



Indicadores cuantitativos del Itinerario clínico asistencial en serie de pacientes con hantavirosis en La Araucanía-Chile (N° 1788)

Baez Maraboli, F^{1,2}; Urrutia Ayala, F²; Muñoz Sandoval, J^{3,4}.

1. Departamento de Salud Pública. Facultad de Medicina. Universidad de La Frontera. 2. Secretaría Regional Ministerial de Salud de la región de La Araucanía. 3. Escuela de Medicina, Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud, Universidad Mayor. 4. Hospital Dr. Hernán Henríquez Aravena. Temuco

Introducción

Hantavirosis es una **zoonosis viral grave**, transmitida principalmente por inhalación de partículas virales excretadas por el roedor *Oligoryzomys longicaudatus* a través de su orina y fecas. De acuerdo a las cifras del Ministerio de Salud, en **Chile presenta una alta letalidad, actualmente cercana al 26%**, afectando mayormente a comunidades rurales. Característicamente los **pacientes son policonsultantes** con evolución agravada en los primeros días. El itinerario clínico asistencial corresponde a la secuencia de atenciones de un paciente ante un problema de salud; lo que ha sido escasamente documentado en esta enfermedad, siendo fundamental para su gestión clínica y uso de recursos.

Objetivo. Determinar indicadores cuantitativos del itinerario clínico asistencial y caracterizar las etapas del recorrido de atención de pacientes con hantavirosis en La Araucanía entre el 2018 y 2024.

Materiales y Métodos

Estudio **observacional, descriptivo y retrospectivo**, con diseño de serie temporal de pacientes confirmados, como fuente se utilizó los registros clínicos epidemiológicos oficiales. Se consideró la **población total de 30 casos confirmados** en el periodo, teniéndose como **criterios de inclusión la confirmación molecular o serológica de casos y trazabilidad completa** para el indicador que según corresponda.

Se definieron **8 indicadores replicables** basados en fechas clave del proceso clínico y de vigilancia epidemiológica: 1) inicio de síntomas a primera consulta. 2) primera consulta a notificación. 3) notificación a hospitalización. 4) síntomas a hospitalización. 5) notificación a confirmación diagnóstica. 6) duración de hospitalización. 7) síntomas a fallecimiento (casos fatales). 8) número de consultas al momento de la notificación.

Se calcularon estadísticas descriptivas, medidas de tendencia central (promedio y mediana) y de dispersión (rango intercuartílico, RIC), frecuencias absolutas para variables categóricas. Procesamiento en STATA v.16. **Se garantizó la confidencialidad de los datos personales** y se respetaron los principios éticos. Se eximió de consentimiento informado por su carácter retrospectivo.

Resultados

 Casos confirmados: 30 (2018-2024)	 Notificados en sistema de vigilancia: 100%
 Fallecidos: 26,7% (n = 8)	 Altas: 73,3% (n = 22)

Indicador (días)	Promedio	Mediana	Rango	RIC
1. Síntomas → Primera consulta	2,4	1,5	0 – 7	3
2. Primera consulta → Notificación	2,6	3	0 – 6	3
3. Notificación → Hospitalización	-0,2	0	-3 – 2	0
4. Síntomas → Hospitalización	4,6	5	1 – 10	2,5
5. Notificación → Confirmación	1,4	1	0 – 6	1
6. Hospitalización (18 casos)	18,2	10,5	7 – 52	11
7. Síntomas → Muerte (8 casos)	11,3	9	3 – 37	3
8. N° Consultas (29 casos)	2,6	3	1 – 4	1

Conclusiones

Se puede inferir que, **I1:** Indicó una consulta discretamente oportuna tras la aparición de síntomas. **I2:** Mostró cierto retraso en la sospecha clínica por parte del personal clínico. **I3:** El valor negativo sugiere que en algunos casos el paciente fue hospitalizado antes de la sospecha. **I4:** Representó un intervalo importante entre el inicio del cuadro clínico y la atención hospitalaria. **I5:** Reflejó una confirmación diagnóstica relativamente rápida posterior a la notificación, particularmente en los últimos años. **I6:** Se observó una alta variabilidad, con hospitalizaciones prolongadas en algunos pacientes. **I7:** Reveló una evolución clínica acelerada en casos fatales. **I8:** Sugiere una potencial demora en la sospecha diagnóstica.

Se identificaron brechas críticas en los tiempos de atención para hantavirosis, especialmente en la **hospitalización y número de consultas previas** a la notificación, estas demoras podrían repercutir negativamente en el pronóstico. No se consideraron variables sociodemográficas o estructurales, siendo una materia relevante para estudios posteriores. Se contribuye en la importancia de fortalecer la sospecha clínica temprana, el diagnóstico oportuno y acceso expedito a atención especializada en estos casos.

Referencias

Baró A, Michel, Vergara O, José, & Navarrete C, Maritza. (1999). Hantavirus en Chile: revisión y análisis de casos desde 1975. Revista médica de Chile, 127(12), 1513-1523. Padula PJ, Edelstein A, Miguel SD, López NM, Rossi CM, Rabinovich RD. Hantavirus pulmonary syndrome outbreak in Argentina: molecular evidence for person-to-person transmission of Andes virus. Virology 1998; 241:323-30. Vial, Pablo A et al. Hantavirus in humans: a review of clinical aspects and management. The Lancet Infectious Diseases, Volume 0, Issue 0. Martínez VP, Bellomo C, San Juan J, et al. Person-to-person transmission of Andes virus. Emerg Infect Dis 2005; 11:1848-53. Ferrés M, Vial P, Marco C, Yanez L, Godoy P, Castillo C, Hjelle B, Delgado I, Lee SJ, Mertz GJ; Andes Virus Household Contacts Study Group. Prospective evaluation of household contacts of persons with hantavirus cardiopulmonary syndrome in Chile. J Infect Dis. 2007 Jun 1;195(11):1563-71. Epub 2007 Apr 16. PMID: 17471425. Toro J, Vega JD, Khan AS, Mills JN, Padula P, Terry W, et al. An outbreak of hantavirus pulmonary syndrome, Chile, 1997. Emerg Infect Dis. 1998;4:687-94. Ministerio de Salud de Chile. Boletín de Brotes. Brotes de hantavirus en Bullileo, Parraí, región del Maule, año 2002. Martínez-Valdebenito C, Calvo M, Vial C, et al. Person-to-person household and nosocomial transmission of andes hantavirus, Southern Chile, 2011. Emerg Infect Dis. 2014;20(10):1629-36.



Correspondencia a fernando.baez@ufrontera.cl

ORGANIZAN

AUSPICIAN