

¿Por qué son necesarias unidades geriátricas de agudos en el sistema de salud chileno?

Jaime Hidalgo A.

Sección Geriatria, Depto. Medicina, HCUCH.

SUMMARY

For centuries, man has been concerned about health, particularly to achieve successful aging. In this process of health and illness, often the elderly were dying in the attempt to improve, and those requiring more care, it was not possible to do at home, so they sought the help of others, most of whom were Monasteries, which later gave way to hospices, Nurse Homes and Hospitals. Given the growing senior population that required hospital care and elderly care was developing Geriatrics, along with a comprehensive model of confrontation and interdisciplinary intervention, soon found in geriatric acute care setting, the core specialty. Over the past 50 years, it has become clear that in conjunction with the Integral Geriatric Evaluation, these units have shown a change in the prognosis of the elderly. Since Chile is experiencing a rapidly aging population, it is necessary to develop these units in our health care system.

INTRODUCCIÓN

El cambio demográfico presentado en Chile en los últimos 40 años significa un desafío al cual aun no se ha preparado el Estado, y en particular, el área de la salud. Se ha comprobado que la demanda por servicios de salud, tanto en Atención Primaria, servicios de urgencias, hospitalizaciones, rehabilitación, etc. por parte de adultos mayores, ha ido incrementándose día a día. Sin embargo, la preparación que los distintos profesionales en el área de la salud reciben es poca o escasa en información sobre las distintas consideraciones de una población tan

heterogénea como son las personas mayores de 60 años y aún más los mayores de 80 años. Esto se suma al hecho de que no se cuentan con servicios de atención especializados. Sería impensado que el sistema público careciera de servicios de Geriatria: de similar manera debe asumirse frente a la población adulta mayor. Son escasos los hospitales públicos que cuentan con servicios de Geriatria, si acaso con profesionales del área que atiendan a la creciente demanda de atención por este segmento de la población. Más preocupante es que el grueso de los especialistas se concentra en el ámbito privado y en Santiago, debido en parte al poco campo que existe en el sistema

público y a las mayores remuneraciones que ofrecen. La Encuesta Nacional de Salud del año 2010 muestra que un 30% del total de las hospitalizaciones corresponden a personas mayores, siendo superior al 50% en servicios de Medicina Interna y de Paciente Crítico, con un creciente número de adultos mayores de 80 años. Adicionalmente, dicha encuesta detecta una serie de factores que inducen a que este segmento poblacional esté más afecto a la demanda de atención en salud, dada la alta frecuencia de patologías crónicas con pobre control médico⁽¹⁾.

Ante la mayor proporción de adultos mayores, su alta demanda por servicios de salud y las consideraciones de la calidad de vida, como son, no solo el óptimo control de sus patologías, sino la conservación de la funcionalidad y autonomía, la preservación de la salud mental, y el lograr un adecuado entorno social, se vuelve necesario pues prestar una atención en salud óptima que permita lograr dichos objetivos⁽²⁾. Para justamente poder llevar a cabo éstos, diversos países han desarrollado una red de niveles asistenciales en el sistema de salud que han permitido que los adultos mayores puedan, ante los riesgos que conlleva una hospitalización, recuperar y retomar su rutina de vida lo más cercana a su situación previa. Entre ellos, se encuentran las Unidades Geriátricas de Agudos (UGAs).

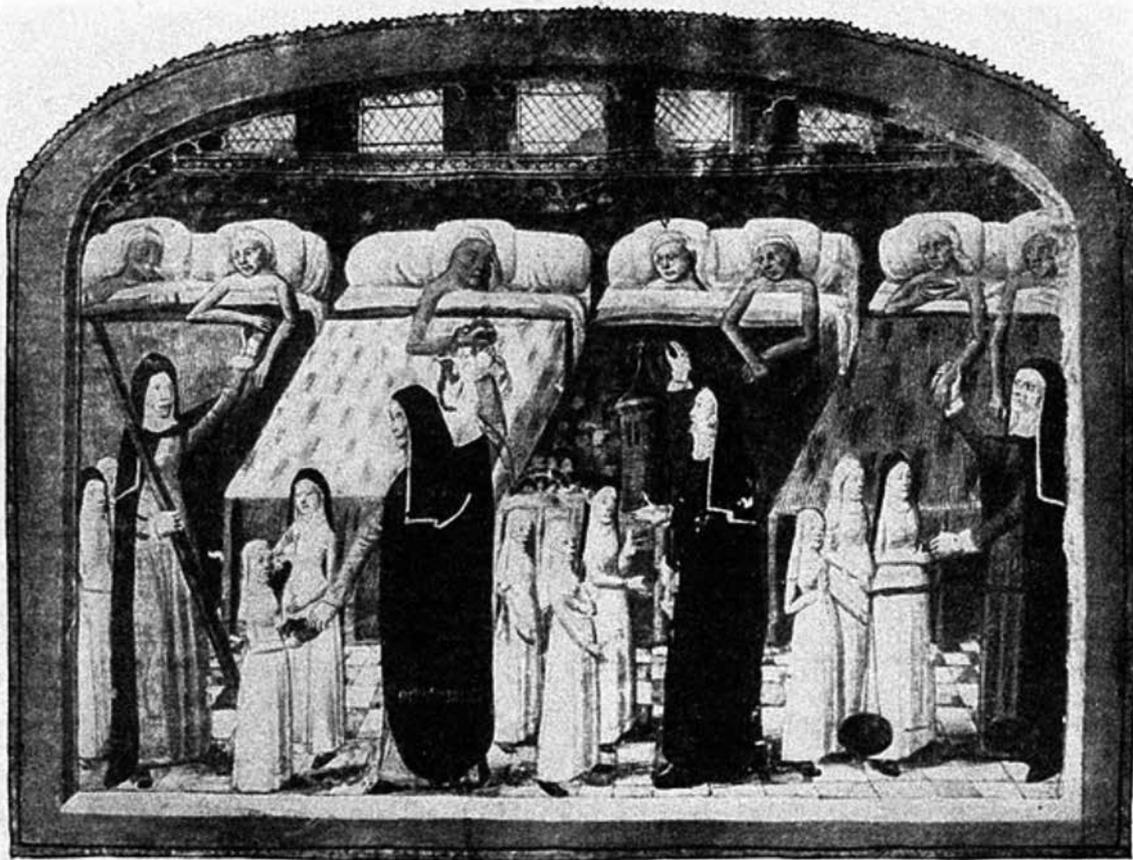
En este artículo pretendemos mostrar las razones del por qué es necesario contar en nuestro sistema de salud con dichas unidades y mostrar nuestra experiencia como hospital universitario en el manejo de personas mayores hospitalizadas.

HISTORIA

Es conocido que la Geriátrica como especialidad es relativamente “joven”; sin embargo, la consideración de una óptima salud en las postrimerías de la vida es un objetivo que se remonta a culturas mi-

lenarias. Pero la hospitalización geriátrica como tal nace en la época medieval, donde los monasterios servían de lugares donde se asilaban personas muy enfermas y ancianos en busca de buenos cuidados y alimentación: un estilo de cuidados especiales. Posteriormente, en lugares como el Reino Unido entre 1597 y 1602 se promulgó la “Poor Law”, la cual tenía como objetivo prevenir la vagancia y la pobreza en las calles, proveyéndoles de lugares de asilo. En esta se incluían a quienes estaban severa y/o crónicamente enfermos, huérfanos o personas solas. Estos lugares con el tiempo fueron aumentando en número y comenzaron a ser un problema de salud pública, dada la cantidad de pacientes, los pocos cuidados que recibían y los altos gastos para el Estado. Hacia 1929 se suprime dicha ley, se hacen las autoridades locales responsables de estos hospicios, algunos convirtiéndose en hospitales de índole docente y donde no incluían hospitalización de personas mayores por ser de escaso interés académico, y otros continuando su labor benéfica de cuidar a enfermos crónicos, graves y a personas envejecidas. Es en uno de estos lugares, el West Middlesex Hospital, en donde Marjorie Warren, la “Madre de la Geriátrica”, desarrollaría las bases de la atención geriátrica actual. En este lugar, con 714 pacientes, les clasificó entre sanos y enfermos, jóvenes y viejos, y les indicaba tratamiento y rehabilitación. En el fondo, fue la primera Unidad Geriátrica formada y que sirvió para el ulterior desarrollo de la valoración geriátrica integral.

A Marjorie Warren le siguieron Lord Amulree y Norman Exton-Smith, quienes expandieron el modelo usado en el West Middlesex Hospital a otros centros, lo cual fue acompañado del desarrollo del modelo de valoración domiciliaria como parte de la continuidad de cuidados (entre 1936 a 1948). Posteriormente se fue desarrollando el modelo actual, donde se conforma un equipo interdisciplinario. Se configura el perfil ideal de paciente para las UGA's, el trabajo en equipo con los familiares y el surgimiento de unidades



UN ANCIEN HOPITAL.

Le Livre de la vie active. (Manuscrit du xv^e siècle des Archives de l'Assistance publique de Paris.)

especializadas de atención: unidades de Stroke, Orto geriatria, Psicogeriatría, etc. Paralelamente, la Geriatría como especialidad se iba posicionando en Inglaterra y luego en otros países Europeos, Estados Unidos y Canadá⁽³⁾.

RIESGOS DE LA HOSPITALIZACIÓN EN ADULTOS MAYORES

Son múltiples las situaciones que afectan a las personas de la tercera edad al ser ingresadas, que son independientes a la causa directa de hospitalización, y que llevan finalmente a que el paciente se desfuncionalice. Estos eventos se cuentan entre otros:

- Polifarmacia y eventos adversos a drogas: sabemos que quienes más expuestos están a hos-

pitalizarse son aquellas personas más frágiles, quienes tienen múltiples comorbilidades y requieren varios fármacos durante su hospitalización. Esto puede llegar a afectar hasta un 15% de quienes ingresan. Ante esta situación, las personas mayores están más expuestas a interacciones farmacológicas, con la alimentación, con las mismas patologías que tienen y finalmente al desarrollo de efectos adversos.

- *Delirium*: es un riesgo frecuente, cuya etiología multifactorial favorece el deterioro funcional, entre ellos el ambiente diferente al habitual, el aislamiento, la contención física, fármacos deliriogénicos, deshidratación (menos sed y líquidos lejos de su alcance), etc. Cabe recordar que quienes tienen algún deterioro cognitivo de base o déficits sensoriales están más expuestos

a sufrir de estos síndromes confusionales con la consiguiente utilización de más fármacos y medidas físicas que puedan contener los episodios de agitación (Tabla 1)^(5,6). Lo más relevante, es que muchos de estos casos pueden ser prevenibles.

Tabla 1. Prevalencia e incidencia de delirium según el servicio hospitalario^(5,6).

SERVICIO	INCIDENCIA	PREVALENCIA
MEDICINA INTERNA	11 – 14%	18 – 35%
UGA	20 – 29%	25%
CIRUGIA	13 – 50%	
CIRUGIA CARDIACA	11 – 46%	
TRAUMATOLOGIA	12 – 51%	17%
UPC (Paciente Crítico)	19 – 82%	7 – 50%
PALIATIVOS	47%	
URGENCIA		8 – 17%

- **Desnutrición y deshidratación:** con el proceso de envejecimiento, hay una disminución de sentidos como el gusto y el olfato, junto con una menor sensación de sed y la pérdida de dentición, lo que sumado a fármacos, el uso de sondas e incluso el mantener indicaciones nutricionales restrictivas en forma innecesaria, llevaría al paciente a esta condición. Y el aporte de líquidos, a pesar que se provee de ellos, está menos al alcance, ya que no es posible tomarlos por la dismovilidad o acceder a ellos por sí mismos⁽⁴⁾. Tal es el impacto de la desnutrición, que en estudios se describe hasta un 39% de los ancianos hospitalizados y un 47% en riesgo de hacerlo⁽⁷⁾. Más aun, diversos *papers* catalogan a la malnutrición como un factor independiente de mortalidad^(8,9).
- **Inmovilismo:** cabe recordar los cambios que a lo largo del envejecimiento se van generando a nivel muscular, entre ellos la disminución de las fibras de potencia y la menor capacidad aeróbica, que sumados al muchas veces mal indicado reposo relativo o absoluto, a las barandas y la altura de la cama, hacen que el paciente pase la mayor parte

del tiempo encamado, exponiéndolo al descondicionamiento físico, a un mayor riesgo de caídas/fracturas y, por ende, a una mayor dependencia. Como es sabido, el proceso de envejecimiento se asocia a una menor capacidad aeróbica muscular y a una disminución de las fibras musculares de potencia, además de una fragilidad ósea, que con el reposo se acelera su deterioro, favoreciendo las complicaciones ya mencionadas⁽⁴⁾.

Paralelamente, las personas mayores hospitalizadas debido al encamamiento están más expuestas a infecciones: a nivel cutáneo, debido a úlceras por presión que se sobreinfectan y a nivel respiratorio, por menor excursión diafragmática, favoreciendo menor expansión pulmonar y generación de atelectasias. También se observa una mayor presentación de infecciones a nivel urinario, en parte por mayor residuo postmiccional y al desarrollo de fecalomas. Esto también relacionado al inmovilismo, por menor tránsito intestinal y al pobre aporte de líquidos y fibra en la dieta, que muchas veces no se indican⁽⁴⁾. La incidencia de estas infecciones asociadas a la hospitalización varía entre un 5,9 a 16,9 por cada 1000 habitantes^(11,13).

- **Dependencia:** todos estos factores descritos llevan a que los mayores que están hospitalizados pierdan su funcionalidad basal, en particular aquellos más frágiles y al momento del alta requieran una asistencia mayor, la cual muchas veces no es repuesta, no se logra suplementar, con la necesidad de rehospitalizarse porque nuevamente sufren alguna complicación médica o a institucionalizarse por la pobre red de apoyo que le soporta⁽⁴⁾. Estudios muestran que cerca de un 55% de los pacientes mayores al alta son derivados a establecimientos de larga estancia y solo un 12% retorna a su hogar, aunque en Chile no contamos con estudios de esta índole. Cualquiera de las opciones significa una pérdida en la autovalencia, autonomía y calidad de vida del individuo.

¿POR QUÉ SE NECESITA UN SERVICIO ESPECIAL PARA PERSONAS MAYORES?

Como se revisó recién, los riesgos de hospitalización de personas mayores son relevantes y la implicancia de estos en el sistema de salud son importantes. Las estadísticas demuestran que cerca de un tercio de los mayores de 65 años sufren un deterioro de su funcionalidad durante una hospitalización, obviamente relacionado con la gravedad de la patología subyacente y es mayor del 50% en los mayores de 80 años. Ciertamente hay que considerar la funcionalidad previa, pues entre un 19 hasta un 90% pueden ingresar con un grado de dependencia previa; sin embargo, lo real es que durante la hospitalización se puede perder entre un 35–73% de la capacidad funcional, más aun si al mes solo entre un 31 a un 42.8% la ha logrado recuperar. Este deterioro funcional depende de muchas variables: edad, género, estatus basal, deterioro cognitivo, desarrollo de *delirium* previos, institucionalización previa, y obviamente las comorbilidades y la causal de hospitalización. Existen muchas herramientas que incluyen estas variables; sin embargo, no hay un *gold standart* que permita definir mejor quiénes están en mayor riesgo, y por ende, se puedan beneficiar de estar en una UGA. Es fundamental realizar una buena valoración geriátrica integral, que permita detectar qué pacientes tienen mayor riesgo de desfuncionalizarse y sufrir de más riesgos durante la hospitalización, como lo son la presencia de *delirium*, mayor tasa de infecciones asociadas a la hospitalización y una mayor frecuencia de efectos adversos a fármacos.

El *delirium* ya se describió previamente y es altamente frecuente dentro de las personas mayores hospitalizadas. Cerca de un 15% entre todos los ingresos de mayores en España lo presentan durante su estancia, pero en diversos estudios, con diferenciación de servicios, muestran la alta prevalencia e incidencia del cuadro entre los distintos servicios, como ya se describió antes. En nuestro país existen

algunos estudios que han mostrado incidencias en servicios de medicina de hasta un 53% de los pacientes; sin embargo, había una alta tasa de casos subdiagnosticados⁽¹⁴⁾. Dado que tienen una alta incidencia y las consecuencias como lo son mayor tasa de caídas, un aumento en la estancia hospitalaria, mayor probabilidad de deterioro cognitivo, una mayor tasa de institucionalización y un aumento de la mortalidad, su manejo en unidades especializadas como las UGA, son una razón más para el desarrollo de éstas, como lo veremos más adelante.

EVIDENCIA DE UTILIDAD

Múltiples estudios han demostrado la utilidad de estas unidades en el sistema de salud, partiendo de la aplicación de la valoración geriátrica integral como herramienta fundamental para definir los pacientes mayores que son de mayor riesgo ante una hospitalización; sin embargo, el modelo de atención geriátrica ha pasado por distintas experiencias. Desde las interconsultas hasta la conformación de un equipo interdisciplinario con unidad de hospitalización física se han realizado estudios que demuestren su evidencia, siendo ésta última la que mejores resultados ha demostrado, mejor conocidas como UGAs.

En cuanto a *outcomes* específicos, se ha podido evidenciar⁽¹⁵⁻¹⁷⁾:

- Disminución de la incidencia de caídas y úlceras por presión.
- Menor frecuencia de desarrollo de *delirium*.
- La declinación funcional ha sido demostrada como uno de los grandes problemas a consecuencia de la hospitalización de los pacientes mayores y motivo de diversos estudios. Kosse *et al* demostraron en su metaanálisis que la intervención precoz con actividad física al ingresar, disminuía impacto del inmovilismo y reducía la posibilidad de institucionalización⁽¹²⁾. Se evi-

dencia que es menor dentro de la hospitalización en una UGA comparada a otros servicios, junto con una mejor funcionalidad al alta con respecto a su funcionalidad previa a la hospitalización, comparada a otros servicios. Un metaanálisis realizado en el 2009 mostró una reducción de 13% del riesgo relativo de desfuncionalización y un 25% de retornar a su hogar, en comparación a unidades convencionales. Dicho de otra forma, el NNT para evitar una declinación funcional en un paciente, debe ser de 19 casos y para derivar a su casa, 17⁽¹⁶⁾.

- Estancia hospitalaria es menor con respecto a otras unidades.
- El destino al alta fue ligeramente más frecuente al hogar desde una UGA que desde otros servicios. Leve disminución en tasas de institucionalización.
- No hay evidencia contundente que muestre diferencias en mortalidad.
- Hay una discreta disminución en las tasas de readmisión hospitalaria.

Obviamente que estos logros dependen del tipo de pacientes a quienes se dirige la atención interdisciplinaria de este tipo. En este contexto, existe diversa evidencia en que quienes más se benefician de este tipo de intervenciones serían^(10,11):

- Todos los mayores de 80 años.
- Aquellos mayores de 75 años con un cambio en sus AVD, medido preferentemente por la escala de Barthel, donde exista un cambio de al menos 20 puntos de su estatus previo (ideal en aquellos con dependencia leve o sin dependencia).
- Comorbilidades múltiples.
- Ingresan por patología aguda y que el motivo de ingreso no sea para realización de un procedimiento realizable por otro servicio.
- Deterioro cognitivo.
- Polifarmacia.

EFICIENCIA DE LAS UGA

En este aspecto, muchas veces se cree que dada la necesidad de un mayor personal durante las intervenciones de personas mayores, como son médicos, enfermeras, terapeutas ocupacionales, farmacólogos, kinesiólogos, etc. es necesario un gasto mayor; sin embargo, y haciendo análisis estadísticos que disminuyan el factor de heterogeneidad de los distintos estudios que miden costos, estos han demostrado una reducción por gastos en atención intrahospitalaria por paciente en parte por la menor estancia, sino también por la menor tasa de complicaciones ya descritas que pueden aumentar los costes en salud. En un metaanálisis hecho por Baztan y cols en el año 2010⁽¹⁸⁾ demuestran una reducción de la estancia hospitalaria de 1 día cama por cada paciente y una reducción entre 8 y 12,7% en la cuenta hospitalaria. En un estudio similar en el 2012 realizado por Fox y cols mostraron una reducción promedio de US\$245 por estancia⁽¹⁹⁾.

Si sumamos las evidencias, vemos que realmente es costo efectivo contar con unidades geriátricas en nuestro sistema de salud, considerando la proyección de envejecimiento poblacional y las implicancias que éste tiene sobre nuestra red de salud actual.

REALIDAD LOCAL

En nuestro medio existen pocas unidades de este tipo instaladas, principalmente en los hospitales dependientes de las Fuerzas Armadas y Carabineros (Hospital FACH, DIPRECA, Naval) y el Hospital Clínico Universidad de Chile (HCUCH) con el concepto previamente expuesto. En el sistema público hay ya esbozos de unidades similares: el Hospital Padre Hurtado, Hospital San José y recientemente el Hospital San Juan de Dios logró organizar una Unidad Geriátrica de 12 camas.

La Unidad Geriátrica de Agudos del HCUCH fue creada en el año 2006 con una capacidad de 6 camas y un equipo conformado por 2 geriatras, enfermera y kinesiólogo, y a la cual en los años sucesivos se adhirieron un farmacólogo clínico, terapeuta ocupacional, neuropsicología y más médicos geriatras. Actualmente contamos con una capacidad de 10 camas y con un completo equipo interdisciplinario, compuesto de 4 geriatras, enfermera, 2 kinesiólogos, un químico farmacéuta, neuropatólogo y terapeutas ocupacionales, además con la estrecha colaboración de una nutricionista, una fonoaudióloga y de la trabajadora social del Hospital Clínico. Con este equipo estamos atendiendo anualmente a un promedio de 300 a 320 pacientes con una estancia promedio de entre 7 a 8 días. Además anualmente realizamos cerca de 200 interconsultas a los diversos servicios de nuestro Hospital.

Un estudio realizado por Carrasco y cols en el año 2011 evaluó la eficacia de la acción de nuestra Unidad en el contexto de la declinación funcional, demostrando una mejoría en el grado de funcionalidad, pasando de un índice de Barthel promedio de 50 al ingreso (de un basal de 90 de 100 puntos posibles) a 80 al momento del egreso, lo cual se reflejó en el 72% de los pacientes evaluados en dicho estudio. Además se evidenció una mejora en las actividades de la vida diaria instrumentales: de un puntaje de 2 a 3 actividades, medidos por escala de

Lawton y Brody⁽²⁰⁾. Estos datos son concordantes con otros estudios ya reseñados previamente.

Pero también en nuestra unidad prestamos atención a pacientes mayores que han evolucionado bajo una hospitalización prolongada y que requieren no solo una rehabilitación integral, sino también ordenar sus prescripciones y preparación para su manejo ambulatorio en comunión con su red de apoyo. También aquellos que están al final de la vida y que por elección los familiares han preferido se lleve a cabo dentro del hospital, buscando una partida digna.

CONCLUSIÓN

Es menester desarrollar en los distintos servicios de salud del país unidades y equipos interdisciplinarios que procuren mejorar la calidad de atención, preservando la funcionalidad y disminuyendo los riesgos a los que clínicamente se ven expuestas las personas mayores, particularmente las más frágiles una vez que se encuentran hospitalizados. Y esto unido idealmente a una red de niveles asistenciales que asegure una exitosa intervención en la valencia y calidad de vida de nuestros adultos mayores. Y en aquellos casos en que el paciente se encuentre en la etapa del final de la vida, buscar un apoyo paliativo óptimo, tanto para el paciente como para su familia.

REFERENCIAS

1. Encuesta Nacional de Salud. Ministerio de Salud de Chile. 2010.
2. Derechos Humanos y Salud de Adultos Mayores. Organización Panamericana de la Salud. 2008.
3. Barton A, Mulley G. History of development of geriatric medicine in the UK. *Postgrad Med J* 2003;79:229-34.
4. Creditor MC. Hazards of hospitalization of the elderly. *Ann Int Med* 1993;118:219-23.
5. Inouye SK, Westendorp RG, Saczynski JS. Delirium in elderly people. *Lancet* 2014;383:911-22.
6. Von Elm E, Altman DG, Egger M, Pocock SJ, Gøtzsche PC, Vandenbroucke JP *et al.* The Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE) statement: guidelines for reporting observational studies. *Lancet* 2007;370:1453-7.
7. Porter Starr K, McDonald S, Bales C. Nutritional vulnerability in older adults: a continuum of concerns. *Nutr Rep* 2015;4:176-84.
8. Cerri AP, Bellelli G, Mazzone A, Pittella F, Landi F, Zambon A *et al.* Sarcopenia and malnutrition in acutely ill hospitalized elderly: Prevalence and outcomes. *Clin Nutr* 2015;34:745-51.
9. Heersink JT, Brown CJ, Dimaria-Ghalili RA, Locher JL. Undernutrition in hospitalized older adults: patterns and correlates, outcomes, and opportunities for intervention with a focus on processes of care. *J Nutr Elder* 2010;29:4-41.
10. Guillen F. Geriatria Hospitalaria. Consultado en https://cursos.campusvirtualsp.org/plugin-file.php/45452/mod_folder/content/0/Lectura_complementaria_1_.pdf?forcedownload=1
11. Romero Rizo L, Sánchez Jurado PM, Abizanda Soler P. El anciano en la Unidad Geriátrica de Agudos. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 2009;44(S1):15-26.
12. Kosse NM, Dutmer AL, Dasenbrock L, Bauer JM, Lamoth C. Effectiveness and feasibility of early physical rehabilitation programs for elderly hospitalized patients. *BMC Geriatrics* 2013;13:107.
13. Informe sobre la necesidad de unidades geriátricas de agudos y unidades geriátricas de recuperación funcional como parte de los recursos hospitalarios especializados para personas mayores. Madrid: SEMEG; 2004.
14. Carrasco M, Hoy T, Marín PP, Hidalgo J, Lagos C, Longton C *et al.* Delirium in Chilean elderly inpatients: an overlooked problem. *Rev Med Chile* 2005;133:1449-54.
15. Juan I. González-Montalvo, Juan J. Baztán Cortés, Teresa Alarcón Alarcón, Almudena Bárcena Álvarez. Resultados asistenciales de las UGAs. Revisión sistemática. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 2007;42:240-50.
16. Juan J Baztán, Francisco M Suárez-García, Jesús López-Arrieta, Leocadio Rodríguez-Mañas, Fernando Rodríguez-Artalejo. Effectiveness of acute geriatric units on functional decline, living at home, and case fatality among older patients admitted to hospital for acute medical disorders: Meta-analysis *BMJ* 2009;338:b50.
17. Luis Romero Rizo, Pedro Manuel Sánchez Jurado, Pedro Abizanda Soler. El anciano en la Unidad de Geriatria de Agudos. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 2009;44(S1):15-26.
18. Juan J. Baztán, Francisco M. Suárez-García, Jesús López-Arrieta, Leocadio Rodríguez-Mañas. Eficiencia en las Unidades Geriátricas de Agudos: Metaanálisis de estudios controlados. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 2011;46:186-92.

19. Fox MT, Sidani S, Persaud M, Tregunno D, Maimets I, Brooks D *et al.* Acute care for elders components of acute geriatric unit care: systematic descriptive review. *J Am Geriatr Soc* 2013;61:939-46.
20. Cares L V, Domínguez C C, Fernández M J, Farías C R, Win-Tin Chang G, Fasce G *et al.* Evolución de la capacidad funcional en adultos mayores hospitalizados en la unidad geriátrica de agudos del Hospital Clínico de la Universidad de Chile. *Rev Med Chile* 2013;141:419-27.

CORRESPONDENCIA



Dr. Jaime Hidalgo Anfossi
Sección Geriátrica, Departamento de Medicina
Hospital Clínico Universidad de Chile
Santos Dumont 999, Independencia, Santiago
Fono: 2 2978 8546
E-mail: jhidalgoanfossi@gmail.com