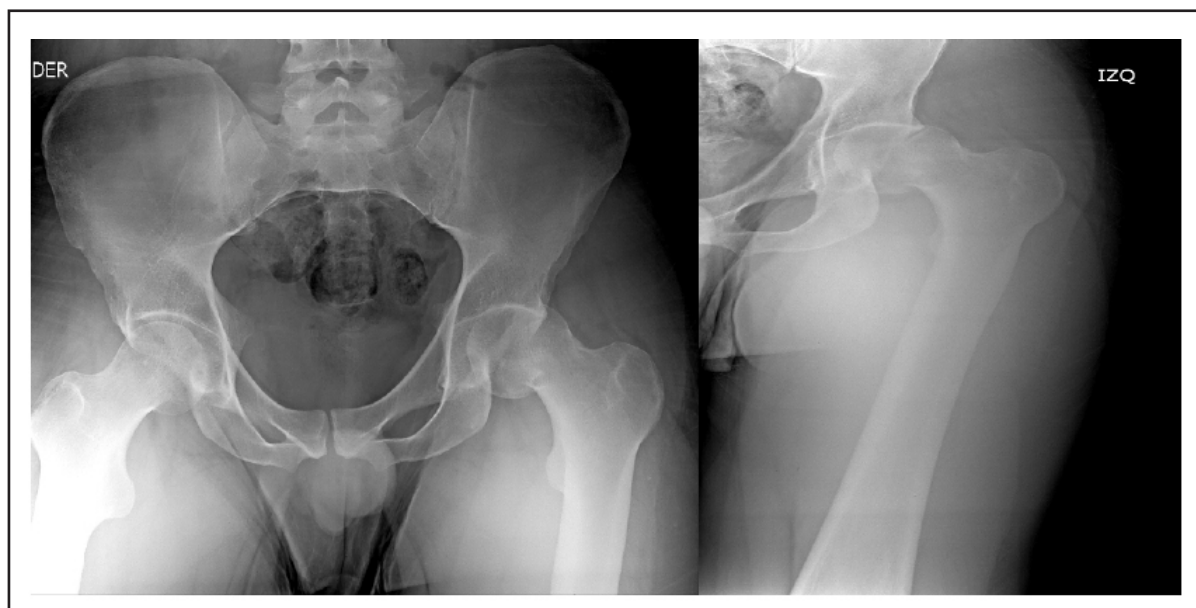


Figura 1: Radiografías preoperatorias AP de pelvis (izquierda) y lateral de cadera izquierda (derecha). Se evidencia luxación posterior de cadera izquierda con desplazamiento de la cabeza femoral fuera del acetábulo, con pérdida de la congruencia articular. Hallazgo compatible con luxofractura Pipkin tipo IV.



Figura 2: TC de pelvis preoperatorio, corte coronal. Se aprecia luxación posterior de cadera izquierda con la cabeza femoral completamente desplazada fuera del acetábulo en dirección posterior y superior. Se identifica fractura tipo split de la cabeza femoral izquierda con trazo de fractura visible, asociado a compromiso de la pared posterior del acetábulo izquierdo, confirmando la clasificación Pipkin tipo IV. Cadera derecha de morfología normal.

abierta^{2,3}. El tipo IV, presente en este caso, condiciona la necesidad de un abordaje que permita abordar simultáneamente la cabeza femoral y el acetábulo, lo que eleva la complejidad técnica y el riesgo de complicaciones intra y postoperatorias^{8,9}.

La reducción cerrada precoz de la luxación constituye el primer paso y el factor pronóstico modificable más relevante: debe realizarse idealmente dentro de las primeras 6 a 12 horas desde el traumatismo para minimizar el tiempo de isquemia de la cabeza femoral y reducir el riesgo de NAV^{3,6,10}. Una vez lograda la reducción, el manejo definitivo del tipo IV requiere reducción abierta y fijación interna de ambos componentes en un único tiempo quirúrgico, lo que exige una planificación cuidadosa del abordaje.

El abordaje más utilizado en series contemporáneas para el tipo IV es el posterolateral de Kocher-Langenbeck, que provee excelente exposición de la pared posterior del acetábulo, aunque con mayor riesgo de lesión de los vasos retinaculares de la cabeza femoral^{2,8,11}. El abordaje lateral de

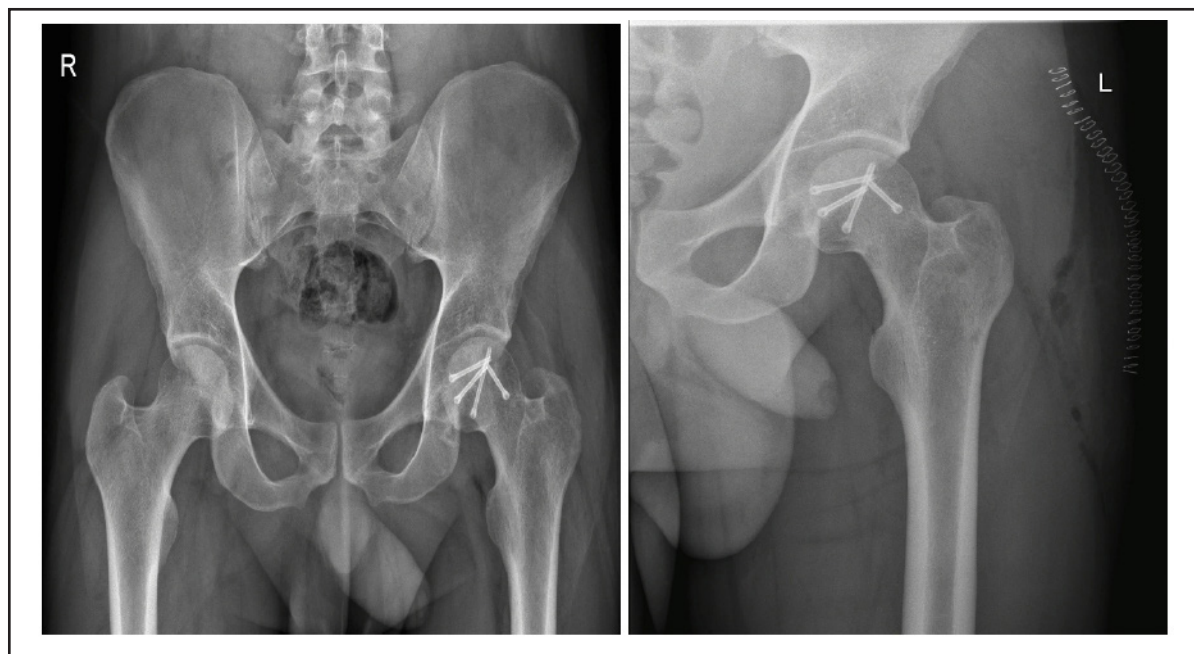


Figura 3: Radiografías postoperatorias AP de pelvis (izquierda) y lateral de cadera izquierda (derecha). Se observa reducción concéntrica de la luxación con cabeza femoral centrada en el acetábulo y osteosíntesis in situ mediante 3 tornillos headless en posición subcondral en cabeza femoral, con adecuada alineación del material de fijación. Sin signos de necrosis vascular ni complicaciones inmediatas.

Hardinge, empleado en este caso, permite acceder simultáneamente a la cabeza femoral y al acetábulo posterior con un perfil de riesgo vascular menor, siendo una alternativa válida especialmente en centros con mayor experiencia en este acceso^{11,12}. La luxación controlada de la cabeza femoral bajo este abordaje permite visualización directa del patrón fractuario, condición indispensable para lograr una reducción anatómica y la correcta colocación del implante.

Los tornillos headless presentan ventajas biomecánicas para la fijación de fragmentos intraarticulares: al insertarse completamente en posición subcondral, eliminan el riesgo de prominencia de material sobre el cartílago articular y el consecuente desgaste acelerado del acetábulo^{7,13}. Series recientes reportan tasas de consolidación superiores al 85% con esta técnica, con baja incidencia de fallo de implante y de complicaciones condrales secundarias^{8,13,14}.

La luxofractura Pipkin tipo IV presenta la peor evolución funcional dentro de la clasificación, con incidencias reportadas de NAV de hasta un 25%, artrosis postraumática sintomática en un 20–50% y rigidez residual variable según el tiempo de isquemia, calidad de la reducción anatómica y presencia de lesiones condrales asociadas^{3,4,9}. El protocolo de rehabilitación postoperatoria en las series de mayor evidencia establece descarga completa durante las primeras 6–8 semanas, seguida de carga parcial progresiva hasta las 12 semanas, con inicio de carga completa condicionado a los hallazgos imagenológicos de consolidación^{10,15}. La artroplastía total de cadera queda reservada para los casos de fracaso del tratamiento conservador, NAV establecida con colapso o artrosis secundaria sintomática en el seguimiento a mediano y largo plazo^{5,6}.

La evolución postoperatoria de este paciente fue consistente con los mejores resultados descritos en la literatura para el manejo precoz y técnicamente adecuado del tipo IV. La reducción cerrada oportuna al ingreso, seguida de osteosíntesis con restauración de la congruencia articular y reconstrucción del defecto subcondral con injerto óseo autólogo, permitió lograr consolidación progresiva sin colapso de cabeza femoral, evidenciada en TC a las 8 semanas^{8,14}.

El protocolo de carga seguido -descarga completa

hasta las 8 semanas, carga parcial al 25% a las 10-12 semanas- se alineó con las recomendaciones actuales para este tipo de lesión^{10,15}. A los 4 meses el paciente se encontraba asintomático, con osteosíntesis in situ y sin signos de NAV ni complicaciones tardías, lo que sugiere que tanto la técnica de fijación como la reconstrucción subcondral fueron determinantes en el resultado favorable. El hallazgo intraoperatorio de pérdida ósea subcondral, no siempre anticipado en la planificación preoperatoria, refuerza la necesidad de disponer de injerto óseo autólogo como recurso de contingencia en este tipo de intervenciones^{9,14}. Sin embargo, cabe destacar que la ausencia de NAV en el seguimiento a corto plazo no excluye su aparición tardía. Las complicaciones tardías de las fracturas de cabeza femoral incluyen la necrosis avascular, la osificación heterotópica y la artrosis postraumática, por lo que se recomienda mantener seguimiento clínico e imagenológico a mediano y largo plazo para la detección oportuna de estas complicaciones¹⁶.

La luxofractura Pipkin tipo IV representa una lesión de alta complejidad quirúrgica, cuyo pronóstico depende del manejo oportuno y de la calidad de la reconstrucción articular. En el caso presentado, la reducción precoz, la osteosíntesis con tornillos headless y la reconstrucción del defecto subcondral con injerto óseo autólogo permitieron preservar la articulación nativa y obtener un resultado funcional favorable a corto plazo. Estos hallazgos refuerzan la importancia de una planificación quirúrgica individualizada y de la disponibilidad de recursos reconstructivos intraoperatorios.

La luxofractura Pipkin tipo IV es una lesión infrecuente, de alta complejidad quirúrgica y con potencial de secuelas funcionales significativas. La reducción cerrada precoz, el abordaje lateral de Hardinge y la osteosíntesis con tornillos headless asociada a reconstrucción del defecto subcondral con injerto óseo autólogo constituyen una estrategia técnicamente reproducible que permite preservar la articulación nativa en pacientes jóvenes. El caso presentado demuestra que un manejo sistemático, con planificación quirúrgica individualizada y protocolo de carga progresivo, puede lograr buenos resultados funcionales a corto plazo sin evidencia de NAV, aun cuando la osteosíntesis sea diferida por factores logísticos. El diagnóstico precoz, la reducción oportuna de la luxación y la reconstrucción

articular anatómica son los pilares que determinan el pronóstico en esta entidad.

REFERENCIAS

1. Romeo NM, Firoozabadi R. Classifications in brief: The Pipkin classification of femoral head fractures. *Clin Orthop Relat Res*. 2018; 476(5): 1114-1119.
2. Gänsslen A, Lindtner RA, Krappinger D, Franke J. Pipkin fractures: Fracture type-specific management. *Arch Orthop Trauma Surg*. 2024; 144(10): 4601-4614.
3. Prokop A, Chmielnicki M. Femoral head fractures: analysis of 13 years with literature review. *Eur J Trauma Emerg Surg*. 2021; 47(3): 777-784.
4. Immerman I, Bechtel C, Yildirim C, Wajnsztein A, Della Valle AG, Egol K. Femoral head fractures: 40-year follow-up of 12 patients. *J Orthop Trauma*. 2020; 34(3): e101-e107.
5. Mostafa MF, El-Adl W, El-Sayed MA. Surgical treatment of displaced Pipkin type IV fracture-dislocations of the hip. *Arch Orthop Trauma Surg*. 2021; 141(3): 415-425.
6. Kratz T, Dehner C, Einsiedel T. Femoral head fractures—current concepts and management. *Z Orthop Unfall*. 2022; 160(4): 459-468.
7. Henle P, Kloen P, Siebenrock KA. Femoral head injuries: Which treatment strategy can be recommended? *Injury*. 2020; 51 Suppl 3 :S10-S19.
8. Keel MJB, Tomagra S, Bostock C, Siebenrock KA, Tannast M. Femoral head fractures: Clinical results after surgical hip dislocation and fixation with headless compression screws. *Injury*. 2020; 51(Suppl 3):S20-S27.
9. Giannoudis PV, Kontakis G, Christoforakis Z, Akula M, Tosounidis T, Koutras C. Management, complications and clinical results of femoral head fractures. *Injury*. 2009; 40(12): 1245-1251.
10. Massè A, Aprato A, Alluto C, Favuto M, Ganz R. Surgical hip dislocation is a reliable approach for treatment of femoral head fractures. *Clin Orthop Relat Res*. 2015; 473(12): 3744-3751.
11. Steppacher SD, Bastian JD, Ansoorge A, Zurmühle CA, Siebenrock KA, Tannast M. Treatment of femoral head fractures by surgical hip dislocation: Results at 10-year follow-up. *J Orthop Trauma*. 2023; 37(3): 117-123.
12. Lu Y, Uppal HS. Hip fractures: relevant anatomy, classification, and biomechanics of fracture and fixation. *Geriatr Orthop Surg Rehabil*. 2021; 12: 21514593211053945.
13. Benson EC, Moed BR. Fractures of the femoral head: Treatment options and outcomes. *J Am Acad Orthop Surg*. 2009; 17(11): 722-731.
14. Csizy M, Buckley RE, Fennell C. Pipkin type-IV femoral head fracture: A retrospective analysis of treatment and outcome. *J Orthop Trauma*. 2002; 16(7): 491-494.
15. Jawad MU, Scully SP. In brief: Pipkin classification of femoral head fractures. *Clin Orthop Relat Res*. 2010; 468(3): 890-892.
16. Dunseath OA, Al-Obaidi I, Ignatius L, Rudran B, Jordan C. Femoral head fractures: anatomy, diagnosis and management. *EFORT Open Rev*. 2026; 11(3): 175-182. DOI:10.1530/EOR-2025-0026.