



VI JORNADAS CHILENAS DE SALUD PUBLICA

Resúmenes de trabajos aceptados

1986

UNIVERSIDAD DE CHILE
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE SALUD PUBLICA

MINISTERIO
DE SALUD



VI JORNADAS CHILENAS DE SALUD PUBLICA

1986

RESUMENES DE TRABAJOS ACEPTADOS

PROLOGO

En este volumen se presentan los resúmenes de los trabajos aceptados en la sexta versión de las Jornadas Chilenas de Salud Pública que ha organizado regularmente desde 1981 la Escuela de Salud Pública de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile, gracias al apoyo del Ministerio de Salud, en particular de la Oficina de Asuntos Internacionales, y la Organización Panamericana de la Salud. A lo largo de estos seis años las Jornadas han tenido un desarrollo progresivo que se expresa en el número de trabajos ofrecidos al evento y en la calidad metodológica de ellos. En las VI Jornadas se reunieron un total de 501 profesionales de todas las regiones del país que presentaron la rica colección de experiencias en investigación, administración y docencia de la salud pública y disciplinas conexas: el resumen de estas experiencias aparece en este volumen.

El Comité Organizador de las Jornadas estuvo presidido por el Dr. Ernesto Medina y estuvo formado por los Drs. Marcos Donoso y Ana María Kaempffer y por el Sr. Luis Marchant, jefes de Divisiones de la Escuela de Salud Pública. Participaron en la dirección de las sesiones los doctores Ramón Florenzano, Luis Caris, Ana María Kaempffer, Marcial Orellana, Luis Martínez, Marcos Donoso, Ernesto Medina, Juan Margozzini, Hugo Muñoz, Galvarino Pérez, Adriana Campos, José Manuel Borgoño y Aída Kirschbaum; las Sras. Berta Castillo, Elizabeth Guedelhofer, Eugenia Segura y el Sr. Luis Marchant, a todos los cuales agradecemos su valiosa contribución. El personal de secretaría y apoyo estuvo dirigido por la Sra. Mabel Navarrete.

*Dr. Ernesto Medina Lois
Presidente
Comité Organizador VI Jornadas*

INDICE DE TRABAJOS ACEPTADOS

SITUACION DE SALUD

Integridad del registro de nacidos vivos Graciela Mardones, Berta Castillo y Fresia Solís	21
Defunciones del Servicio de Salud de Bío-Bío año 1985 Rafael Vera, Ana López y Nelson Medina	24
Encuestas de morbilidad y atención médica en 12 ciudades chilenas Ernesto Medina, Ana M. Kaempffer, Luis Martínez y col.	28
Magnitud de la pérdida en años de vida provocada por grandes grupos de causas de mortalidad en Chile 1981 y 1983 (Resultados Preliminares) Luis Martínez, Gonzalo Marín, Mauricio Maturana y col.	30
Diagnóstico de Salud de la población asignada a 19 consultorios del Servicio de Salud Metropolitano Sur Silvia Suárez, Heliette Saint-Jean, Rogelio Aravena y cols.	32

ATENCION DE SALUD

Cuantificación de la demanda asistencial en el nivel primario de atención del Servicio de Salud Bío-Bío 1985 Rafael Vera y Rita Navarro	35
✓ Estructura de la demanda satisfecha por morbilidad en el nivel primario de atención del Servicio de Salud Bío-Bío Rafael Vera, Rita Navarro y Juan Barria	39
Realidad de la consulta médica de urgencia. Período 1965-1984 Fresia Solís y Ernesto Medina	43
Cuantificación de la demanda espontánea de consultas de urgencia en el Servicio de Salud Bío-Bío 1985 Rafael Vera, Lilia Mangili y Ana López	45
Morbilidad de consultantes en el Servicio de Urgencia del Hospital González Cortés de Santiago Patricio Silva, Silvia Campano, Luis Bustamante y col.	49
✓ Eficiencia de la atención de morbilidad y grado de satisfacción de usuarios: estudio preliminar en un consultorio de Talcahuano. Ernesto Núñez, Elizabeth Vega, Juan González y col.	52
Auditoría Médica en comunidades rurales Silvia Campano, Fernando González, Rodrigo Moreno y col.	54
El gasto en la atención hospitalaria Ricardo Inostroza	56
Costo de operación mensual de una posta de salud rural Roberto Baechler y Mireya Ortiz	57
Eficiencia en Servicios de alimentación Ana María Wall, Ricardo Bize y Verónica Botteselle	59
Funciones de supervisión en un Servicio de Pediatría Eliaana Fernández, Ester Goldenberg, Ema Vallejos y col.	61
Efectos de la regionalización quirúrgica en la región de la Araucanía Pablo Atria, María A. Rojas, María S. Rodríguez y col.	62

Grado de resolución del Hospital Regional de Rancagua ante pacientes de urgencia uno, derivados de hospitales de menor complejidad de las provincias de Colchagua y Cardenal Caro. Análisis prospectivo Jorge Balocchi, Carlos Agüero, Patricia Iturra y col.	64
La capacidad resolutoria del Servicio de Salud de Bío-Bío por niveles de atención / 1986 Rafael Vera y Rita Navarro	68
Estudio de la capacidad resolutoria de la morbilidad de adultos a nivel primario Ana M. Kaempffer, Ana Rivera, Lorena Rodríguez y col.	71
Modelo operacional de los niveles de atención para la administración de un Servicio de Salud Rafael Vera y Rita Navarro	74
Las dificultades de programar en Odontología Sergio Morales B.	79
Cuatro años de gestión técnica en establecimientos de atención primaria traspasados al sector Municipal en el Servicio Salud Bío-Bío durante los años 1982 a 1985 Lilia Mangili y Rodrigo Alvarez	82
Estudio comparativo de gestión administrativa en establecimientos de atención primaria traspasados al sector Municipal Servicio de Salud Bío-Bío años 1982 y 1985 Lilia Mangili y Rodrigo Alvarez	84
Trabajo con familias: Una experiencia docente para alumnos de Primer año de Medicina Patricia Villaseca	86
Trabajo intersectorial en una comunidad rural de la IX Región Gloria San Miguel, Adriana Belmar, Aurora Morales y col.	87
Entre el enfermo y la enfermedad: ¿Para quién trabaja el médico? José Manuel Araneda	89
Conocimientos, contactos y actitudes de los agentes de la medicina oficial hacia la medicina tradicional o popular Eduardo Medina, Verónica Vitriol y Teresa Prado	91
La regla cultural del cuidado de la patología Diego Salazar y Robert M. Baker	93
Un caso ejemplar de regla cultural en el cuidado de la salud Diego Salazar y Robert M. Baker	95
Conducta resolutoria en una muestra de población de una comunidad semi-rural Diego Salazar y Robert M. Baker	97
El "mal" y otras descripciones míticas de "síndromes" populares declaradas por población de reducciones indígenas Diego Salazar e Iván Alvarez	100
EDUCACION MEDICA	
Análisis del concurso del SNSS para la nueva promoción de médicos 1984-1985 Héctor Ugalde, Enrique Vicentini y Francisco Cumsille	102
Características de los médicos egresados de las Universidades chilenas 1978-1982 3a. parte Héctor Ugalde, Enrique Vicentini, Rodrigo Contreras y col.	105
Análisis de la labor del interno de medicina en la atención pediátrica primaria Pablo Araya, Ana M. Kaempffer, Claudio Torres y col.	108

SALUD MATERNAL

Comportamiento reproductivo de la mujer Nativa Insular. Mar interior de Chiloé y Aysén 1986	110
Máximo Homann, Marco Anabalón, Héctor Fernández y Col.	
Efecto de la paridad sobre el estado nutricional materno	112
Dora Fabara, Eduardo Atalah y Verónica Botteselle	
Estudio del estado de salud bucal de la embarazada de la comuna de Andacollo 1984 a 1985	114
Edith Lampe	
Evaluación de la educación grupal a primigestas embarazadas del área central de salud Región Metropolitana	117
Silvia Espinoza, Silvia Campano, Raúl Aguila y col.	
Nivel de conocimientos y hábitos alimentarios nutricionales de las embarazadas de Chillán	120
Teresa Pincheira, Wanda Vidal, Carmen Ortega y col.	
Cambiamos algunos mitos sobre el parto satisfaciendo las necesidades de la madre	123
Lidia Celis, Rosina Cianelli y Mónica Muñoz	
Prevalencia de patología infecciosa susceptible de pesquisa con el método de papanicolaou en un grupo de alto riesgo 1984-1985	126
Jaime Sáez y Rafael Arroyave	
Citología cervical alterada y presencia de infecciones detectadas por PAP, en mujeres de alto riesgo 1984-1985	128
Jaime Sáez y Rafael Arroyave	
Infección puerperal en la maternidad del Hospital Barros Luco, Julio a Diciembre 1985	130
Silvia Espinoza, Silvia Campano, Miguel Alvarado y col.	

PERINATOLOGIA

Peso de nacimiento y condición económico-social	133
Luis Marchant, Manuel Martínez e Iván Serra	
Factores de riesgo asociados a la incidencia de niños con bajo peso de nacimiento. Año 1985	134
Margarita Solari, Lorna Luco y Ana Ayala	
Efecto de la desnutrición materna crónica en la composición y metabolismo de la placenta y su relación con el peso del recién nacido	137
Julia Araya, Ana M. Aguilera, Denise Mendeville y col.	
Validación del puntaje de riesgo de muerte neonatal	140
José Gatica, Ernesto Núñez e Inés Aguayo	
Análisis de la mortinatalidad en el Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Barros Luco Trudeau. 1985	142
Oscar Alarcón, Gonzalo Armijo, Orietta Carmona y col.	
Programa de detección de malformaciones congénitas y genopatías en Gineco-Obstetricia	143
Jorge Robinovich, Mario Herrera y Elba Rubio	
Características del recién nacido y su madre en el primer control de salud	147
Carlos Medina, Oscar Molina, Hugo Molina y col.	

SALUD DEL LACTANTE Y DEL PREESCOLAR

Control de salud del recién nacido, lactante y preescolar y su relación con factores de la madre y el niño	148
Leticia Marzolo, Ilse López y Aída Kirschbaum	
Seguimiento del niño menor de un año: El primer semestre de vida	151
Mario Vildoso y Patricia Salinas	
Estimaciones del crecimiento de niños de bajo peso al nacer, durante su primer semestre de vida	152
Carmen Campusano, Rosa Apablaza y Antonio Salvadó	
Cumplimiento de estrategias sobre lactancia materna en el Servicio de Salud Valparaíso-San Antonio. Evaluación 1983-86	154
Saúl Horta y Elvira Varas	
Lactancia materna y crecimiento pondoestatural durante el primer año de vida	156
Sonia Jaimovich, M. Cecilia Campos, Isabel Hodgson y col.	
Edad de la marcha: Algunas variables socio-culturales asociadas	159
Sylvia Pessoa O.	
Morbilidad en el primer año en niños controlados en un establecimiento del extra sistema.	162
María Cecilia Campos, Sonia Jaimovich, Ilse López y col.	
Causas y frecuencia de consultas en el preescolar	166
Leticia Marzolo, Ilse López y Aída Kirschbaum	
Descripción de la muerte súbita del lactante, Chile 1985	170
Lionel Grez, Maritza Pedemonte y María I. Romero	
La conducta correctiva del adulto sobre el menor: Un modelo	172
Sylvia Pessoa	
Manejo parental de la conducta del niño preescolar y escolar.	176
Diego Salazar, Paula Bulnes, Francisco Moraga y col.	
Parálisis cerebral: Enfoque epidemiológico de niños atendidos por primera vez en el Instituto de Rehabilitación Infantil de Santiago, 1975-1985	179
M. Antonieta Blanco y Ximena Díaz	
Importancia del control de salud en la morbilidad del preescolar	182
Leticia Marzolo, Ilse López y Aída Kirschbaum	
Evaluación de las condiciones de eficiencia de sala cuna y jardín infantil mediante pautas de acreditación	185
María I. Romero, Noemí Arrizaga, Juan C. Flores y col.	
Salud y enfermedad de párvulos asistentes a jardines infantiles	187
María I. Romero, Eduardo Villaseca, Alvaro González y col.	

SALUD DEL ESCOLAR Y DEL ADOLESCENTE

Estudio del crecimiento de escolares residentes de dos hogares de una Institución de protección.	190
Alvaro González, Patricio González, Cristián Kottman y col.	
Programa de atención Odontológica incremental	194
Adriana Malschafsky, Gladys Larrondo y Leopoldo Stuardo	
Programa de prevención de caries en escolares	195
Olaya Fernández	
Sistema de atención odontológica integral para preescolares y escolares básicos de establecimientos educacionales Municipalizados	197
Carlos Jacque y Tania Urbina	

Sistema moderno de atención odontopediátrica Tania Urbina y Carmen Aguirre	198
El maltrato físico del menor: su detección precoz en los establecimientos educacionales Sylvia Pessoa O.	200
Situación de morbilidad de una población de adolescentes estudiantes de nivel superior I.P.E.S. Blas Cañas Stgo. 1986 Dagoberto Duarte, Marta Hernández y Edita Peña	203
Encuesta versus censos de atención diaria en el desarrollo de un perfil de morbilidad: un estudio comparativo Dagoberto Duarte y Marta Hernández	206
Estudio comparativo del proceso de la reproducción de adolescentes en un medio rural Katherine González, M. Teresa Caballero, Mónica de la Barrera y col.	208
Características personales y familiares de la adolescente embarazada Juana Soto, Marcela Barria, Cecilia Cabrera y col.	211
El adolescente y sus motivaciones en la elección de carrera Enrique Cancec, Christel Hanne y Sylvia Pessoa	213
Percepción que tiene el adolescente sobre la estructuración del status y rol de la carrera elegida Enrique Cancec, Christel Hanne y Sylvia Pessoa	216
Un instrumento para el estudio de características psicosociales de la adolescencia Nina Horwitz, Isabel Ringeling y César Jara	220
Centros de adolescencia, un camino a seguir Roberto Lailhacar, Patricia Montenegro y Ana Puz	223
SALUD OCUPACIONAL	
Magnitud de las enfermedades profesionales en Chile Arlene Jacial y Enrique Cancec	226
Ausentismo laboral y escolar por problemas odontológicos en la comuna de Renca Erika Hernández y Tania Urbina	229
Contaminación Acústica Eduardo Correa y Moisés Fernández	232
SALUD AMBIENTAL	
Influencia de la contaminación ambiental sobre algunos indicadores biológicos en escolares de sexo masculino Fernando Ruiz, Alex Trier, Luis Videla y col.	235
Conocimientos acerca de saneamiento básico e higiene corporal de alumnos de la escuela de Tuncahue Carlos Barrientos, Holger Christensen, Luis Farmer y col.	237
Contaminación genética del ambiente Sergio Jaramillo	238
Relación entre morbilidad consultante por parasitosis y condiciones de saneamiento básico en preescolares y escolares. Un estudio comparativo entre dos localidades rurales de la VI Región. Marta Aravena, Ana Aguilar, Patricia Alvarado y col.	240

ENFERMEDADES INFECCIOSAS

Bacteremias intrahospitalarias en el Hospital San Juan de Dios, 1984 Mario Montecinos, Viviana Ortega, Mauricio Muñoz y col.	243
Reaparición de enfermedad reumática activa epidémica. Brote en el Servicio de Salud Metropolitano Suroriente 1986 Liliana Jadue, Gloria Sandoval, Ximena Berrios y col.	246
Glomerulonefritis aguda postestreptocócica en el Servicio de Salud Metropolitano Suroriente, 1980-1985. Análisis preliminar Alejandro Morales, Edda Lagomarsino, Rodrigo Neghme y col.	249
Brote de meningitis meningocócica portación de meningococo en población infantil posterior a quimioprofilaxis con rifampicina M. Inés Gómez, Hernán Rojas, Margarita Solari y col.	252
Algunas características epidemiológicas y microbiológicas de la infección del tracto urinario en 13 policlínicos del área Sur de Santiago durante 1984 Jimena Vila, Mario Pino, Norma Francotte y col.	255
Brucelosis como enfermedad profesional en operarios de un plantel porcino de la VIII Región Tatiana Vidal y Sergio Jaramillo	258
Profilaxis del tétanos en Servicios de Urgencia urbanos de la Región Metropolitana Sonia González, Gladys Guevara, María de la Fuente y col.	260
Análisis de pacientes fallecidos por tuberculosis en el Servicio de Salud Bio-Bío 1984-1985 Rodrigo Alvarez, Raúl Morris y Alicia Villegas	263
Prevalencia de la infección por trypanosoma cruzi en donantes de sangre en 19 hospitales de Chile 1982-1986 Hugo Schenone, María Contreras, José M. Borgoño y col.	266
Prevalencia de sarna y pediculosis en escolares de enseñanza básica de Til Til mes de Mayo 1986 Manuel León, María Teresa Contador, Erika Dahl y col.	268
Hidatidosis humana y programas de control en Chile y otros países sudamericanos Iván Serra C.	271
Tratamiento y prevención de la enteroparasitosis en manipuladores de alimentos Beatriz Gottlieb, Ana Repetto, Isabel Noemi y col.	272

ENFERMEDADES CRONICAS

Estilo de vida en médicos Nelson Vargas, Teresa Millán, Jorge Aliaga y col.	273
Estilo de vida de los alumnos de las carreras de la Salud Inés Salas, Ricardo Salinas, Wenceslao Vial y col.	276
Tabaquismo en 12 ciudades chilenas Ernesto Medina, Ana Paz Bahamondes, Ana María Espinoza y col.	278
Tabaquismo en pacientes hospitalizados Ernesto Medina, Marisol Denegri, Ana María Donoso y col.	281
Hábito de fumar en profesores de enseñanza media Drago Vrsalovic, Aída Kirschbaum y Ara Pinilla	283
Hábitos de alcohol, tabaquismo y diversión familiares en una población escolar, encuestada en Til Til Marcelo Maturana, Patricio Marín, Manuel León y col.	286

Características de fumadores asistentes y resultados inmediatos del plan de cinco días para dejar de fumar Daniel Jiménez	288
El plan de cinco días, aplicación de una concepción holística de salud para la cesación del hábito de fumar Daniel Jiménez	290
Defunciones por enfermedades del aparato circulatorio Chile 1984 Aída Kirschbaum y Gabriela Sandoval	292
Hipertensión en Valdivia: entre el sobrepeso y el incumplimiento Francisco Marín, Jana Arriagada y Patricia Buttkovich	295
Cáncer gástrico y accidentes vasculares cerebrales Luis Martínez, Ivonne Moreno, Carmen Morales y col.	298
Situación actual y perspectivas del cáncer biliar en Chile Iván Serra, Allan Sharp, Alfonso Calvo y cols.	301
Resultado alejado del tratamiento del cáncer folicular puro del tiroides (C.F.P.) Enrique López, Miguel Domínguez, José Torres y col.	303
Análisis epidemiológico de los tumores malignos en el menor de 15 años, 1978-1982 May Chomali, Miriam Gelman, Sonia Medina y col.	305
Cáncer prostático y otras enfermedades de la próstata, defunciones y egresos. Chile 1983 Aída Kirschbaum, Sonia D'Acuña, Juan Valdivieso y col.	308
Evaluación del proyecto docente asistencial de oncología y patología mamaria del Servicio de Salud Metropolitano Suroriente. Informe preliminar Blanca Durán, Roberto Henríquez, Cecilia Morales y col.	311
Prevalencia de síntomas esofágicos y gastrointestinales en la población adulta normal chilena Attila Csendes, Ernesto Medina, José Arraztoa y col.	314
Características clínico epidemiológicas de 80 pacientes hospitalizados con el diagnóstico de enfermedad bronquial obstructiva crónica Luis Martínez, Miguel Irrazábal, Rodolfo Paredes y col.	316
Evaluación del estado nutritivo en un policlínico de medicina de adultos, análisis sobre obesidad y sexo. Gloria Páez, Constanza Buguña y Renate Flaskamp	319
Diabetes mellitus, defunciones y egresos. Chile 1982-1984 Aída Kirschbaum y Miguel Irrazábal	323
Tratamientos anticonvulsivantes Enrique Cancec, Alejandro Manterola y Aída Kirschbaum	326
Algunas características epidemiológicas de los consultantes a un Servicio de Oftalmología de la Región Metropolitana y prevalencia de ceguera entre ellos Lena Wolnitzky y Aída Kirschbaum	330
Ceguera en consultantes y hospitalizados: Estudio comparativo Lena Wolnitzky, Gloria Páez, Carolina Berrios y col.	335
Diagnóstico educativo en salud en una población sana de dos niveles socioculturales diferentes Ana Repetto, Agustina González, Miren Osorio y col.	339

PROBLEMAS DEL SENESCENTE

- Estudio de las necesidades de la población adulta mayor. Población de 60 años y más 341
Oscar Domínguez
- Relación entre algunas características y situaciones que vive el anciano hospitalizado y el tiempo que permanece en el hospital. Servicio de Medicina hospital clínico de la Universidad de Chile 1983 343
Edith Cornejo, Verónica Botteselle, Carolina Herrera y col.
- Capacitación de auxiliares de enfermería en el cuidado de la salud bucal del paciente senescente 349
María Angélica Álvarez y Silvia Mella
- La salud oral del senescente, una realidad y una responsabilidad 349
Sergio Morales B.
- Características de la población de inválidos que concurren al centro. Evaluación profesional para inválidos. Rehabilitación profesional 352
Patricia Vergara, Carlos Garbarini, Gloria López y col.

ACCIDENTES Y VIOLENCIAS

- Consideraciones sobre el rol de un consultorio de atención primaria ante una catástrofe natural 354
Leopoldo Stuardo
- El accidente ferroviario de Queronque: Un desafío a la organización hospitalaria para catástrofes 355
Mónica Concha
- Plan de organización hospitalaria para catástrofes del hospital de Quilpué. 357
Mónica Concha
- Accidentes de tránsito en adolescentes y su relación con ingesta alcohólica en área Metropolitana entre los años 1980 a 1984 359
Alvaro Teke, Erika Dahl, Marta Espinoza y col.
- El uso del cinturón de seguridad en dos sectores del área Oriente de la ciudad de Santiago 362
Patricio Silva, Carlos Reyes, Octavio Aldea y col.
- Prevalencia de accidentes en jardines infantiles: Factores de riesgo del medio ambiente físico y social. 365
Sylvia Pessoa
- Traumatismo encéfalo craneano en niños: Análisis clínico epidemiológico de 962 casos en un servicio de urgencia 370
Fernando Torres, Walter Kaufmann, Alvaro Vadell y col.
- Traumatismos dento-maxilofaciales en niños 372
Silvia Mella, Rodrigo Montagna, Mario Navarro y col.

SALUD MENTAL

- Análisis de las creencias populares acerca de la enfermedad mental 373
Norma Orellana y Ludgarda Moyano
- El alumno universitario como agente de salud mental 375
Heliette Saint-Jean, Edith Asriel y Silvia Suárez
- Prevalencia de la patología del sueño-vigilia en una población laboral 378
Enrique Cancec, Aída Kirschbaum y Arlene Jacial

Descripción comparativa de las características de usuarios de sustancias químicas y del total de consultantes en el centro de adolescentes de La Reina María Elena Jáuregui, Gloria Reyes, Sandra Cepeda y col.	382
Experiencia de creación de 3 centros de salud mental comunitarios intersectoriales en el Servicio de Salud Metropolitano Suroriente Edgardo Thumala, Raúl Olivares, Hannah Bitrán y col.	383
Salud mental en situaciones de desastres naturales Luis Caris, Eduardo Medina, Marcelle Jacob y col.	384
Salud mental en albergados del terremoto de Marzo 1985 Luis Caris, Erika Quiroz, Mariella Rodríguez y col.	386
Indicación médica de diazepam en pacientes adultos Consultorio Til Til Manuel León, Luis Mella, Luis González y col.	388
Estudio descriptivo sobre la incidencia del alcohol en la patología de urgencia Victoria Ramírez y Oscar Domínguez	391
Prevalencia y características del hábito de beber alcohol en escolares y sus padres de la comuna de La Florida. Pamela Vivanco, Ilse López, Pedro Naveillan y col.	393
Alcoholismo femenino, estudio comparativo de pacientes en tratamiento Gloria Vizcarra, Carmen Garrido e Ilse López	395
Factores contribuyentes a la discontinuidad y el abandono del tratamiento antialcohólico Luz Morales y Heliette Saint Jean	397
El conocimiento de los internos de medicina acerca de los problemas del alcohol Ramón Florenzano, Oscar Feuerhake, Alfredo Pemjean y col.	401
Consideraciones en torno a la prevención del alcoholismo y la drogadicción en la juventud Eduardo Medina, Edgardo Thumala y Luis Caris	402
Consideraciones en relación a la inhalación de solventes volátiles y su prevención Luis Caris, Francisco Brenil y Nelson Alvarez	405
PROBLEMAS DE LA FAMILIA	
Tasas de interrupción del ciclo familiar y cambios en su estructura Sylvia Pessoa y Sergio Vargas	407
Estructura familiar del lactante hospitalizado Carlos Hidalgo, Octavio Arriagada, Carlos Barrientos y col.	410
PROBLEMAS NUTRICIONALES	
Prevalencia del estado nutritivo en una población rural María Pinto 1985 Gloria Páez, Adriana Carretero, Rodrigo Hernández y col.	412
¿Existe hambre en Chile? Informe de la realidad alimentario nutricional en algunos sectores Cecilia Albala, Gonzalo Vargas y Giorgio Solimano	415
Influencia del peso de nacimiento, duración de la lactancia natural exclusiva y nivel socioeconómico sobre la edad de inicio de la desnutrición Ena Raby, Samuel Acuña, Carmina Alarcón y col.	416
Conocimientos y creencias relativos a la alimentación del lactante que poseen madres de niños normales o en riesgo biomédico Víctor González, Patricia Cordella, Manuel Berríos y col.	419

Los consumidores de sopa puré distribuida en el programa nacional de alimentación complementaria	422
María Angélica Mardones y Ricardo Catricheo	
Aceptabilidad de agua sopa puré distribuida por el S.N.S.S. a lactantes de salas cunas de Chillán	423
Ricardo Catricheo y María Angélica Mardones	
Situación nutricional de niños discapacitados	424
María C. Gaete, Eduardo Atalah, Nieves Hernández y col.	
Utilización del programa de alimentación complementaria en un consultorio urbano	426
Guadalupe Verdejo, Ximena Aguilera, Yuri Dragnic y col.	
¿Hambre en el sector rural? El rol de un programa alimentario	429
Carlos Aburto y Antonio Infante	
El indicador talla-edad, una herramienta útil para discriminar en la asignación de programas sociales.	431
Ximena Cassorla, Antonio Infante y Marcia Henríquez	
Capacitación de monitoras en huertos orgánicos	433
Cora González, María S. Astorga y María V. Moreno	
LICENCIAS Y JUBILACIONES	
Licencias Médicas en Chile, 1984	434
Jorge Buneder y Gloria López	
Jubilaciones por invalidez otorgadas por las COMPIN, 1984	436
Jorge Buneder y Gloria López	

INDICE DE AUTORES

Los números corresponden al número que tiene el trabajo en esta publicación

- Aburto Carlos 161
 Acuña Samuel 155
 Aguayo Inés 47
 Agüero Carlos 18
 Aguila Raúl 38
 Aguilera Ana M. 46
 Aguilera Ximena 160
 Aguilar Ana 86
 Aguirre Carmen 70
 Alarcón Carmina 155
 Alarcón Oscar 48, 84
 Albala Cecilia 154
 Aldea Octavio 132
 Aliaga Jorge 99
 Alvarez María A. 125
 Alvarez Rodrigo 23, 24, 32, 94
 Alvarez Nelson 150
 Alvarado Miguel 43
 Alvarado Patricia 86
 Alzamora Loreto 140
 Amaro Patricio 98
 Anabalón Marco 35
 Ancapan Adelaida 35
 Anguita María E. 155
 Apablaza Rosa 53
 Araneda José M. 27
 Araya Pablo 34B
 Araya Julia 46
 Aravena Marta 86
 Aravena Rogelio 5
 Arena Edith 5
 Armijo Gonzalo 48
 Arraztoa José 115
 Arraño Hernán 38
 Arriagada Jana 108
 Arriaga Octavio 152
 Arrizaga Noemí 64, 65, 66
 Arroyave Rafael 41, 42
 Asenjo María I. 127
 Asriel Edith 137
 Astorga M. Soledad 163
 Atalah Eduardo 36, 159
 Atria Pablo 17
 Ayala Ana 45
 Ayarza Angélica 38
 Balocchi Jorge 18
 Bartolotti Leonardo 152
 Barria Juan 7
 Barria Marcela 75
 Barrientos Carlos 84, 152
 Bautista Iris 39
 Becker Pedro 115
 Belmar Adriana 26
 Berger Elizabeth 156
 Bertolini Gany 156
 Berrios Ximena 88, 89
 Berrios Manuel 156
 Berrios Carolina 121
 Bahamondes Ana 101
 Bitrán Hannah 140
 Bize Ricardo 15
 Blanco M. Antonieta 62, 159
 Boero Gabriel 39
 Borgoño José M. 95
 Botteselle Verónica 15, 36, 111, 124
 Brenil Francisco 150
 Brito Julio 43
 Buguña Constanza 117
 Bulnes Paula 61
 Buner Jorge 164, 165
 Bustamante Luis 10
 Bustos Marta 155
 Bustos Miguel 99
 Buttkovich Patricia 108
 Caballero María T. 74
 Cabrera Cecilia 75
 Calderón Jorge 43, 91
 Calderón Aquiles 16
 Calquin Sandra 121
 Calvo Alfonso 110
 Campano Silvia 10, 12, 38, 43, 55
 Campos M. Cecilia 55, 57
 Campos M. Sylvia 57
 Campusano Carmen 53
 Cancec Enrique 76, 77, 80, 119, 138
 Caris Luis 141, 142, 149, 150
 Caro Ruth 155
 Carmona Orietta 48
 Carrasco Raquel 34
 Carrasco Ximena 121
 Carretero Adriana 153
 Casar Carlos 16
 Castillo Ingrid 93, 114
 Castillo Berta 1

Cassorla Ximena 162
 Cattani Andreína 66
 Catricheo Ricardo 157, 158
 Celis Lidia 40
 Cerda Alejandro 50
 Cepeda Sandra 139
 Clavería Cristián 86
 Cianelli Rosina 40
 Concha Mónica 129, 130
 Cornejo Edith 124
 Conejera Luz 156
 Contador Alberto 43, 91
 Contador María T. 96
 Contreras Mercedes 140
 Contreras Rodrigo 34
 Contreras María 95
 Contreras Adela 43
 Cordella M. Patricia 156
 Correa Eduardo 82
 Csendes Attila 115
 Cox Horacio 99
 Cumsille Francisco 3, 33, 34, 112
 Cuñado Pamela 38

Chomali May 112
 Christensen Holger 84

D'Acuña Sonia 113
 Dalmazzo Roberto 91
 Dahl Erika 96, 131
 De la Fuente María 43, 93
 De la Barrera Mónica 74
 Decinti Emilio 4
 Delgado Juan 152
 Delgado Marcela 121
 Denegri Marisol 102
 Derio Lea 5
 Díaz Juan P. 135
 Díaz Ximena 62
 Domínguez Oscar 123, 144
 Domínguez Miguel 111
 Donoso Ana M. 102
 Dragnic Yuri 160
 Duarte Dagoberto 72, 73
 Durán Blanca 114

Escudero Juan 43, 91
 Eskenazi Francisco 35
 Espinoza Marta 131
 Espinoza Gonzalo 99
 Espinoza Ana M. 101
 Espinoza Cecilia 90
 Espinoza Alejandro 18
 Espinoza María 43
 Espinoza M. Alicia 75
 Espinoza Silvia 38
 Estay Alberto 48

Fabara Dora 36
 Fariás Germán 46
 Farmer Luis 84
 Fernández Moisés 82
 Fernández M. Verónica 101
 Fernández Héctor 35
 Fernández Juan 35
 Fernández Olaya 68
 Fernández Eliana 16
 Feuerhake Oscar 148
 Flaskamp Renate 117
 Flores Juan C. 64, 65
 Florenzano Ramón 139, 148
 Forray Bernadette 101
 Francotte Norma 91
 Frenz Patricia 160
 Fuentealba Carlos 148

Gabler Fernando 132
 Gaete María Cristina 159
 Galarza Soledad 111
 Galaz Pablo 152
 Galbarini Carlos 127
 García Claudio 98
 Garrido R. Carmen 146
 Gatica José 47
 Gelman Miriam 112
 Godoy Miriam 39
 Goldenberg Ester 16
 Gómez María I. 90
 González Agustina 122
 González Sonia 93
 González Katherine 74
 González Cecilia 155
 González Victor 156
 González Alvaro 64, 65, 66
 González Patricio 64, 65, 66
 González Jorge 48, 84
 González Fernando 12
 González Juan 11
 González Cora 163
 González Luis 104, 143
 Goñe Ignacio 110
 Gottlieb Beatriz 98
 Guerra María 48
 Gutiérrez Jaime 11
 Guzmán Beatriz 88, 89
 Grez Lionel 59
 Guevara Gladys 93

Hanne Christel 76, 77
 Hernández Erika 81
 Hernández Nieves 159
 Hernández Marta 72, 73
 Hernández Rodrigo 153
 Henríquez Marcia 162
 Henríquez Roberto 114
 Herrera Carolina 124

Herrera Mario 49
 Herrera Verónica 152
 Hidalgo Carlos 152
 Hidalgo Mariana 127
 Hodgson M. Isabel 55
 Homann Máximo 35
 Horta Jaime 124
 Horta Saúl 54, 74
 Horwitz Nina 78

 Ignatiew Inés 93
 Infante Antonio 161, 162
 Inostroza Ricardo 13
 Irrázaval Miguel 116, 118
 Iturra Patricia 18

 Jacial Arlene 80, 138
 Jacob Marcelle 141
 Jacque Carlos 69
 Jadue Liliana 88
 Jaimovich Sonia 55, 57
 Jara César 78, 139
 Jaramillo Sergio 85, 92
 Jáuregui María Elena 139
 Jiménez Daniel 105, 106
 Jeria Carmen 101

 Kaempffer Ana M. 3, 20, 34B, 112
 Kaufmann Walter 134
 Kirschbaum Aída, 51, 58, 63, 103, 107,
 113, 118, 119, 120, 138
 Kondrak María 101
 Kottman Cristián 66

 Lailhacar Roberto 79
 Lagomarsino Edda 89
 Lampe Edith 37
 Larrondo Gladys 67
 Leiva Luis 99
 León Manuel 96, 104, 143
 Lisbona María 96
 López Ilse 51, 55, 57, 58, 63, 145, 146
 López Gloria 127, 164, 165
 López Caffarena Enrique 111
 López Ana 2, 9
 Loyola Verónica 75
 Luco Lorna 45, 114
 Luxoro Clara 160

 Mardones M. Angélica 157, 158
 Mardones Graciela 1
 Maldonado Aurora 90
 Malschafsky Adriana 67
 Mangili Lilia 9, 23, 24
 Manterola Alejandro 119
 Manzi Jorge 148
 Marchant Luis 44

 Marín Patricia 104, 143
 Marín Francisco 108
 Marín Jorge 100
 Marín Gonzalo 4
 Marzolo Leticia 51, 58, 63
 Martínez Virginia 111
 Martínez Luis 3, 4, 109, 116
 Martínez Mario 61
 Martínez Manuel 44
 Mascaró Julián 111
 Mateu Matilde 122
 Maturana Marcelo 104, 143
 Maturana Mauricio 4
 Medel Soledad 39
 Medina Sonia 112
 Medina Raquel 3
 Medina Eduardo 28, 141, 149
 Medina Nelson 2
 Medina Carlos 50
 Medina Ernesto 3, 8, 101, 102, 115
 Mella Sylvia 125, 135
 Mella Luis 143
 Méndez Erika 114
 Méndez Teobaldo 91
 Mendeville Denisse 46
 Millán Teresa 99
 Molina Ramiro 46
 Molina Oscar 50
 Molina Hugo 50
 Montecinos Mario 87
 Montagna Rodrigo 135
 Montenegro Patricia 79
 Morán Boris 153
 Moraga Francisco 61
 Morgado Ester 17
 Morgues Mónica 112
 Morales Cecilia 114
 Morales Luz 147
 Morales Aurora 26
 Morales Alejandro 89
 Morales Carmen 109
 Morales Sergio 22, 126
 Moreno Soledad 5
 Moreno María V. 163
 Moreno Rosa 114
 Moreno Ivonne 109
 Moreno Mónica 35
 Moreno Rodrigo 12
 Morris Raúl 94
 Moyano Ludgarda 136
 Muñoz Luis 26
 Muñoz Mauricio 87
 Muñoz Lorena 116
 Muñoz Mónica 40

- Nachar Rubén 12
 Navarro Mario 135
 Navarro Rita 6, 7, 19, 21
 Naveillan Pedro 145
 Neghme Rodrigo 89
 Noemi Isabel 98
 Norambuena Alvaro 99
 Núñez Ernesto 11, 47

 Ojeda Carolina 155
 Ojeda Mario 38
 Ojeda Alvaro 153
 Olea Eugenio 124
 Olivares Raúl 140
 Orellana Norma 136
 Orellana José 153
 Orpinas Pamela 148
 Ortega Carmen 39
 Ortega Viviana 87
 Ortiz Mireya 14
 Osses Abigail 39
 Osorio Miren 122

 Páez Gloria 117, 121, 153
 Palavecino Luis 10
 Pantoja Samuel 116
 Paredes Rodolfo 116
 Paris Sandra 109
 Parra M. Adriana 83
 Pedemonte Maritza 59
 Pemjean Alfredo 148
 Peña Edith 5
 Peña Edita 72
 Pereira Marco 99
 Pérez Gilberto 111
 Pérez Cristián 116
 Pérez Andrea 35
 Pessoa Sylvia 56, 60, 71, 76, 77, 133, 151
 Pezo Juana 18
 Philippi Alejandra 75
 Philippi Valeska 111
 Pincheira Teresa 39
 Pincheira Ana 39
 Pinilla Ara 103
 Pinilla Miriam 155
 Pinto Arturo 35
 Pinto J. Luis 153
 Pino Mario 91
 Pizarro Rolando 10
 Pjaff Egon 153
 Pommer Ricardo 116
 Power Eric 111
 Prado María T. 28
 Puz Ana 79

 Quiroz Erika 142

 Raby Ana 155
 Raffo Silvia 5
 Ramírez Victoria 86, 144
 Ramírez Marcelo 132
 Rathkamp M. 153
 Repetto Ana 98, 122
 Reyes Carlos 132
 Reyes Gloria 139
 Reyes Hernán 98
 Ringeling Isabel 78
 Rivera Ana 20
 Rizo Simeón 141
 Rizzardini Mafalda 16
 Robinovich Jorge 49
 Rodríguez Mariella 142
 Rodríguez Cecilia 88, 89
 Rodríguez Lorena 20
 Rodríguez María E.
 Rodríguez Natalie 20
 Rodríguez María 17
 Rojas Hernán 90
 Rojas Carmen 142
 Rojas Antonio 95
 Rojas Paulina 20
 Rojas María A. 17
 Rojas Verónica 75
 Rolando Mario 111
 Romero María Inés 59, 64, 65, 66
 Rosales María E. 122
 Rubio Elba 49
 Rubilar Carmen 26
 Ruiz Fernando 83
 Ruiz Paris 91
 Rufs Jorge 100

 Saavedra Rolando 90
 Saavedra Jorge 35
 Schenone Hugo 95
 Schwarze Hermann 100
 Sáez Jaime 41, 42
 Sharp Allan 110
 Saint-Jean Heliette 5, 137, 147
 Salas Inés 100
 Salinas Ricardo 100
 Salinas Patricia 52, 95
 Salazar Diego 29, 30, 31, 32, 61
 Salvadó Antonio 53
 Samamé María 87
 San Miguel Gloria 26
 San Martín Raúl 100
 Sandoval Gloria 88
 Sandoval Gabriela 107
 Sandoval Lea 95
 Santander José 87
 Santis Andrés 87
 Segovia Erico 102
 Segovia Roberto 87

Sepúlveda Iván 100
 Serra Iván 44, 97, 110
 Sierra Alfredo 102
 Silva M. Elena 132
 Silva Wally 90
 Silva Patricio 10, 132
 Silva Claudio 83
 Sir Teresa 111
 Sobarzo Jorge 114
 Solimano Giorgio 154
 Solari Margarita 45, 90
 Solís Fresia 1, 8
 Soto Verónica 100
 Soto Juana 75
 Stoppel Juan 116
 Stuardo Leopoldo 67, 128
 Suárez Silvia 5, 137

 Tapia Lorena 98
 Thumala Edgardo 140, 149
 Teke Alvaro 131
 Teke Alberto 131
 Tevah José 100
 Toro Olivia 132
 Torres José 111
 Torres Claudio 34B
 Torres Jorge 38
 Torres Amada 5
 Torres Fernando 134
 Topelberg Santiago 16
 Trincado Patricio 87
 Trier Alex 83

 Ugalde Héctor 33, 34
 Urbina Tania 69, 70, 81
 Uribe Sebastián 100
 Urteaga Carmen 46
 Urrutia Luis 155

 Vadell Alvaro 134, 142
 Valverde Jaime 134, 142
 Valenzuela Marta 132
 Valenzuela Viviana 86
 Valenzuela Laura 5
 Valenzuela Julio 115
 Vargas Sergio 5, 145, 151
 Vargas Gonzalo 154
 Vargas Nelson 83, 99
 Valderrama Alejandro 134, 160
 Vallejo Ema 16
 Valdivieso Juan P. 113
 Varas Elvira 54
 Vásquez Marcelo 91
 Vega Elizabeth 11
 Velasco Juan 34B
 Vera Carmen 87
 Vera Rafael 2, 6, 7, 9, 19, 21

Verdejo Guadalupe 160
 Verdaguer Juan 113
 Vergara Ana 127
 Vial Wenceslao 100
 Vicentini Enrique 33, 34
 Vidal Wanda 39
 Vidal Tatiana 92
 Videla Luis 83
 Vila Jimena 91
 Vildoso Mario 52
 Villaseca Patricia 25
 Villaseca Eduardo 64, 65, 66
 Villafrade Patricia 142
 Villarroel Fernando 95
 Villegas Alicia 94
 Vitriol Verónica 28
 Vivanco Pamela 145
 Vizcarra Gloria 146
 Vrsalovic Drago 103
 Volpato Roberto 111

 Wall Ana María 15
 Weiss Cecilia 134, 142
 Wildner Víctor 34B
 Wolnitzky Lena 120, 121

 Zaccaria Alejandra 75
 Zambra Erica 34B
 Zaninovic Alejandra 75
 Zárate Hernán 132
 Zúñiga Andrés 10
 Zúñiga Mario 87

1. INTEGRIDAD DEL REGISTRO DE NACIDOS VIVOS

Sras. Graciela Mardones, Berta Castillo y Fresia Solís
(Escuela de Salud Pública, Facultad de Medicina, Universidad de Chile)

En el área de la salud y específicamente en la planificación y evaluación de programas de atención materno infantil, se requiere disponer de indicadores biodemográficos cuya exactitud, confiabilidad y comparabilidad dependen, en parte, de que las estadísticas relativas a hechos vitales cumplan esas condiciones.

Este estudio tiene como propósito actualizar la estimación de la integridad del registro de nacidos vivos, en el país y por divisiones geográficas y ejemplificar a través del análisis de tasas de mortalidad infantil observadas y corregidas por omisión, la necesidad de ajustar los nacimientos cuando se usan indicadores que incluyan esta variable.

Se estima la integridad del registro a nivel nacional, por Regiones y Servicios de Salud en el período 1976-1982, sobre la base de inscripciones tardías.

El análisis de la distribución de las inscripciones anuales según año de nacimiento y su evolución, permite concluir que el porcentaje de inscripciones efectuadas con tres o más años de atraso es pequeño y su exclusión compensa las inscripciones duplicadas anteriores, además que se puede suponer que más allá de ese plazo parte importante del registro estaría asimismo duplicado.

En consecuencia, la integridad calculada corresponde a la razón entre la cifra oficial —nacidos e inscritos el mismo año y en los tres primeros meses del siguiente— y la cifra estimada que incluye las inscripciones efectuadas hasta con dos años de atraso.

Hasta 1982 la información de inscripciones tardías se refiere al lugar de ocurrencia del nacimiento. Para evitar las distorsiones que esto produce según las áreas geográficas, se aplica un factor de corrección dado por la relación entre las cifras oficiales según residencia y ocurrencia, obteniendo así estimaciones de inscripciones atrasadas según residencia de la madre.

Para eliminar variaciones anuales aleatorias la integridad se calcula sobre la base de promedios móviles de nacimientos de tres y cinco años.

Los resultados muestran que para el país, la cobertura del registro se mantiene alrededor de 930/o subsistiendo en el tiempo las diferencias observadas entre los Servicios de Salud.

En el trienio 1976-1978 las cifras varían desde 85,80/o (Aysén) hasta 96,30/o (San Felipe-Los Andes) y en 1980-82 desde 85,30/o (Valdivia) a 96,70/o (Magallanes). A lo largo de todo el período de referencia presentan la menor integridad los Servicios de La Araucanía, Valdivia, Osorno, Llanquihue y Aysén (Tabla N° 1).

Estos resultados coinciden con lo encontrado en estudios anteriores realizados en los últimos 25 años, donde sistemáticamente son los mismos lugares geográficos los que registran mayor y menor omisión; esto debería originar investigaciones que permitan tomar decisiones para mejorar las causas de esta situación.

Cabe destacar que, en general, los valores para un área dada se mantienen estables en el tiempo. La relación entre la integridad cuantificada al comienzo y fin del período en estudio presenta un coeficiente de correlación de 0,87 ($p < 0,0001$).

Por este motivo, se acepta que los valores obtenidos para el trienio 1980-82 o el quinquenio 1978-82 pueden usarse válidamente en el ajuste de los nacimientos en fechas posteriores al período de estudio.

Al comparar la mortalidad infantil calculada sobre la base de nacidos vivos observados y corregidos, se aprecia que las tasas sin corregir sobreestiman el nivel de esta variable demográfica. La disminución que produce el ajuste fluctúa desde 3,40/o en el Servicio de San Felipe hasta 14,80/o en Valdivia y produce cambios en la posición relativa de los Servicios respecto a niveles de mortalidad infantil (Gráfico N° 1).

TABLA Nº 1

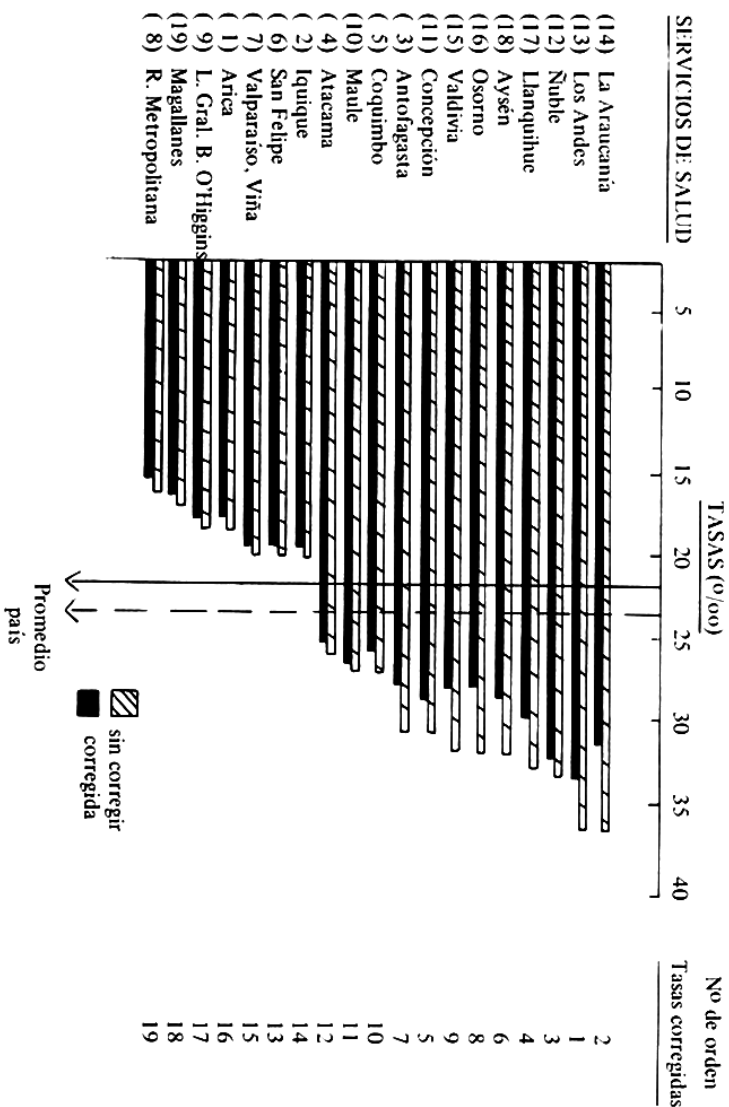
PORCENTAJE DE INTEGRIDAD DEL REGISTRO DE NACIDOS VIVOS, POR SERVICIOS DE SALUD
PERIODO 1976 - 1982

Servicios de Salud	T R I E N I O S					QUINQUENIOS		Porcentaje de cambio del período(1)
	1976-78	1977-79	1978-80	1979-81	1980-82	1976-80	1978-82	
TOTAL	93.6	93.0	92.4	92.6	93.2	92.9	93.0	- 0.4
1 Arica	92.0	91.1	91.8	93.1	94.4	92.0	93.0	2.6
2 Iquique	91.8	93.1	93.5	94.4	93.6	93.0	93.7	2.0
3 Antofagasta	93.2	93.4	93.6	94.3	93.9	93.4	93.7	0.8
4 Atacama	93.3	93.2	93.3	94.3	94.4	93.5	93.8	1.1
5 Coquimbo	93.9	93.2	92.7	93.0	93.6	93.3	93.3	- 0.3
6 San Felipe-Los Andes	96.3	96.1	96.5	96.5	96.5	96.4	96.4	- 0.2
7 Valparaíso, Viña	95.3	94.9	94.3	94.4	94.7	94.8	94.7	- 0.6
8 Región Metropolitana	95.2	94.6	93.9	94.0	94.6	94.5	94.4	- 0.6
9 Lib. Gral. B. O'Higgins	93.4	93.6	94.0	94.8	94.8	93.8	94.4	1.5
10 Maule	93.9	93.8	93.7	93.8	93.8	93.8	93.8	- 0.1
11 Concepción, Talcahuano	95.6	94.9	94.1	93.9	94.5	94.7	94.6	- 1.2
12 Ñuble	92.4	91.9	91.6	91.9	91.6	91.9	91.6	- 0.9
13 Bio-Bio	92.3	92.4	91.8	91.4	91.0	92.0	91.6	- 1.4
14 Araucanía	86.8	84.2	81.8	82.5	85.7	84.0	84.7	- 1.3
15 Valdivia	87.5	86.4	84.7	84.5	85.3	86.0	85.5	- 2.5
16 Osorno	90.6	88.7	85.4	84.6	85.4	87.6	86.1	- 5.7
17 Llanquihue	89.0	88.0	87.1	87.2	88.2	87.9	87.9	- 0.9
18 Aysén	85.8	88.0	90.9	90.4	88.7	88.6	89.1	3.4
19 Magallanes	95.1	96.3	97.5	97.8	96.7	96.6	96.7	1.7
Valor mínimo	85.8	84.2	81.8	82.5	85.3	84.0	84.7	- 0.6
Valor máximo	96.3	96.3	97.5	97.8	96.7	96.6	96.7	0.4

(1) $\frac{\text{Integridad. 1980-82} - \text{Integridad 1976-78}}{\text{Integridad 1976-78}} \times 100$

GRAFICO Nº 1

TASAS DE MORTALIDAD INFANTIL CORREGIDAS Y SIN CORREGIR
POR SERVICIOS DE SALUD. AÑO 1983



2. DEFUNCIONES DEL SERVICIO DE SALUD DE BIO-BIO AÑO 1985

Dr. Rafael Vera, Sra. Ana López y Sr. Nelson Medina
(Servicio de Salud Bío-Bío)

La muerte de las personas es un hecho triste y lamentable. Para la gestión administrativa de un Servicio de Salud es de imperiosa necesidad conocer el contexto global y parcializado de este riesgo al cual se expone la población. Del estudio analítico respectivo deben surgir programas, estrategias, actividades, conductas que conduzcan a cumplir la meta de reducir la mortalidad evitable y aumentar la expectativa de vida de las personas. Toda vez que el capital humano es el más fuerte de los elementos de desarrollo de un país.

La provincia de Bío-Bío en años sucesivos ha presentado las siguientes cantidades y tasas de Mortalidad General.

	Nº ABSOLUTO	TASA (por 1.000 Habitantes)
1979	2.192	7,7
1980	2.190	7,7
1981	2.004	6,9
1982	2.219	7,6
1983	2.238	7,6
1984	2.137	7,0
1985 *	1.989	6,6 (* cifra provisoria)

La tasa es superior al promedio nacional y solamente en el año 1985 afectaría de menor manera dicho valor.

Material y Método:

- 1) La información trabajada es provisoria, no ha sido aprobada oficialmente, proviene de los Registros que lleva el Departamento de Informática y Computación de la Dirección del Servicio de Salud Bío-Bío. Obtenido de: análisis de certificados de defunción; revisión de fichas clínicas de fallecidos; hojas de egresos hospitalarios y análisis de auditorías de mortalidad infantil.
- 2) La materia estudiada se refiere a la mortalidad general del Servicio de Salud durante el año 1985 (1.989 muertes)
- 3) Se analiza la composición de la mortalidad por:
 - Grupos Causas Enfermedades (Clasif. Internac.)
 - Por Enfermedades específicas en los Grupos de Causas de mayor peso relativo.
 - Por Sexo, por Grupos Etarios más afectados.
 - Se compara la Mortalidad General con la Mortalidad Domiciliaria y la Letalidad Hospitalaria.

Resultados y Conclusiones:

- 1) El Servicio de Salud Bío-Bío durante el año 1985 con respecto a mortalidad general presentó la siguiente casuística:
 - Nº Absoluto de Muertes 1.989
 - Tasa de Mortalidad General: 6,6 por 1.000 habitantes
 - Sexo Masculino: 1.125 casos
 - Sexo Femenino: 864 casos
 - Razón M/F = 1,3
 - Procedencia Urbana: 1.221 casos
 - Procedencia Rural: 768 casos
 - Razón U/R = 1,6
 - Mortalidad en domicilio: 1.372 casos (69,0/o)
 - Letalidad Hospitalaria: 617 casos (31,0/o)

2) Las principales causas de Muertes por Grupos de Enfermedades (Clasificación Internacional) son:

2.1. Enfermedades Aparato Circulatorio (Grupo VII)

- Nº total: 452 casos (22,70/o)
- Ocupan el 1er. lugar en la Mortalidad Total y Hospitalaria y el 2º lugar entre las Domiciliarias.
- Razón Hosp./Domicilio 2,11
- 359 casos corresponden a personas mayores de 55 años con gran predominio de mayores de 65 años.
- Enfermedades letales más frecuentes: Accidentes Vasculares Cerebrales, Coronariopatías e Insuficiencia Cardíaca.

2.2. Signos, Síntomas y Estados Morbosos mal definidos (Grupo XVI)

- Nº total: 325 casos (16,30/o)
- Ocupan el 1er. lugar entre Domiciliarias y 2º entre la Mortalidad Total.
- Afectan por igual a hombres y mujeres.
- Los grupos etarios más comprometidos son 65 y más años, de 45 a 64 años y menores de 1 año.

2.3. Tumores (Grupo II)

- Nº total: 286 casos (14,40/o)
- En forma muy llamativa Cáncer Gástrico es el más frecuente, seguido distancientemente por el Cáncer de Cuello de Utero y el de Vesícula y Vías Biliares.

2.4. Traumatismos y Envenenamientos (Grupo XVII)

- Nº total: 249 casos (12,50/o)
- Afectan más a hombres que mujeres; Razón 5.0
- La mayor frecuencia está entre los 25 y los 54 años.

2.5. Enfermedades Aparato Respiratorio (Grupo VIII)

- Nº total: 204 casos (10,30/o)
- Afectan más frecuentemente a las edades extremas, siendo mucho más frecuente en añosos que en menores de 1 año.
- La causa más frecuente es bronconeumonías a germen bacteriano no especificado.

3) Con respecto a Mortalidad Hospitalaria se aprecia:

- Mayor frecuencia en procedencia urbana que rural (Razón 2,1)
- Mayor Mortalidad Hospitalaria tipo 1 que tipo 4 (Razón 2,2)
- En el Hospital tipo 1 la Mortalidad es prorrateada en los 7 días de la semana.
- En cambio en los Hospitales tipo 4 es más frecuente de Viernes a Lunes.
- En ambos tipos de Hospitales es más frecuente en la edad avanzada de la vida, sin embargo en los menores de 1 año es representativo sólo en el Hospital tipo 1.

4) Al buscar la información referente a Letalidad Hospitalaria se obtuvo el hecho curioso de encontrar:

- En el análisis de los Certificados de Defunción un número de 660 casos (Sobregistro debido a 43 casos que ingresaron muertos a los Establecimientos Hospitalarios y no alcanzaron a recibir ningún tipo de atención).
- De la revisión de las hojas de Egresos Hospitalarios se encontró 588 casos de muertes (Subregistro). Mala confección.
- Solamente de la revisión y análisis se pudo llegar al valor concreto de 617 defunciones intrahospitalarias.

Se observa, pues, una variación de la cifra real verificada de + o - 5,80/o, aproximadamente. Considerando el pequeño universo de la muestra, es fácil imaginar la variación que se podría producir en las cifras nacionales, si esta situación fuese repetitiva.

TABLA Nº 1

SERVICIO DE SALUD BIO-BIO. MORTALIDAD 1985 SEGUN CLASIFICACION INTERNACIONAL MORTALIDAD TOTAL
Y LETALIDAD HOSPITALARIA

CLASIFICACION INTERNACIONAL GRUPOS CAUSAS ENFERMEDEADES	M O R T A L I D A D						
	T O T A L		L E T A L I D A D				H O S P I T A L A R I A
	Nº Orden	Nº Absoluto	o/o	HOSPITAL TIPO 1			HOSPITAL TIPO 4
				Nº Ord.	Nº Absoluto	o/o	
I Enf. Infecciosas y Parasitarias	7	94	4,7	5	56	2,8	6 13
II Tumores	3	286	14,4	7	18		3 33
III Gl. endocrinas y otros	9	61	3,0	6	21		5 15
IV Enf. sangre y órg. hematopoyéticos	13	4	0,2	12	4		
V Trastornos mentales	12	5	0,3				
VI Enf. sistema nervioso y órg. sentidos	11	25	1,3	11	9		11 1
VII Enfermedades Ap. Circulatorio	1	452	22,7	1	89	4,5	
VIII Enfermedades Ap. Respiratorio	5	204	10,3	4	58	2,9	1 56
IX Enfermedades Ap. Digestivo	6	153	7,7	2	64	9,4	2 35
X Enfermedades Ap. Génito-Urinario	10	45	2,3	9	10		4 22
XI Complic. Embarazo, Parto y Puerperio	14	1		14	1		7 11
XII Enf. Piel y Tejido Celular							
XIII Enf. Sistema Osteomuscular y Tejido Conjuntivo	14	1					
XIV Anomalías Congénitas	12	17	0,8	9	10		9 2
XV Afec. Período Perinatal	8	67	3,4	3	61	3,0	8 4
XVI Estados Morbosos mal Definidos	2	325	16,3	12	4		9 2
XVII Traumatismos y Envenenamientos	4	249	12,5	8	16		11 1
TOTALES		1.989	100		195		422
o/o		100			9,8		21,2

617 = 31,00/o

TABLA Nº 2

SERVICIO DE SALUD BIO-BIO. MORTALIDAD 1985 SEGUN CLASIFICACION INTERNACIONAL
CONFRONTA MORTALIDAD EN DOMICILIO Y LETALIDAD HOSPITALARIA

CLASIFICACION INTERNACIONAL ENFERMEDADES POR GRUPOS CAUSA	M O R T A L I D A D					
	D O M I C I L I O			LETALIDAD HOSPITALES		
	Nº Ord.	Nº Ab- solutos	o/o	Nº Ord.	Nº Ab- solutos	o/o
I Enf. Infecciosas y Parasitarias	7	25	—	4	69	3,5
II Tumores	3	235	11,8	6	51	—
III Gl. endocrinas y otros	7	25	—	7	36	—
IV Enf. sangre y órg. hematopoyéticos	—	—	—	13	4	—
V Trastornos mentales	12	4	—	14	1	—
VI Enf. Sist. Nervioso y órganos sentidos	10	15	—	11	10	—
VII Enfermedades Ap. Circulatorio	2	307	15,4	1	145	7,3
VIII Enfermedades Ap. Respiratorio	5	111	5,6	2	93	4,7
IX Enfermedades Ap. Digestivo	6	67	—	3	86	4,3
X Enfermedades Ap. Génito-Urinario	9	24	—	8	21	—
XI Complic. Embarazo, Parto y Puerperio	—	—	—	14	1	—
XII Enf. Piel y Tejido Celular	—	—	—	—	—	—
XIII Enf. Sistema Osteomuscular y Tejido Conjuntivo	14	1	—	—	—	—
XIV Anomalías Congénitas	11	5	—	10	12	—
XV Afec. Período Perinatal	13	2	—	5	65	3,3
XVI Estados Morbosos mal Definidos	1	319	16,0	12	6	—
XVII Traumatismos y Envenenamientos	4	232	11,7	9	17	—
SUBTOTALES o/o		1.372 69,0			617 31,0	

1.989 = 1000/o

3. ENCUESTAS DE MORBILIDAD Y ATENCION MEDICA EN 12 CIUDADES CHILENAS

Drs. Ernesto Medina, Ana M. Kaempffer, Luis Martínez, Sr. Francisco Cumsille y Dra. Raquel Medina
(Escuela de Salud Pública, Facultad de Medicina, Universidad de Chile)

A medida que disminuye el riesgo de muerte de las comunidades parece evidente que los indicadores de salud basados en defunciones (mortalidad general, infantil, etc.) se hacen progresivamente más ineficientes para cuantificar los problemas de salud de una comunidad y dar una imagen real de la situación vigente. Por otra parte, cuando la cobertura de salud es incompleta, la medición del número y de las causas de consulta tampoco refleja la morbilidad existente en una población. Por los motivos anteriores, parece necesario explorar, a nivel de las viviendas, la situación real que enfrentan las familias, lo que puede hacerse a través de encuestas de morbilidad y atención de salud. En esta comunicación se presentan los resultados del estudio a través de esta técnica de 12 ciudades chilenas.

Metodología

La investigación se realizó en las ciudades de Iquique, Antofagasta, Coquimbo, La Serena, Valparaíso, Viña del Mar, Rancagua, Talca, Chillán, Concepción, Talcahuano y Coronel, en una muestra aleatoria de viviendas de estas ciudades, con un total de 4.737 personas encuestadas. La entrevista se realizó en la segunda quincena de Noviembre de 1985, registrando los eventos de salud de la quincena anterior al momento de la encuesta: episodios y diagnósticos de enfermedad aguda, prevalencia y diagnóstico de enfermos crónicos, problemas de salud mental, conducta de la población frente a las situaciones anteriores, controles de salud, atención dental, frecuencia de atención y no atención profesional, gastos familiares de origen médico-dental, sitios de atención, opiniones sobre calidad de la atención, paralelamente a información sobre las características demográficas, socio-económicas y culturales de las familias encuestadas. Las encuestas domiciliarias fueron realizadas utilizando un cuestionario de preguntas cerradas, por personal profesional de Gallup Chile, y los resultados fueron codificados, pasados a cinta y elaborados en el sistema computacional de la Universidad de Chile y la Escuela de Salud Pública.

Resultados

Los resultados que se presentan a continuación resumen los hallazgos encontrados en el conjunto de las 12 ciudades investigadas. La situación de detalle de cada una de ellas será motivo de una comunicación posterior.

La frecuencia global de enfermedad y atención médica aparece en la tabla 1, pudiendo apreciarse que se atiende un 690/o de los episodios de patología aguda percibidos por la población y un 190/o de los enfermos crónicos, durante el período de estudio. La baja frecuencia de atención de estos últimos deriva del hecho de que sólo 130/o de los enfermos crónicos tienen una incapacidad importante y 240/o algún grado de limitación. La patología aguda registrada por la población es mayoritariamente de localización respiratoria (48,90/o), enfermedades infecciosas, incluida diarrea (15,60/o), traumatismos (11,30/o), apreciándose frecuencias menores de episodios digestivos (6,10/o), cutáneos (4,60/o) y génito-uritarios (4,00/o), mientras el 9,50/o restante se distribuye en otros tipos de diagnóstico. Cada episodio de enfermedad aguda tiene una duración media de 7,9 días. En cuanto a patología crónica las localizaciones más frecuentes corresponden a procesos circulatorios (29,40/o), destacándose la hipertensión arterial; del aparato locomotor (14,60/o) con predominio de reumatismos variados y problemas de la columna; enfermedades metabólicas (12,80/o), con gran frecuencia de diabetes; respiratorias (12,40/o), particularmente bronquitis crónica y asma bronquial, y mentales (9,20/o), con elevada frecuencia de neurosis y epilepsia.

En la tabla 2 se presentan los sitios de atención de salud usados por la población. Se advierte que un 700/o de la atención es de tipo institucional, mientras el 300/o restante se realiza en las consultas privadas de los médicos. La columna vertebral de la atención la constituyen los establecimientos del SNSS y el sistema FONASA.

Las personas enfermas que no recibieron atención médica señalan no haberla recibido en un 59,60/o por razones propias de la patología sufrida (enfermedad aguda de rápida evolución, o enfermedad crónica que no requería atención o no le tocaba control); en un 6,00/o por razones

personales (falta de acompañante, falta de tiempo, vivir lejos); en un 28,30/o por defectos del sistema de atención (falta de dinero, demora o rechazo en la atención), mientras el 6,10/o restante adujo varias razones simultáneas.

Una elevada proporción de la atención de salud (430/o) corresponde a controles de salud, en su mayoría controles de salud infantil (680/o de los controles), y en menor frecuencia de regulación de natalidad (160/o); de embarazo (100/o) o de adulto sano (60/o). Los controles fueron hechos por médicos (460/o), enfermeras (300/o), matronas (200/o), nutricionistas (20/o) y auxiliares de enfermería (20/o).

La calidad de la atención recibida fue juzgada como buena o muy buena por el 84,50/o de las personas; como regular por 9,70/o, y como deficiente por 5,80/o. Las opiniones fueron algo mejores para referirse a los controles de salud que a la atención de morbilidad.

En cuanto a atención dental, la frecuencia anual por persona alcanzó a 1,32 atenciones que correspondieron mayoritariamente a obturaciones (610/o), y con menos frecuencia a extracciones (130/o) u otras atenciones, incluyendo examen, parodoncia, endodoncia y ortodoncia (260/o).

TABLA Nº 1

**FRECUENCIA DE ENFERMEDAD Y ATENCION MEDICA EN 12 CIUDADES CHILENAS.
EPISODIOS ANUALES POR HABITANTE**

	Frecuencia
Enfermedad aguda	1,46
Accidente	0,17
Enfermedad crónica	4,30 (*)
Morbilidad total	5,93
Atención médica por:	
Enfermedad aguda y accidente	1,12
Enfermedad crónica	0,82
Morbilidad total	1,94
Controles de salud	1,47
Total de atenciones	3,41

(*) Episodios anuales equivalentes: corresponde a la prevalencia observada en la quincena (17,90/o ó 0,179) por 24.

TABLA Nº 2

SITIOS DE ATENCION DE SALUD UTILIZADOS POR LA POBLACION

Tipo de necesidad	SITIOS DE ATENCION						Total o/o
	Nº de casos	Consultorios y hospitales del SNSS o/o	Otros establecimientos o/o	Consultorios privados FONASA o/o	Sistema ISAPRES o/o	Pago Particular o/o	
Patología aguda	212	53,3	5,2	23,6	3,3	14,6	100
Patología crónica	163	58,3	9,2	21,5	3,7	7,4	100
Total morbilidad	375	55,4	6,9	22,7	3,5	11,5	100
Controles de salud	280	74,8	5,2	12,4	3,1	4,5	100
Total atenciones	655	63,9	6,2	18,2	3,3	8,4	100

4. MAGNITUD DE LA PERDIDA EN AÑOS DE VIDA PROVOCADA POR GRANDES GRUPOS DE CAUSAS DE MORTALIDAD EN CHILE 1981 Y 1983 RESULTADOS PRELIMINARES

Drs. Luis Martínez, Gonzalo Marín y Srs. Mauricio Maturana y Emilio Decinti
(Escuela de Salud Pública)

La determinación de prioridades en el campo de la salud se basa fundamentalmente en la magnitud del problema, su vulnerabilidad y su trascendencia y en forma inversa a la relación costo-beneficio de las acciones destinadas a su prevención y control.

De los parámetros citados, es la trascendencia el que probablemente ofrezca las mayores dificultades para expresarlo en un indicador; la cuantificación en forma válida y objetiva, de la trascendencia que tenga la enfermedad a la muerte de una persona, puede considerarse desde múltiples perspectivas: emocionales, sociales, económicas, etc.

Este trabajo tiene como objetivo utilizar el indicador años de vida perdidos (A.V.P.) como expresión de la trascendencia que tienen los principales grupos de causa de muerte en Chile en los años 1981 y 1983.

La metodología para establecer el potencial de años de vida perdidos (A.V.P.) consistió en utilizar la información de mortalidad de los Anuarios de Defunción y Causas de Muerte del Ministerio de Salud. Los decesos en cada grupo de causa (según C.I.E.) fueron considerados para ambos sexos en conjunto y en once grupos etáreos (-1, 1-4; 5-9; 65 y +). Se consideró como Expectativa de Vida la entregada como estimación para el quinquenio 1980 a 1985 por CELADE, la cual es de 66,5 años al nacer.

Para cada grupo etáreo y por grupo de causa de muerte se calcularon los A.V.P., multiplicando los años de expectativa para cada intervalo de edad por el número de fallecidos de ese mismo grupo.

En la tabla 1 se puede apreciar que de acuerdo al indicador A.V.P. la importancia relativa de los diferentes grupos de causa de defunción cambió en forma relevante al compararse con la importancia relativa según distribución proporcional de las muertes para los años 1981 y 1983.

Se observa, por ejemplo, que las afecciones cardiovasculares y tumores malignos ocupan la 1ª. y 2ª. importancia relativa con el 270/o y 160/o de los fallecimientos aproximadamente. Si se considera, en cambio, su importancia de acuerdo a los años de vida perdidos, ocupan el 6º las enfermedades cardiovasculares y 4º las neoplasias, significando éste el 80/o y 90/o del total años de vida perdidos en el período analizado respectivamente.

En números absolutos los años de vida perdidos son aproximadamente 950.000 años. Por las dos patologías mencionadas se pierden aproximadamente 160.000 años. En cambio, patologías como las muertes perinatales y traumatismos y envenenamientos suman una pérdida de 400.000 años de vida aproximadamente, lo cual implica que son decesos ocurridos tempranamente en la vida de un sujeto y que trae como consecuencia una importante trascendencia en potencial de vida perdida, aunque en números absolutos las muertes por estas causas sean menores que las ocurridas en otros grupos.

TABLA Nº 1

IMPORTANCIA RELATIVA DE LOS GRANDES GRUPOS DE CAUSAS DE MORTALIDAD
SEGUN DISTRIBUCION PROPORCIONAL DEL NUMERO DE MUERTES Y SEGUN AÑOS DE VIDA PERDIDOS
CHILE 1981 - 1983

Grupos de Causas de Muerte Calif. Internacional	1 9 8 1			1 9 8 3		
	Nº de Muertes	o/o	Lugar	Nº de años de vida perdidos (A.V.P.)	o/o	Lugar
Aparato Circulatorio (390-459)	19.040	27.3	1	74.718	7.8	6
Tumores Malignos (140-208)	11.476	16.4	2	87.975	9.1	4
Traumat. y Envenenam. (800-999)	8.839	12.7	3	274.261	28.5	1
Aparato Respiratorio (450-519)	6.563	9.4	4	112.276	11.7	3
Síntomas y estados morbo- sos mal definidos (780-799)	5.898	8.4	5	76.043	7.9	5
Aparato Digestivo (520-579)	5.788	8.3	6	68.640	7.1	7
Ciertas afecciones en el período perinatal (760-779)	2.642	3.8	7	175.693	18.2	2
Infecciosas y Parasitarias (001-139)	1.786	2.6	8	63.414	6.6	8
Enfermedades endocrinas Nutrición, Metabol. e Inmun. (240-279)	1.697	2.4	9	16.728	1.7	9
Aparato Génitourinario (580-629)	1.562	2.2	10	14.085	1.5	10
Resto	4.580	6.5	-	-	3.686	4.9
TOTAL	69.871	-	-	963.833	74.428	893.909

5. DIAGNOSTICO DE SALUD DE LA POBLACION ASIGNADO A 19 CONSULTORIOS DEL SERVICIO DE SALUD METROPOLITANO SUR

Srs. Silvia Suárez, Psicol. Heliette Saint-Jean, Dr. Rogelio Aravena, Sras. Laura Valenzuela, Amada Torres, Edith Arenas, Lea Derio, Edith Peña, Soledad Moreno, Silvia Raffo y Sergio Vargas (Departamentos de Enfermería y de Psiquiatría, División Sur y Escuela de Salud Pública, Facultad de Medicina, Universidad de Chile, y Servicio de Salud Metropolitano Sur)

Marco Institucional

El estudio lo patrocinó la Facultad de Medicina, División Ciencias Médicas Sur, Departamento de Enfermería, Departamento de Psiquiatría, Escuela de Salud Pública Norte de la Universidad de Chile y Servicio de Salud Metropolitano Sur.

La materialización del estudio se hará por etapas y en su ejecución se contará con la participación de profesionales de la Universidad, del Ministerio de Salud y Municipalidades de las Comunas respectivas.

Introducción

A juicio de la Conferencia de Alma-Ata (1977), la clave para alcanzar la meta de la salud para todos el año 2000 es la Atención Primaria de Salud (APS).

Como mínimo, la APS debe incluir la educación de la comunidad sobre los problemas de salud y salud mental predominantes y sobre los métodos de prevención y acciones correspondientes, la promoción de una nutrición adecuada y el suministro de los alimentos; un abastecimiento adecuado de agua potable y saneamiento básico, la asistencia materno-infantil, con inclusión de la planificación familiar, la prevención y lucha contra las enfermedades endémicas locales, la inmunización contra las principales enfermedades infecciosas; el tratamiento apropiado de las enfermedades y los traumatismos comunes, y el suministro de medicamentos esenciales.

Importancia de resolver el problema planteado

Tradicionalmente estos problemas se han enfrentado con una planificación en salud de acuerdo a la contingencia y/o emergencia que se producen en el país. En este trabajo se propone una planificación que incluya una información fidedigna del nivel aproximado de salud de la población; estudiar los recursos actuales de los sistemas de salud y evaluar su utilización, no sólo como elemento de planificación en salud, sino que también como base para definir la situación actual y determinar las necesidades futuras. Posteriormente se pueden incluir cambios de los programas para mejorar o ampliar los objetivos de salud.

Por lo tanto, el propósito de este estudio es evaluar la situación de salud de la población asignada 19 Consultorios del Servicio de Salud Metropolitano Sur de Santiago durante el año 1986.

Además, realizados estos estudios sistemáticos enfocados desde el punto de vista de la administración en enfermería, se podrá proponer cambios contando con una documentación y datos básicos que permitan planificar y programar acciones factibles y necesarias para la población estudiada.

Este análisis se realizará en 1987.

Antecedentes y ámbito geográfico de los Consultorios

Los Consultorios del Servicio de Salud Metropolitano Sur están ubicados geográficamente en las Comunas de San Miguel, La Cisterna, San Bernardo, Buin, Paine y Calera de Tango, cuentan con una población de 1.013.773 habitantes de los cuales 464.736 son hombres y 528.325 son mujeres. El estrato social está calificado en CAS 1, 2 y 3. Cuenta con 6 Hospitales de adultos, 1 Hospital de niños y 4 Postas de Urgencia de adultos y niños.

La mortalidad materna general es de 0,71‰ y la mortalidad infantil 12,8‰. La mayor causa de muerte general son enfermedades del aparato circulatorio, siguen los tumores malignos, en tercer lugar traumatismos, envenenamientos y enfermedades del aparato respiratorio.

La mayor frecuencia de consultas médicas está determinada por patologías de tipo respiratorio.

La comunidad urbana es de 945.077 habitantes, la población rural es de 47.984 habitantes, cuenta con 17 Consultorios urbanos y 3 Consultorios rurales. Tabla 2.

Objetivo General

Realizar el diagnóstico de salud de la población asignada a 19 Consultorios del Servicio de Salud Metropolitano Sur, mediante un Proyecto de Integración Docente Asistencial (Universidad de Chile—Ministerio de Salud).

Objetivos Específicos

Se identificaron para el desarrollo del estudio 4 tipos de objetivos:

1. Integración docente asistencial.
2. De capacitación profesional.
3. Asistencial. Conocer las características bio-psico-sociales de la población.
4. Evaluación diagnóstica.

Material y Método

Material: Los Consultorios de esta Área fueron censados previamente y están ubicados en el mapa de Atención Primaria del Área.

Los Consultorios atienden una población de 1.013.773 habitantes.

El "Estudio de Diagnóstico de Salud" se realizó durante 1986 en los siguientes Consultorios del Servicio de Salud Metropolitano Sur de Santiago, donde se especifican número total de habitantes. Tabla 1.

En la selección de Centros se contempló:

1) Que los Consultorios dependieran administrativamente del Servicio o Municipalidades del Área Sur. 2) Que fueran accesibles. 3) Que contaran con equipo de profesionales de la salud, permanentes. 4) Comunicación expedita con el área de salud respectiva y la Facultad. 5) Que en el Consultorio se dispusiera del desarrollo de todos los Programas de atención de salud vigentes. (Programa Madre — Niño — Adulto y Senescente, y los Subprogramas de: Crónico, Alcoholismo y Salud Mental). 6) Que un profesional enfermera(o) de cada Consultorio asistiera al Curso de Capacitación.

Método: La información fue recolectada por enfermeras asistenciales (Tabla 1). Las docentes que participaron en el estudio se encargaron de la capacitación para realizar el registro y análisis de la información. Se dispuso para la capacitación de un curso de Post-grado de 190 horas teórico-prácticas. Los talleres del curso fueron realizados por estas enfermeras.

Los instrumentos de registro (3 - 4 - 5) para evaluar el diagnóstico de salud física, mental y social de la población fueron sometidos al análisis del equipo multidisciplinario del área de salud y académicos de los diferentes Departamentos de la Facultad que participaron.

Como fuentes de información se contó con la colaboración de los profesionales del Consultorio, Municipalidades, Instituto Nacional de Estadística (I.N.E.), otros organismos fiscales, semifiscales y Empresas del Estado.

La realización y registro de diagnóstico general de salud del Consultorio fue responsabilidad de la enfermera clínica del Consultorio, capacitada para ello, en colaboración con la enfermera docente. Obtenidos los datos generales se realizó un sorteo al azar (número aleatorios) de 50 familias cuyos miembros hubieren consultado en 1985 independiente de la atención que recibieron. Un miembro representativo de las familias fue citado por correo al Consultorio y debió ser entrevistado por las enfermeras a cargo del estudio usando los protocolos tipo que aparecen en los anexos, hasta completar 15 familias.

En caso necesario para completar la información se programó una visita domiciliaria.

TABLA Nº 2
DISTRIBUCION DE LA POBLACION POR GRUPOS ETARIOS
SEGUN ZONA URBANA-RURAL

	Población Rural		Población Urbana	
	Nº	o/o	Nº	o/o
1 año	1.079	2,24	21.309	2,25
12 – 23 meses	1.069	2,22	21.069	2,23
2 – 5 años	4.144	8,62	81.626	8,64
6 – 15 años	8.570	17,82	168.758	17,86
15 – 19 años	4.545	9,45	89.541	9,47
20 – 34 años	12.802	26,63	252.142	26,68
35 – 64 años	13.241	27,54	260.757	27,59
65 y más	2.534	5,27	49.875	5,27
TOTAL	47.984	99,99	945.077	99,99

El índice de ruralidad es 4,8 con gran predominio de menores de 15 años, en ambos sectores. Esto señala las características de atención de salud en las áreas.

6. CUANTIFICACION DE LA DEMANDA ASISTENCIAL EN EL NIVEL PRIMARIO DE ATENCION DEL SERVICIO DE SALUD BIO-BIO (AÑO 1985)

Dr. Rafael Vera F. e Ing. Rita Navarro
(Servicio de Salud Bío-Bío)

El Servicio de Salud Bío-Bío, uno de los 27 Servicios de Salud del Sistema Nacional de Servicios de Salud de Chile, debe dar Cobertura Asistencial a 302.393 habitantes, en ciudades y poblados menores, en una superficie de 15.000 Kms² aproximadamente, con porcentajes de población rural de 400/o y urbana de 600/o como promedios generales. Pese al progreso alcanzado en los últimos años, algunos indicadores biodemográficos de la provincia de Bío-Bío afectan negativamente al promedio de la VIII Región, como éste lo hace en el contexto nacional, lo que no deja de ser importante, ya que la VIII Región del Bío-Bío constituye el 100/o, aproximadamente, de la población de Chile.

Los Establecimientos de Atención Primaria son el primer contacto que la población usuaria tiene con los Servicios de Salud, en un esquema de atención integrado y progresivo.

Material y Métodos

La información analizada es la recolectada, procesada, depurada y consolidada por el Departamento de Informática y Computación de la Dirección del Servicio de Salud de Bío-Bío, correspondiente al año 1985.

Se estudia sucesivamente:

- 1) Distribución y peso relativo de la demanda de atención de las personas en los diferentes tipos de Establecimientos de Atención Primaria.
- 2) Aunque repetitivo, se destaca el manejo computacional de la información, mediante Hojas Diarias de Atención, confeccionada por el propio profesional tratante, recolectada posteriormente por los estadísticos de los diferentes establecimientos, para, finalmente, ser digitado computacionalmente en la Dirección del Servicio de Salud.
- 3) La población usuaria total de la provincia es 302.393 habitantes y la unidad de análisis es la Consulta de Morbilidad; se refiere, por lo tanto, básicamente a las actividades de recuperación y/o rehabilitación de la salud de las personas.

Resultados y Conclusiones

- 1) En los 125 establecimientos de diferentes estructuras, pero de Nivel Primario de Atención se presenta una:
 - Demanda total de = 556.474 consultas (1000/o)
 - Demanda satisfecha = 541.919 consultas (97,370/o)
 - Demanda no satisfecha = 14.555 consultas (2,690/o)
- 2) La demanda total del Servicio se satisface del siguiente modo: los Consultorios Generales Urbanos (= 8) con el 64,030/o de las consultas, luego las Postas Rurales (= 57) con el 16,940/o y los Consultorios Generales Rurales con el 15,40/o.
- 3) El Recurso Humano Médico, satisface el 70,960/o de la Demanda satisfecha total del Servicio en orden decreciente porcentual desde Consultorio General Urbano (52,840/o), Consultorio General Rural (11,440/o), Posta Rural (5,810/o) y Estación Médico Rural (0,870/o).
- 4) El Recurso Humano Paramédico, satisface el 29,030/o de la Demanda total destacando que lo hace mayoritariamente en los Consultorios Generales Urbanos (12,910/o), y luego, en las Postas Rurales (11,580/o).
- 5) Se define como Unidad de Análisis más conveniente el concepto "Persona/Atención" en vez de "Persona/Censo".

6) Se destacan las siguientes concentraciones de atención anual por Programa:

- Gestante : 0,56 consulta/año por persona/atención
- Pob. Infantil : 2,17 consulta/año por persona/atención
- Pob. Adulto : 1,33 consulta/año por persona/atención
- Senescente : 2,26 consulta/año por persona/atención
- Promedio anual : 1,79 consulta/año por persona/atención

7) Se destaca que la mayor concentración de atenciones, se presentan en los grupos etarios de:

- 1 - 11 meses con 3,89 Act/año por persona/atención
- 1 - 5 años con 2,58 Act/año por persona/atención
- 65 - y más con 2,26 Act/año por persona/atención

Todas ellas (las consultas de morbilidad) dadas preferentemente por Recursos Humanos Médico.

8) También es destacable que el grupo etario de 0-28 días tiene las siguientes concentraciones de Atención Año/persona.

- Total Profesional 0,79
- Médico 0,57
- P. Paramédico 0,22

y que el grupo gestante es el único en que el profesional Paramédico brinda una concentración de atención mayor que el Recurso Humano Médico, en relación de 2,3 a 1.

9) En los grupos etarios restantes, siempre el Médico brinda más atención que el profesional Paramédico. Como promedio general en razón de 2,4 a 1.

10) El Nivel Primario de Atención otorgó en 1985 las siguientes cantidades diarias de consultas: (promediadas, tomando como referencia 240 días anuales).

Establecimientos	Total	Por Médico	Por Paramédico
Consultorio Gral. Urbano	1.485	1.193	292
Consultorio Gral. Rural	349	258	91
Postas Rurales	393	131	262
Estación Médico Rural	31	20	11
TOTAL	2.258	1.602	656

11) En los Establecimientos de Atención Primaria del SS.BB.

- 302.393 Habitantes obtienen:
- 1.79 Consulta profesional por año
 - 1,27 Consulta médica por año
 - 0,52 Control y/o Cons. Morbilidad por personal Colaboración Médica

- 302.393 Habitantes prorratan: - 0,05 Rechazo consulta anual

Implica un rechazo anual por c/15.120 habitantes.

TABLA Nº 1

SERVICIO SALUD BIO-BIO DEMANDA CONSULTAS NIVEL 1a. ATENCION AÑO 1985
(POR TIPO ESTABLECIMIENTO) *

SS.BB. NIVEL 1a. AT. AÑO 1985		CARGA ASISTENCIAL				DEMANDA SATISFECHA			
Establecimientos		Satisfecha por todo Profesional		No satisfecha		Médico		Paramédico	
Denominación	Nº	Nº	O/o	Nº	O/o	Nº	O/o	Nº	O/o
Consultorios G. Urbanos	8	356.313	64,03	13.200	2,38	286.330	52,84	69.983	12,91
Consultorios G. Rurales	7	83.743	15,04	1.355	0,24	61.981	11,44	21.762	4,01
Postas rurales	57	94.297	16,94			31.527	5,81	62.770	11,58
Estaciones Médico Rurales	53	7.566	1,36			4.714	0,87	2.852	0,53
TOTALES O/o	125	541.919	97,37	14.555	2,62	384.552		157.367	
		556.474 = 100%O/o				541.919 = 100%O/o			

* Considera la totalidad de Establecimientos administrados por el Servicio de Salud Bio-Bío.

TABLA Nº 2

SERVICIO SALUD BIO-BIO 1985, NIVEL 1a. ATENCION ACTIVIDADES
SEGUN RECURSOS HUMANOS Y GRUPO ETAREO PROGRAMATICO

SS.BB. NIVEL 1a. ATENCION		ACTIVIDADES REALIZADAS POR					
Grupos Etáreos	Población	Programa		RR.HH. Médico		RR.HH. Paramédico	
		Nº	o/o	Nº	o/o	Nº	o/o
MUJER EDAD FERTIL (15 - 44 años)	(67.378)	38.521	7,1	11.420	2,1	26.831	5,0
I N F A N T I L	(7.828)	6.202		4.457		1.745	
0 - 28 ds.							
0 - 11 ms.	7.925	30.879	6,8	27.316	5,9	3.563	0,9
1 - 5 años	37.614	97.229	17,9	75.612	13,9	21.617	4,0
6 - 14 años	54.945	83.956	15,6	61.047	11,2	22.909	4,4
TOTAL SUBGRUPO ETAREO	100.484	218.266	40,3	168.432	31,0	49.834	9,3
15 - 18 años	23.285	28.781	5,3	21.089	3,9	7.692	1,4
19 - 24 años	34.623	39.577	7,3	25.007	4,6	14.570	2,7
25 - 34 años	49.779	54.888	10,1	35.064	6,5	19.824	3,6
35 - 64 años	77.137	123.521	22,8	92.879	17,1	30.642	5,7
TOTAL SUBGRUPO ETAREO	184.824	246.767	45,5	174.039	32,1	72.728	13,4
SENESCENTE (+ 65 años)	17.085	38.635	7,1	30.661	5,7	7.974	1,4
TOTAL o/o	302.393	541.919	100	384.552	70,9	157.367	29,1

Se destaca el hecho que el Grupo Etáreo Mujer en edad fértil (67.378) censalmente es considerado en la población adulta, pero programáticamente tiene cobertura tanto en el grupo gestante como adulto. Podría considerarse más adecuado el concepto de Unidad Atención/persona en vez de Unidad de Atención censal.

7. ESTRUCTURA DE LA DEMANDA SATISFECHA POR MORBILIDAD EN EL NIVEL PRIMARIO DE ATENCIÓN DEL SERVICIO DE SALUD BIO-BIO

Dr. Rafael Vera, Ing. Rita Navarro y Sr. Juan Barriá
(Servicio de Salud Bio-Bio)

Para pretender cualquier tipo de planificación es básico conocer el universo en que ésta se aplicará, y sin perder de vista el marco cuantitativo general, introduciéndose en la mayor cantidad de variables cualitativas posible. En Salud se debe conocer, para mejor logro de planes y programas referente a las personas, los motivos por los cuales los usuarios consultan para disponer actividades y procedimientos, aplicar normas técnicas, disponer recursos y fijar metas con objetivos claros, precisos y concretos.

El avance tecnológico que aporta el Sistema de Información Computacional ha permitido en el año 1985 conocer el contexto global de la Demanda Satisfecha en los Establecimientos del Nivel Primario de Atención del Servicio de Salud de Bio-Bio, recurso que recién después de recorrer un camino empezamos a utilizar en diversas aplicaciones útiles para la comunidad a nuestro cargo, y como parte o subproducto de este proceso podemos comunicar públicamente la utilidad de la organización estructural de este quehacer que se nos ha hecho indispensable y fundamental.

Este trabajo es una comunicación parcial de lo que es posible, a nuestro alcance, exponer de un todo más general.

La composición de morbilidad satisfecha que conocemos son Consolidados nacionales que, reflejan el contexto nacional, con probables errores al ser la sumatoria de partes que podrían no ser del todo prolijos en su confección, o bien reflejan lo que sucede a grupos poblacionales reducidos y habitualmente encuestados por tecnologías apropiadas, pero al fin y al cabo aleatorias.

Pretendemos, por lo tanto, exponer en el contexto universal de un Servicio de Salud, la morbilidad satisfecha mirada desde diferentes ángulos.

Material y Método

1. Las unidades de análisis son las Consultas de Morbilidad satisfechas en 1985 en el Servicio de Salud de Bio-Bio en el Nivel Primario de Atención.
 - El universo total de consultas es de 541.919 (100^o/o)
 - 333.898 consultas de sexo masculino (61,6^o/o)
 - 208.021 consultas de sexo femenino (38,4^o/o)
 - 384.552 consultas satisfechas por Médico (71^o/o)
 - 157.367 consultas satisfechas por Personal Paramédico (29^o/o)
2. La información procede del Departamento de Informática y Computación de la Dirección de este Servicio de Salud, recogida en Hojas Diarias de Atención.
3. Se establece la cuantificación de Demanda satisfecha por:
 - 3.1. Recursos Humanos (todo Profesional y Médico)
 - 3.2. Grupos de Causas según clasificación internacional, a lo que se ha adicionado el grupo XVIII correspondiente a sanos y sin riesgo obstétrico.
 - 3.3. Priorización por diagnósticos de las 20 enfermedades más frecuentes.
 - 3.4. Distribución por sexo y grupos etarios de las enfermedades.
 - 3.5 Demanda satisfecha tipos de Establecimientos de Nivel Primario.

- Consultorios Generales Urbanos y Rurales.
- Postas Rurales.
- Estaciones Médico Rurales.

Resultados y Conclusiones

1. El motivo de consulta más frecuente es el Grupo VIII Enfermedades del Aparato Respiratorio con 107.433 consultas (19,80/o), de las cuales el RR.HH. Médico resuelve 90.455 (16,70/o) (Tabla Nº 1).
2. La demanda espontánea por Diagnóstico de Enfermedades se expresa de la siguiente manera:

1) Sarna	(7,00/o)
2) Sanos	(6,20/o)
3) Bronquitis aguda	(6,00/o)
4) Resfrío común	(4,90/o)
5) Hipertensión arterial	(4,10/o)

La Tabla Nº 2 demuestra el peso relativo y el Nº orden de las Enfermedades Resueltas por el RR.HH. Médico y Paramédico para los primeros 15 diagnósticos más frecuentes.

3. De la diferencia entre las consultas totales y las primeras consultas (todo Profesional y Médico) es dable observar las patologías que requieren más de 1 consulta para su resolución, de paso establecen la priorización y el peso relativo de las patologías merecedoras de reincidencias de consultas.

Del total de 541.919 consultas todo profesional, 321.542 (59,30/o) lo hicieron en el carácter de primeras consultas por episodio. De igual modo, del total de 384.552 consultas de Médico, 240.278 (620/o) lo hicieron por una vez y 144.274 (380/o) repetitivas.

4. El total de consultas (541.919) por Programas o Grupos Etarios más relevantes se distribuyó de la siguiente forma;
 - Gestante 38.521 consultas (7,10/o) con la participación del RR.HH. Médico en el 300/o solamente.
 - Menor de 1 año 37.081 (85,60/o de participación Médica)
 - De 1 a 5 años: 97.229 consultas
 - De 6 a 14 años: 83.686 consultas
 - De 15 a 34 años: 123.246 consultas
 - De 35 a 64 años: 123.521 consultas
 - De 65 años y más: 38.635 consultas

En el trabajo ampliado se presentan las patologías relevantes de los grupos etarios señalados, en razón al espacio disponible para el resumen.

5. La Demanda de Atención se resuelve en:

- Consultorio Gral. Urbano	356.251 consultas (65,70/o)
- Consultorios Grales. Rurales	83.743 consultas (15,50/o)
- Postas Rurales	94.359 consultas (17,40/o)
- Estac. Médico Rurales	7.566 consultas (1,40/o)

En todos ellos se presentan preferentemente las Enfermedades Aparato Respiratorio, las Infecciosas y Parasitarias y las Dermatológicas como causantes de la mayor demanda, salvo en los Consultorios Grales. Urbanos en que las Enfermedades Cardiovasculares ocupan el 3º lugar (igual explicación que el último párrafo del punto 4).

TABLA Nº 1

DEMANDA SATISFECHA NIVEL PRIMARIO ATENCION SERVICIO SALUD BIO-BIO 1985
(GRUPOS ENF. CLASIFICACION INTERNACIONAL SATISFECHA POR RECURSOS HUMANOS TODO PROFESIONAL Y MEDICO)

GRUPOS ENFERMEDADES SEGUN CLASIFICACION INTERNACIONAL	DEMANDA SATISFECHA					
	TODO PROFESIONAL			MEDICOS		
	Nº Ord.	Nº Absoluto	o/o	Nº Ord.	Nº Absoluto	o/o
I. Enf. Infecciosas y Parasitarias	2	67.023	12,4	2	44.245	8,2
II. Tumores	16	1.775	0,3	16	1.702	0,3
III. Enf. Nutrición y Metabolismo	11	21.249	3,9	13	8.765	1,6
IV. Enf. Sangre y Org. Hematopoyéticos	15	3.041	0,6	15	2.941	0,5
V. Trast. Mentales	12	19.574	3,6	9	16.193	3,0
VI. Enf. Sistema Nervioso y Org. Sentidos	14	12.036	2,2	12	11.011	2,0
VII. Enf. Ap. Circulatorio	4	45.909	8,5	5	30.747	5,7
VIII. Enf. Ap. Respiratorio	1	107.433	19,8	1	90.455	16,7
IX. Enf. Ap. Digestivo	8	32.509	6,0	6	28.285	5,2
X. Enf. Ap. Génito Urinario	7	34.149	6,3	7	24.238	4,5
XI. Enf. Obstétricas	9	23.717	4,4	14	7.524	1,4
XII. Enf. Piel y Celular Subcutáneo	3	49.951	9,2	3	41.348	7,6
XIII. Enf. Tejido Osteomuscular y Tej. Conjuntivo	10	21.719	4,0	8	19.371	3,6
XIV. Anomalías Congénitas	18	665	0,12	18	624	0,1
XV. Afec. Perinatales	17	760	0,14	17	749	0,1
XVI. Mal Definidas	6	39.960	7,4	4	31.750	5,8
XVII. Traumatismos y Envenenamientos	12	16.915	3,1	10	12.877	2,3
XVIII. Sanos y sin Riesgos Obst.	5	43.534	8,0	11	11.727	2,2
TOTAL		541.919	99,9		384.552	70,8
o/o		100o/o			71o/o	

TABLA Nº 2

DEMANDA SATISFECHA POR DIAGNOSTICO DE ENFERMEDAD NIVEL 1º ATENCION
SERVICIO SALUD BIO-BIO 1985
(POR RECURSOS HUMANOS, TODO PROF. Y MED.)

DIAGNOSTICO POR ENFERMEDAD	DEMANDA SATISFECHA					
	TODO PROFESIONAL			MEDICOS		
	Nº Ord.	Nº Absoluto	o/o	Nº Ord.	Nº Absoluto	o/o
Sarna	1	37.839	7,0	2	20.914	3,6
Sano	2	33.553	6,2	10	9.022	1,7
Bronquitis aguda	3	32.263	6,0	1	29.080	5,4
Resfrío común	4	26.599	4,9	3	18.742	3,5
Hipertensión arterial	5	22.385	4,1	4	15.300	2,8
Impétigo	6	18.379	3,4	5	14.955	2,7
Lumbago y Dorsalgia	7	16.293	3,0	6	14.937	2,7
Epilepsia	8	16.011	2,9	13	8.295	1,5
Amigdalitis	9	14.825	2,7	7	11.724	2,1
Riesgo Obstétrico	10	13.823	2,5	(32)	3.088	0,6
Neurosis	11	12.932	2,4	8	11.818	2,1
Diarreas	12	12.302	2,3	9	9.928	1,8
Diabetes	13	10.438	1,9	(21)	4.989	0,9
Sin Riesgo Obstétrico	14	9.931	1,8	(42)	2.345	0,4
Infección Urinaria	15	9.672	1,7	11	8.413	1,6
Faringitis	(17)	8.262	1,6	12	7.445	1,4
Gastritis	(20)	8.067	1,5	15	6.718	1,2
Otros Aparato Digestivo	(21)	7.771	1,4	14	6.940	1,3
Enf. restantes		(311.345) 230.574	42,5		(204.653) 179.899	33,2
TOTAL		541.919	100		384.552	71
o/o		100			71	

() Lugar superior al Nº de orden 15.

8. REALIDAD DE LA CONSULTA MEDICA DE URGENCIA. PERIODO 1965 - 1984

T.M. Fresia Solís y Dr. Ernesto Medina
(Escuela de Salud Pública, Facultad de Medicina, Universidad de Chile)

Sobre la base de los indicadores consultas médicas totales, de urgencia y tiempo médico por habitante y la razón minutos médicos por consulta en atención abierta, construidos anualmente desde 1965 a 1984 por Regiones, se obtiene un panorama entre las prestaciones de salud y los recursos médicos correspondientes.

En todo el período de referencia, las consultas médicas totales crecieron en 25,50/o, en cambio, las consultas de urgencia registran un aumento de 221,60/o, vale decir, 8,7 veces mayor que las primeras.

La tendencia del indicador minutos médicos asignados por habitante, es ascendente hasta 1978, alcanzando un crecimiento de 33,70/o. A partir de ese momento, cambia de sentido, llegando en 1981 a 32,8 minutos asignados por habitante, cifra inferior a 1965.

Los minutos médicos asignados a consulta médica total (incluye urgencia) en atención abierta, prácticamente se mantuvieron en los niveles observados al comienzo del estudio hasta 1977, fecha en que desciende hasta alcanzar una disminución de 34,40/o respecto del año base.

La situación descrita para el promedio país, se repite en mayor o menor proporción en las Regiones.

Al separar el período de referencia en dos subperíodos, 1965-1973 y 1974-1984, se pone de manifiesto que las tasas de consultas totales aumentan en ambos, siendo estadísticamente significativo de la Región del Maule al Sur del país, mientras que las consultas de urgencia lo hacen a través de todas las Regiones, tanto en el primero como en el segundo período.

El tiempo médico por habitante en las distintas Regiones, acusa una distribución desigual de los recursos variando de 50,2 min. para la Región Metropolitana a 22,8 min. para la Región de Coquimbo (Tabla Nº 1).

Al asociar las consultas totales y los minutos médicos asignados a atención abierta, se identifica a las Regiones 3a., 4a., 6a., 12a. y Metropolitana como las más deterioradas en el período 1974-1984. En el caso de las consultas de urgencia, el mayor déficit del recurso médico se aprecia en las Regiones 1a., 3a., 4a., 6a., 11a. y Metropolitana.

En síntesis, si bien es cierto que en los dos períodos del estudio se demuestra un incremento absoluto y relativo de la consulta de urgencia, esta situación traduciría probablemente más que un aumento de los cuadros que requieren dicha atención, la solución que la población encuentra para obtener una atención más expedita dada la escasez de recursos humanos que suele existir en los consultorios periféricos tradicionales.

Por otra parte, se ha demostrado que existe un claro desequilibrio entre la demanda y oferta del recurso médico y que este fenómeno se ha agudizado de 1974 a 1984, por lo cual, es aconsejable revisar la situación de estos profesionales en los Servicios de Salud, puesto que su reducción, a corto o mediano plazo, puede repercutir en las tasas de incidencia y prevalencia de la morbilidad, como asimismo en la mortalidad.

TABLA Nº 1

INDICADORES ESTADÍSTICOS DE CONSULTAS TOTALES, DE URGENCIA Y MINUTOS MEDICOS POR HABITANTE; MINUTOS MEDICOS EMPLEADOS EN ATENCION ABIERTA POR CONSULTA. TOTAL PAIS. PERIODOS 1965-1984, 1965-1973 y 1974-1984

INDICADORES ESTADÍSTICOS	1965 - 1984				1965 - 1973				1974 - 1984			
	Consultas por habitante		Minutos médicos asignados a/		Consultas por habitante		Minutos médicos asignados a/		Consultas por habitante		Minutos médicos asignados a/	
	Totales	Urgencia	Por hab.	Por cons. b/	Totales	Urgencia	Por hab.	Por cons. b/	Totales	Urgencia	Por hab.	Por cons. b/
Mínimo	0.87	0.15	32.05	8.81	0.90	0.15	32.97	11.80	0.87	0.26	31.30	8.81
Máximo	1.25	0.50	44.09	14.27	1.04	0.28	39.91	18.28	1.25	0.50	44.09	14.27
Promedio	1.01	0.29	36.30	12.70	0.98	0.21	36.40	13.8	1.04	0.37	36.10	11.50
Coef. de variación (°/o)	8.61	9.15	9.80	13.70	4.55	10.34	2.30	13.5	3.60	5.64	10.50	11.00
Coef. de regresión lineal	0.01	0.02	- 0.02	- 0.30 c/	- 0.00	0.01 c/	0.80 c/	- 0.17	0.04 c/	0.02 c/	- 1.18	- 0.79 c/

a/ Los minutos médicos, corresponden al período 1965-1981.

b/ Los minutos médicos por consulta, se refieren a atención abierta.

c/ Estadísticamente significativo ($p < 0.001$)

9. CUANTIFICACION DE LA DEMANDA ESPONTANEA DE CONSULTAS DE URGENCIA EN EL SERVICIO DE SALUD BIO-BIO (1985)

Dr. Rafael Vera, Sras. Lilia Mangili y Ana López
Servicio de Salud Bio-Bio

Pese a la existencia de numerosas investigaciones acerca del universo consultante en los Servicios de Urgencia de los Establecimientos del país, y el deseo de cuantificar exactamente la verdadera Consulta de Urgencia, caracterizada por ser fundamental, perentoria, de necesidad vital, impostergable frente a una demanda creciente que pone en muy serios apremios a los Recursos Humanos, físicos, de organización, de determinado Centro Asistencial. Se hace fundamental la investigación Operacional de este medio de Diagnóstico y Tratamiento acelerado, toda vez que los resultados y conclusiones competen sólo al Servicio de Urgencia analizado que da solución a comunidades de diferentes estructuras de grupos étnicos, de morbilidad, de cultura y aún de recursos de variada índole.

Se sabe que hay un excedente importante de Consultas de Urgencia que no son tales, pero surge la divergencia de opinión entre a lo menos 3 puntos de vista diferentes:

- 1) El profesional Médico que puede juzgar técnicamente a la consulta como de urgencia o no de tal.
- 2) El usuario, a quien es difícil entender si su problema es o no de apremiante solución, sino que exige la satisfacción de ella.
- 3) De la Organización, que al tener la oportunidad de poder actuar precozmente en la fase de riesgo o de daño inicial de la salud de las personas, podría actuar en un campo definido que la sociedad le ha entregado, lo que se puede evidenciar con facilidad en la modificación de los indicadores de daño y de cobertura en Salud.

Se acepta generalmente que el "Sobreuso" que se hace de los Servicios de Urgencia se debe a mala o deficiente cobertura de los establecimientos de atención abierta del nivel primario de atención, al que se le califica de "baja capacidad resolutoria".

Este trabajo, menos que una investigación, es más bien una comunicación preliminar para señalar un camino de investigación en el medio asistencial de Urgencia del Servicio de Salud de Bio-Bio.

Material y Método

- 1) Información recolectada, procesada y enviada en el Resumen Mensual consolidado de urgencia (R.M.C. Nº 9) al Depto. de Evaluación y Control del Ministerio de Salud.
- 2) Se analiza el número de Consultas de Urgencia prestadas a la población usuaria del Servicio de Salud Bio-Bio (302.393 habitantes) en el año 1985.
- 3) La población usuaria es la asignada de acuerdo a información del Instituto Nacional de Estadística: a 1 Hospital tipo 1, 6 Hospitales tipo 4 y 2 Consultorios Generales Rurales, que representan las estructuras Asistenciales-Administrativas que en este Servicio de Salud satisfacen morbilidad por Consultas de Urgencia.
- 4) Se presenta la Demanda de Consultas satisfechas por:
 - Recurso Humano Médico y Paramédico
 - Por Programa
 - La Concentración de Consultas por Unidad de Atención/persona asignada censalmente.

Resultados y Conclusiones

- 1) Se puede concluir que:
 - el Hospital Los Angeles Tipo 1 otorga: 95.723 (58,50/o) de las Consultas totales de Urgencia resueltas por Médico con una concentración de 68 consultas anuales por 100 habitantes de población asignada.
 - los 6 Hospitales tipo 4 sumatoriamente otorgan: 69.591 Consultas de Urgencia resueltas por Médico (38,10/o) con una concentración de 48 consultas anuales por 100 habitantes de población asignada.

- los Consultorios Generales Rurales satisfacen por Médico 5.780 Consultas de Urgencia (3,40/o) con concentración de 30 consultas anuales por 100 habitantes de población asignada.
- 2) La Demanda espontánea de Urgencia es resuelta por RR.HH. Médico mayoritariamente frente al RR.HH. Paramédico en los siguientes establecimientos y por el cuociente de relación indicado:
- Hospital Los Angeles 3,94 a 1
 - Hospital Yumbel 6,78 a 1
 - Hospital Huépil 10,7 a 1
 - Consultorio G.R. Cabrero 2,52 a 1
- 3) La situación inversa, esto es, preferente solución de Consultas de Urgencia por personal Paramédico frente a Médico se encuentra a los siguientes establecimientos con la relación que se indica:
- Hospital Mulchén 1,50 a 1
 - Hospital Nacimiento 1,48 a 1
 - Hospital Laja 6,22 a 1
 - Hospital Sta. Bárbara 3,20 a 1
 - Consultorio R. Mte. Aguila 1,23 a 1
- 4) La Demanda Mayoritaria de Urgencia Resuelta por Médico corresponde al Programa de Adulto con 86.439 Consultas (52,80/o), luego al Programa Infantil con 62.098 consultas (37,90/o) y finalmente al Maternal con 15.107 consultas (9,30/o) y se da la misma relación con todos los establecimientos, salvo en Sta. Bárbara, pero en cifras, prácticamente, no significativas.

TABLA Nº 1

SERVICIO SALUD BIO-BIO 1985, CONSULTAS DE URGENCIA
(DEMANDA SATISFECHA SEGUN TIPOS DE ESTABLECIMIENTO Y RECURSOS HUMANOS)

SERVICIO SALUD BIO-BIO CONSULTAS URGENCIA 1985		DEMANDA SATISFECHA						DEMANDA TOTAL ANUAL PARCIAL DIARIA	
		MEDICOS		PARAMEDICOS					
Establecimiento	Población Asignada	No	o/o	Concen- tración	No	o/o	Concen- tración	No	No
Los Angeles (1)	139.428	95.723	58,5	0,68	24.235	19,2	0,17	119.958	329
H. Mulchén (4)	29.043	17.705	10,8	0,60	26.530	21,0	0,91	44.235	122
H. Nacimiento (4)	31.034	12.472	7,6	0,40	18.437	14,6	0,59	30.909	85
H. Laja (4)	28.343	3.652	2,2	0,12	22.704	18,0	0,80	26.356	72
H. Yumbel (4)	21.855	12.835	7,6	0,58	1.893	1,5	0,08	14.728	40
H. Sta. Bárbara (4)	21.689	8.929	5,5	0,41	28.539	22,7	1,31	37.468	103
H. Huepil (4)	11.744	6.998	4,3	0,59	654	0,5	0,05	7.652	21
C. G. Rural Cabrero	12.944	5.057	3,1	0,39	2.004	1,6	0,15	7.061	19
C. G. Rural M. Aguila	6.313	723	0,4	0,11	891	0,9	0,14	1.614	4
TOTAL	302.393	164.094	100	0,54	125.887	100	0,41	289.981	795
o/o		56,6			43,4			100	

Morbilidad en Consultas de Urgencia resueltas por: Médicos = 164.094 (56,60/o)
Paramédicos = 125.887 (43,40/o)
Total = 289.981 (100o/o)

* Considera 365 días anuales
() = Tipo Hospital
Relación Médico/Paramédico 4 a 3

TABLA Nº 2

SERVICIO SALUD BIO-BIO 1985, CONSULTAS DE URGENCIA SATISFECHAS POR GRUPO PROGRAMATICO Y RECURSOS HUMANOS (ANUAL Y DIARIA)

SERVICIO SALUD BIO-BIO 1985 CONSULTA URGENCIA	DEMANDA SATISFECHA				DEMANDA DIARIA CONSIDERANDO 365 DIAS
	Adulto No	Infantil No	Maternal No	Total No	
ESTABLECIMIENTO					
H. Los Angeles	52.788	37.953	4.982	95.723	262
H. Mulchén	7.822	5.747	4.136	17.705	49
H. Nacimiento	6.871	4.311	1.290	12.472	34
H. Laja	1.769	1.099	784	3.652	10
H. Yumbel	6.480	4.625	1.280	12.835	34
H. Sta. Bárbara	3.196	3.271	2.462	8.929	24
H. Huepil	4.101	2.724	173	6.998	19
C.G. Rural Cabrero	2.986	2.071		5.057	14
C.G. Rural Mte. Aguila	426	297		723	2
TOTAL	86.439	62.098	15.107	164.094	448
o/o	52,8	37,9	9,3	100	

Pobl. Potencial Asistencial	201.909	100.484	(67.378)	302.393
			369.771	

10. MORBILIDAD DE CONSULTANTES EN EL SERVICIO DE URGENCIA DEL HOSPITAL GONZALEZ CORTES DE SANTIAGO

Dr. Patricio Silva, Sra. Silvia Campano, Sres. Luis Bustamante, Luis Palavecino, Rolando Pizarro y Andrés Zúñiga
(Depto. Salud Pública, División Ciencias Médicas Sur, Facultad de Medicina, Universidad de Chile)

Se describen las características de la patología del consultante menor de 15 años del Área Sur que demandó atención en el Servicio de Urgencia del Hospital Dr. Exequiel González Cortés.

La fuente de información se obtuvo a partir de los registros diarios de atención consignada en las tarjetas de dicho Servicio, entre el 1º de Enero y el 31 de Diciembre de 1984.

Objetivo

Proporcionar información sobre la estructura de la morbilidad que presentan los menores de 15 años que demandan atención en el Servicio de Urgencia del Hospital Exequiel González Cortés.

Material y Método

La forma de selección de la muestra se realizó tomando 3 semanas de cada mes, de donde se extrajeron al azar 4 tarjetas de cada día (total de muestra, 1.008 consultas).

Los datos obtenidos fueron ordenados en plantillas tipo, confeccionadas para obtener antecedentes tales como edad, sexo, fecha, hora llegada, lugar donde se controla, motivo de consultas, si es accidente o no, lugar del accidente, causa del accidente, etc.

Se clasificaron los diagnósticos según la Clasificación Internacional de Enfermedades OMS/OPS de 17 grupos de causas, junto a lo anterior fueron clasificados los tratamientos.

Conclusiones

- La edad de los consultantes se acumula en el grupo de 1 mes a 5 años con un 63,80/o del total.
- Dentro de los consultantes existe un predominio del sexo masculino con un 57,10/o contra 42,90/o de las mujeres.
- La mayor concentración de consultas se distribuye entre las 8 y 24 horas con un 92,70/o, con un franco predominio entre las 16 y 20 horas, que llega a un 290/o del total.
- No existe diferencia porcentual entre las consultas de niños con control en Policlínico y los que no se controlan.
- Dentro de los motivos de consulta destacan la fiebre 29,30/o, vómito 15,70/o, dolor 7,50/o y tos con un 6,90/o.
- La quinta parte del total de las consultas corresponden a accidentes, los que ocurren preferentemente en el hogar 36,40/o, vía pública 20,90/o y escuela 160/o. Destacan como causa de estos accidentes las caídas con un 55,600/o y le siguen las heridas con 90/o y las quemaduras con un 60/o. En ambos sexos existe un claro predominio de las patologías respiratorias 420/o, digestivas 18,30/o y traumatológicas 19,80/o sobre el resto de las enfermedades en los menores de 15 años.
- Dentro de los tratamientos efectuados en este Servicio predominan los inyectables con un 55,10/o, curaciones y sutura con un 16,10/o y tratamiento oral con un 150/o.
- A su llegada al Servicio son catalogados de carácter leve el 600/o, medianamente grave 370/o y grave el 290/o. Una vez atendidos tienen un pronóstico leve el 55,70/o, medianamente grave el 31,20/o y grave 2,20/o.
- Un tercio de las consultas no correspondían a Atención de Urgencia.
- Las consultas, una vez tratadas, son enviadas a su domicilio en el 94,80/o de los casos, hospitalizados en Medicina el 0,80/o y en Cirugía el 4,40/o.
- Las tres cuartas partes de los consultantes, una vez atendidos, son enviados a un Policlínico.
- La Patología Traumatológica se incrementa a medida que aumenta la edad, observándose su mayor porcentaje entre 9 a 15 años con un 330/o y entre los 5 y 9 años, un 280/o. Se ve con mayor detalle en la Tabla 2.
- El 670/o de las Patologías Respiratorias consultan entre los meses de Abril y Octubre.

- La Patología Digestiva consulta entre los cuatro primeros meses del año y los dos últimos, sumando el 64^o/o. El resto de la Patología no ofrece una distribución llamativa a lo largo del año.
- Existe un leve predominio porcentual de la demanda asistencial el día Sábado con un 16,3^o/o y el resto de los días fluctúa entre 13,2^o/o para el Martes y el 14,7^o/o del Lunes y Viernes.

TABLA Nº 1

DISTRIBUCION PORCENTUAL DE LOS MOTIVOS DE CONSULTA MAS FRECUENTES

MOTIVO CONSULTA	Nº	o/o
Fiebre	359	29,3
Vómitos	192	15,7
Dolor	92	7,5
Tos	85	6,9
Herida	69	5,6
Golpe	68	5,5
Diarrea	66	5,4
Ahogo	65	5,3
Alergias	32	2,6
Quemaduras	23	1,9
Hinchazón	22	1,8
Infección	18	1,5
Interconsulta	18	1,5
Convulsiones	13	1,1
Picaduras	12	1,0
Otros motivos	91	7,4
TOTAL	1.225	100,0

TABLA Nº 2

DISTRIBUCION DE LOS GRUPOS DE PATOLOGIAS SEGUN GRUPOS DE EDAD

Edad	Enferme- dades se- gún cla- sifica- ción											
	I	IV	VI	VII	VIII	IX	X	XII	XIII	XVI	XVII	TOTAL
	Enf. Infecciosas y Parasitarias	Enf. de la Sangre y Org. Hematopoyéticos	Enf. Sistema Nervioso y Organos de los Sentidos	Enf. Aparato Circulatorio	Enf. Aparato Respiratorio	Enf. Aparato Digestivo	Enf. Aparato Genito Urinario	Enf. de la Piel y Tejido Celular	Enf. Sistema Osteo articular y Tejido Conjuntivo	Sintomas y signos mal definidos	Traumatismos y envenenamientos	
0 a 1 mes	2	—	2	—	20	9	—	1	—	1	1	36
1 a 11 meses	9	—	8	—	139	50	1	15	2	2	9	235
12 a 23 meses	8	—	12	—	92	32	2	15	—	1	23	185
2 a 4 años	17	—	8	—	103	42	2	10	—	2	58	242
5 a 9 años	9	3	8	—	55	27	4	11	1	—	47	165
10 a 14 años	11	2	8	2	39	31	8	9	2	1	68	181
TOTAL	56	5	46	2	448	191	17	61	5	7	206	1.044

11. EFICIENCIA DE LA ATENCION DE MORBILIDAD Y GRADO DE SATISFACCION DE USUARIOS: ESTUDIO PRELIMINAR EN UN CONSULTORIO DE TALCAHUANO

Drs. Ernesto Núñez, Elizabeth Vega, Juan González y Jaime Gutiérrez
(Servicio de Salud Talcahuano)

Se practicó encuesta a 100 personas, después de la consulta de morbilidad por su niño, en Consultorio Higuera de Talcahuano, para hacer estudio sobre:

1. Comprensión de la patología que afectaba al niño, las indicaciones y recomendaciones médicas recibidas.
2. La satisfacción por la atención médica misma.
3. La demora y los gastos que originaba la consulta para el usuario.
4. El cumplimiento del control sano y las inmunizaciones detalladas en el carnet de control.
5. La estructura del grupo familiar encuestado y sus condiciones socio-económicas.
6. Sugerencias y quejas en general sobre la atención recibida.

En un 98^o/o de los casos, la encuestada fue la madre del niño. Las edades de los consultantes se distribuyen entre los 8 días y los 14 años.

En un 14^o/o la madre no recibió información sobre el diagnóstico de su hijo; un 45^o/o tenía patología respiratoria, un 17^o/o de piel y un 3^o/o digestiva.

Un 48^o/o consultaba por primera vez por el problema, y un 28^o/o lo hacía ya por más de 4 veces. Un 93^o/o manifestó haber entendido lo que le había explicado el médico, un 3^o/o no entendió, y un 4^o/o, solamente en parte. Un 82^o/o pudo repetir las recomendaciones que la habían dado; un 18^o/o no lo pudo hacer, por no haberlas recibido, por no entenderlas o haberlas olvidado inmediatamente.

Un 85^o/o, dijo estar conforme con la atención, y un 15^o/o manifestó estar conforme solamente en parte.

En un 58^o/o de los casos, el médico examinó al niño desnudo; en un 33^o/o sólo parcialmente desvestido, y en un 9^o/o, no hizo desvestir al niño.

Referente al tiempo que se demoró desde el ingreso a la puerta del Consultorio, hasta la salida del box médico, la distribución fue la siguiente:

Horas	o/o
Menos de 1	: 12
1 - 1,9	: 25
2 - 2,9	: 33
3 - 3,9	: 23
4 horas y más	: 7

Un 46^o/o se movilizó a pie al Consultorio y un 54^o/o en bus o autos colectivos, y 91^o/o demoró menos de una hora en llegar desde su casa al Consultorio. Un 44^o/o gastó entre 40 y 80 pesos en esta movilización.

Un 78^o/o pudo mostrar el carnet de control, y los controles fueron adecuados y completos en un 85^o/o; 24^o/o de los niños fue estimados de bajo peso, en alguno de los controles, y este control fue correcto en 23 de los 24 casos.

Un 77^o/o tenía las vacunaciones anotadas en el carnet de control, pero un 94^o/o del total de niños, tenía sus vacunas completas para su edad.

En lo que se refiere a la estructura del grupo familiar, estaba constituido en su mayoría por 5-6 personas, un 41^o/o; había un 12^o/o constituido por más de 8 personas, 78^o/o vivía en sus casas y un 20^o/o en mediaguas. Un 62^o/o de los encuestados tenía baño en su casa, y un 38^o/o, letrinas; agua potable en la casa en un 70^o/o, agua por grifo público, un 28^o/o.

En el trabajo del jefe de familia, había una amplia gama, pero sólo un 22^o/o tenía empleo fijo; 25^o/o tenía trabajo ocasional, 14^o/o cesante, 18^o/o jubilado o inválido.

57^o/o era asegurado, y 33^o/o sin previsión.

La renta mensual del grupo familiar varió desde 0 a 53.000 pesos; en 24^o/o era entre 6.0001–10.000 y en 26^o/o entre 10.001 y 15.000. A su vez, la renta per cápita fluctuó entre 0 y más de 5.000; un 36^o/o tenía renta per cápita mensual entre 1.001–2.000 y un 24^o/o entre 501 y 1.000.

Las quejas espontáneas, se refirieron especialmente al aseo de los baños del Consultorio, la demora en la atención médica; la tardanza en llegar de los profesionales, la falta de algunos medicamentos, la demora para la atención de las Interconsultas y al trato del personal paramédico.

Llama la atención en este estudio preliminar, el alto grado de satisfacción de los usuarios, a pesar de la demora en la atención, del examen aparentemente superficial y la falta de indicaciones comprensibles en algunos casos.

También hay que destacar el tiempo de espera, que en 63^o/o fue de más de 2 horas, y que podría solucionarse con una atención escalonada por parte de los médicos, y con citaciones a diversas horas a los usuarios.

Se observó un buen cumplimiento del control de salud, de la referencia en los niños de bajo peso, y del control adecuado de estos, así como un alto porcentaje de niños con inmunizaciones completas; lo que es un reflejo de la buena cobertura alcanzada por estos programas.

La estructura socio-económica del grupo encuestado, es probable que refleje la estructura familiar de nuestros consultantes, en su mayoría asegurados, con trabajo fijo u ocasional y con una renta familiar promedio entre 10.000 y 12.000 mensuales. Llama la atención en esta población urbana, que un porcentaje no despreciable tiene sólo acceso al uso de agua por grifo público.

Creemos interesante efectuar estas encuestas periódicas para medir nuestra eficiencia, y la satisfacción de los usuarios con nuestra atención, con el fin de hacer las recomendaciones y los cambios necesarios para mejorar ambos parámetros.

12. AUDITORIA MEDICA EN COMUNIDADES RURALES

Sra. Silvia Campano, Sres. Fernando González, Rodrigo Moreno y Rubén Nachar
(Depto. de Salud Pública, División Ciencias Médicas Sur, Facultad de Medicina,
Universidad de Chile)

Introducción

Desde Mayo de 1983 a la fecha, los Internos de la carrera de Medicina de la División Sur, están realizando actividades de Atención Primaria en algunas comunidades rurales de la Sexta Región en cumplimiento de su Programa de Internado Rural.

La presente Auditoría pretende evaluar la atención prestada por los Internos de Medicina, para lo cual se ha seleccionado una de las actividades que ellos realizan mayoritariamente, como es la consulta de Morbilidad.

Objetivos

Objetivo General:

Evaluar la calidad de la atención prestada por los Internos de Medicina en consultas de Morbilidad realizadas a nivel primario.

Objetivos Específicos:

- Evaluar la integridad de los registros en la historia clínica comparada con normas establecidas.
- Evaluar legibilidad del registro como documento público.

Material y Método

El estudio abarca el período comprendido entre Mayo de 1983 y Diciembre de 1984. Se evaluará la atención prestada en las Postas Rurales de El Manzano, Llallauquén, Quinta de Tilco-co, Doñihue, Los Lirios y el Consultorio de Codegua.

Se evaluó la morbilidad más frecuente en estos centros, en base al análisis de las consultas diarias, siendo éstas Hipertensión Arterial en adultos y Bronquitis Aguda no Obstructiva en niños.

Se confeccionó una Ficha Patrón para cada una de estas morbilidades en base a normas Ministeriales, adaptadas a las condiciones del Internado Rural, según las sugerencias de tres Médicos ad hoc.

La Ficha consta de seis ítems:

- | | |
|---------------------------|--------------------|
| I : Anamnesis | II : Examen Físico |
| III : Exs. de Laboratorio | IV : Diagnóstico |
| V : Tratamiento | VI : Control |

Se evaluó si se consignaba la búsqueda de antecedentes o síntomas y la legibilidad del registro, en la primera consulta en cada morbilidad.

El instrumento fue probado en 10 fichas de un Consultorio periférico antes de ser aplicado.

Se muestreó el 200/o de las fichas de primera consulta de cada morbilidad en forma aleatoria, en cada una de las Comunidades. Se eliminó una localidad por el bajo muestreo obtenido.

En Hipertensión Arterial (HTA) se trabajó con 36 fichas (15,90/o de 226), de las cuales 8 correspondieron a hombres y 28 a mujeres de edades entre los 37 y 83 años.

En Bronquitis Aguda no Obstructiva (BANO) se obtuvieron 61 fichas (39,10/o de 156), de los cuales 27 fueron hombres y 34 mujeres, entre los 2 meses y 6 años 8 meses de edad.

La Ficha Clínica fue evaluada al contrastarla con la Ficha Patrón respectiva. Para calificar la atención prestada a cada sub-ítem se le asignó un puntaje de acuerdo a si no consignaba la información o si la consignaba en forma global o parcial.

Posteriormente se procedió al análisis global por cada ítem, lo que fue traducido en porcentaje.

Resultados

En HTA 9 fichas fueron ilegibles en alguna información requerida, mientras que en BANO 3 fichas fueron ilegibles en cuanto al tratamiento indicado.

En HTA el registro estuvo ausente en un 76,90/o, incompleto en un 1,20/o y completo en un 21,90/o. Los distintos porcentajes que obtuvimos en cada uno de los ítems para HTA se detalla en la Tabla I.

En BANO el registro global estuvo ausente en un 71,80/o, incompleto en un 1,40/o y completo en un 26,70/o. Los distintos porcentajes dentro de cada ítem se muestra en la Tabla II.

En HTA, el sub-ítem Diagnóstico requería clasificación de la HTA para ser considerado completo o si no se consideró ausente, debido a que la clasificación es importante como índice pronóstico, ya que conlleva distinta evolución y repercusión sistémica para el paciente.

TABLA I n = 36 HTA

	Aus.	Inc.	Compl.
Anamnesis	86.6	1.1	12.3
Ex. Físico	73.6	2	24.4
Ex. Laboratorio	95.4	0	4.6
Diagnóstico	44.5	0	55.5
Tratamiento	57.5	0	42.5
Control	44.4	5.6	50.0

TABLA II n = 61 BANO

	Aus.	Inc.	Compl.
Anamnesis	75.4	1.3	23.3
Ex. Físico	73.0	0	27.0
Ex. Laboratorio	—	—	—
Diagnóstico	0	0	100.0
Tratamiento	61.8	3.2	35.0
Control	—	—	—

Ninguna de las fichas individualmente en ambas morbilidades consignaba toda la información exigida.

En la Tabla I llama la atención la no consignación de la Anamnesis en un 86,60/o, correspondiendo el porcentaje de menor consignación a Exámenes de Laboratorio (95,40/o), lo que se explica por ser comunidades rurales de difícil acceso a éstos.

En la Tabla II se aprecia que hubo un 75,40/o que no consigna los datos Anamnésicos básicos requeridos para un diagnóstico adecuado; y sólo un 270/o consigna un Examen Físico completo para la patología.

Comparando las Tablas I y II puede observarse que la consignación de datos fue mayor en BANO que en HTA.

Conclusiones

- Esta auditoría nos permite concluir que la ficha clínica no es adecuadamente usada como registro y documento público debido al alto porcentaje de información ausente, aunque no podemos concluir si la información requerida fue obtenida pero no consignada.
- La legibilidad de la información consignada fue aceptable.
- Este estudio no nos permite evaluar la calidad de la atención prestada debido al alto porcentaje de ausencia de datos, ya que no sabemos si esta información fue requerida, y si lo fue no se consignó en la ficha.

13. EL GASTO EN LA ATENCION HOSPITALARIA

Ing. Com. Ricardo Inostroza
(Sub-Dirección Administrativa Hospital Regional Rancagua)

Se propone un estudio analítico de los elementos y variables, controlables e incontrolables, que determinan el comportamiento del gasto en un Hospital.

El origen del estudio se basa en:

1. El gasto, es la variable más manejable en la Atención Hospitalaria. Ello comparativamente frente al ingreso, demanda de atención, disponibilidad y capacidad de Servicios, ciclo de las patologías, etc.
2. Es un factor de gestión administrativo, frente al problema económico. Lo que conlleva el estudio de la asignación, capacidad de operación y control.
3. El gasto identifica la prioridad socio-económica asignada a salud. Lo que determina la capacidad de resolución de la problemática.
4. Los componentes del gasto son dinámicos, en el tiempo. Por lo que es relevante conocerlos y descubrir las influencias que originan la variabilidad y los efectos en la acción de salud.
5. El gasto Hospitalario ocasiona efectos sobre la economía. Por la dimensión que tiene en la actividad nacional.
6. El gasto es la variable de mayor influencia por los miembros en las Organizaciones Hospitalarias.

Dados estos fundamentos, se consideró necesario presentar 4 definiciones que determinen e identifiquen el marco referencial donde se circunscribe análisis. A través de esto se considera una presentación de sus características más relevantes.

El descubrimiento de estas características, permitirá determinar los fundamentos del gasto. Específicamente: la Información, la Decisión y la Acción. Conjuntamente con ello se proponen los ejecutantes más relevantes de estos fundamentos a saber: el Abastecedor, el Cotizador, el Tomador de Decisiones, el Receptor de los Productos y el Ejecutor del Gasto, entre otros.

Por último, se analizan en la realidad Hospitalaria, los elementos determinantes de: la Asignación de los Recursos, dada la información recogida; la decisión del gasto y comportamiento, que nos determina la acción.

Todos los conceptos destacados en el presente resumen, se desarrollan según la realidad socio-económica de salud, variables económicas y elementos administrativos generales y de la Administración Pública, considerando que los Establecimientos Hospitalarios deben enfrentar una problemática de salud que secuencialmente es deteriorada; ello originado en el sistema lógico de priorizar y optimizar el uso de los recursos, y aceptando la altamente racional que resulta la clasificación en atención primaria hasta la de alta complejidad, para enfrentar la Salud Pública.

El enfoque es de corte técnico-administrativo, basado en la experiencia de 8 años en la Administración Pública y más de 3 años en Hospitales Regionales de Antofagasta y Rancagua.

La idea fundamental es proponer los elementos que afectan el gasto en la Atención Hospitalaria, independiente de la disponibilidad de ingresos, y determinar los principales efectos de su comportamiento en su acción.

Un próximo desafío deberá llevar consigo el ingreso, y el enfrentamiento de ambas variables administrativas de cualquier entidad pública, cuyo objetivo sea la salud.

14. COSTO DE OPERACION MENSUAL DE UNA POSTA DE SALUD RURAL

Drs. Roberto Baechler y Mireya Ortiz
(Hospital de Carahue)

Las acciones realizadas en un Sistema de Salud tienen un costo el cual depende fundamentalmente del nivel de atención donde se realice la prestación, de la complejidad de ésta y de la disponibilidad y capacitación del Recurso Humano.

Al adquirir, los países miembros de la Organización Mundial de la Salud, el compromiso de otorgar Salud para todos el año 2000, se señaló como estrategia el aumentar la cobertura en el nivel primario; esto dio origen a que en los últimos años en nuestro país, se haya dado una especial importancia a las actividades desarrolladas en este nivel. En el área rural, la Unidad de atención la constituyen las Postas de Salud Rural, en ellas se realizan acciones de fomento y protección y constituyen la puerta de entrada al Sistema de Salud.

Con el objeto de analizar el desembolso que representa para el Sistema Nacional de Servicios de Salud, las Postas de Salud Rural, y a la vez poder programar en forma racional los recursos existentes, se investigó los costos de operación de un mes (Agosto) de la Posta de Salud Rural de Catripulli.

Catripulli es una localidad ubicada a 19 Kms. al Suroeste del pueblo de Carahue (IX Región), con una población de 716 habitantes. El equipo de Salud del Hospital Base realiza una Ronda de Atención una vez al mes durante todo el año.

Resultados

El Costo Global de Operación del mes de Agosto de 1986 de la Posta de Catripulli, asciende a \$ 121.793 (eq. US\$ 615,2), esto representa un gasto mensual por habitante de \$ 170,1. En la Tabla 1 se observa la distribución del costo de operación.

La distribución del gasto en Bienes y Servicios de Consumo se observa en la Tabla 2, en ella se observa que el 39,40/o del gasto está representado por Farmacia. Durante la Ronda de Salud Rural de ese mes el Médico atendió 45 personas, extendiendo 36 recetas; el costo promedio global de cada receta fue de \$ 107,5, obteniendo un costo promedio de \$ 87,8 en adultos y de \$ 176 en menores de 18 años.

El costo de la Ronda del Equipo alcanza a \$ 23.364, esto representa el 19,20/o del total de gastos de operación.

Comentarios

Se establece que más del 500/o del gasto de operación de la Posta lo constituye el Programa Nacional de Alimentación Complementaria, situación que va de acuerdo a las acciones de fomento y protección que se debe realizar en estos Centros de Salud. El costo de la Ronda del Equipo de Salud representa el 200/o del gasto de operación.

El monto total del gasto de operación de una Posta dependerá de la población asignada al Centro, de la distancia al Hospital base y de la frecuencia mensual de las Rondas del Equipo de Salud.

Debe tenerse presente que al aumentar la cobertura en el nivel primario, se generaría necesariamente una mayor demanda de los niveles secundarios y terciarios, de tal forma que al estimar los costos globales del Sistema esta situación debe preverse a objeto de asegurar la atención integral en Salud a la Población.

TABLA Nº 1

COSTO DE OPERACION MENSUAL POSTA CATRIPULLI – AGOSTO 1986

	COSTO/MENSUAL		
	\$	Eq. US\$	o/o
Programa Nacional de Alimentación Complementaria	63.498	320,7	52,2
Recursos Humanos	38.394	194,0	31,5
Bienes y Servicios de Consumo	19.901	100,5	16,3
TOTAL	121.793	615,2	100,0

Costo Habitante/Mes: \$ 170,1 Eq. US\$ 0,86

TABLA Nº 2

**GASTO EN BIENES Y SERVICIOS
CONSUMO POSTA CATRIPULLI – AGOSTO 1986**

	GASTO / MES		
	\$	Eq. US\$	o/o
Farmacia	7.842	39,6	39,4
Material de Aseo y Lavandería	3.499	17,7	17,6
Combustibles, Lubricantes y Calefacción	3.216	16,2	16,2
Pasajes	1.880	9,5	9,4
Material de Oficina	1.541	7,8	7,7
Mantenimiento de Inmuebles y Mobiliario	1.319	6,7	6,6
Textiles	412	2,1	2,1
Consumos Básicos	192	0,97	1,0
TOTAL	19.901	100,57	100,0

15. EFICIENCIA EN SERVICIOS DE ALIMENTACION

Srs. Ana María Wall, Ricardo Bize y Verónica Boteselle
(Facultad de Ciencias de la Salud Universidad de Antofagasta y Escuela de Salud Pública,
Facultad de Medicina, Universidad de Chile)

Los Servicios de Alimentación proporcionan alimentación a los pacientes hospitalizados, al personal y a los párvulos hijos del personal. Para cumplir estos objetivos requiere de recursos propios de manera tal que usando el mínimo de ellos se pueda satisfacer el máximo de necesidades del paciente y del personal. El grado de eficiencia se mide por la relación costo-producción, ya que a menor costo y a una mayor producción, se obtendrá un alto grado de eficiencia.

Material y Métodos

Se trata de un estudio descriptivo y analítico por relación o comparación. El Universo que se consideró fue el conjunto de hospitales de Santiago del Sistema Nacional de Servicios de Salud. Debido a la imposibilidad de sacar una muestra al azar, al principio se eligieron 8 establecimientos, pero por dificultades institucionales de acceso a la información, la muestra quedó reducida a tres establecimientos de un total de 25 hospitales del Servicio de Salud de Santiago.

A fin de completar una muestra de cuatro establecimientos, se debió solicitar autorización en un hospital del sector público. Dos de ellos son Generales de tipo 1 y los otros dos, hospitales Pediátricos tipo 2.

Resultados

Al medir la eficiencia de los hospitales Generales se encontró diferencias en los costos unitarios entre ambos hospitales y en un mismo hospital en distintos períodos. La diferencia se debe al costo de ingredientes en el primero de estos hospitales, que es un 80% menos eficiente que el segundo de ellos, sumado a la menor eficiencia en la producción de raciones. En los hospitales Pediátricos, el primero de ellos es un 22% menos eficiente en materia de costo unitario que el segundo, debido a la ineficiencia de un 41% en el costo en remuneraciones por ración. Se aprecia que el primero de ellos es un 51% menos eficiente que el segundo en relación a la ración por hora trabajada.

Este estudio permitió confirmar una de las hipótesis planteadas la cual señalaba que "la eficiencia medida a través de costos unitarios y el número de raciones por hora trabajada es diferente tanto entre los distintos hospitales como en un mismo hospital en distintos períodos".

TABLA Nº 1

PROMEDIO DE COSTOS, RACIONES POR HORA TRABAJADA Y COSTO PROMEDIO DE REMUNERACIONES POR HORA TRABAJADA, PORCENTAJES DE EFICIENCIA MAYORES O MENORES EN HOSPITALES R, E, N, O.

BASE: HOSPITALES E y O.

PROMEDIOS ANUALES	H O S P I T A L E S					
	R	E	PORCENTAJE EFICIENCIA	N	O	PORCENTAJE EFICIENCIA
Costo Unitario Promedio por Ración	186,20	95,08	< 96º/o	118,81	97,57	< 22º/o
Costo en Remuneraciones Promedio por Ración	93,07	43,96	< 112º/o	71,61	50,69	< 41º/o
Costo en Ingredientes Promedio por Ración	93,12	51,12	< 80º/o	47,20	46,88	< 0,68º/o
Raciones Promedios por Hora Trabajada	0,91	1,53	< 41º/o	1,00	1,00	< 51º/o
Costo Promedio de Remuneraciones por Hora Trabajada	84,47	65,98	> 28º/o	71,55	76,68	> 7º/o

16. FUNCIONES DE SUPERVISION EN UN SERVICIO DE PEDIATRIA

Drs. Eliana Fernández, Ester Goldenberg, Ema Vallejos, Mafalda Rizzardini, Carlos Casar,
Aquiles Calderón, Santiago Topelberg y Sra. Mercedes Baez
(Servicio de Pediatría, Hospital Roberto del Río)

El Servicio de Pediatría del Hospital Roberto del Río está organizado para la atención de los pacientes en Unidades de Hospitalización, (U. de Infecciosos, Medicina, Cuidados Especiales y 3 U. de Lactantes), estando ellas a cargo de un médico que recibe la denominación de Supervisor y cuyas funciones son delegadas a éste por el jefe de Servicio.

Debido a la falta de normas precisas que definan y establezcan en forma clara las funciones que corresponden a este cargo, los médicos supervisores de este Servicio, reunidos en un taller dirigido por la Sra. Mercedes Baez, analizaron y estudiaron el tema.

Para nosotros ha sido claro al realizar este trabajo, que estas funciones deben ser planificadas de acuerdo a normas comunes para todo el Servicio de Pediatría que deben tener un sentido local, reflejando nuestra realidad, al mismo tiempo que la experiencia acumulada por un grupo de médicos que han trabajado en forma conjunta por muchos años.

El hecho de ser una norma local, no impide que con las modificaciones del caso pueda servir de base o ser adaptada a otros hospitales de acuerdo a las diferentes modalidades de funcionamiento de éstos.

En el presente trabajo se define y establecen:

- 1) **Definición de Supervisión.**
- 2) **Objetivos generales de esta función,** respecto a su relación con la jefatura de Servicio, trabajos médicos, enfermería y otras unidades.
- 3) **Objetivos Específicos.**
 - Asistenciales
 - Administrativos
 - Docentes e Investigación.

17. EFECTOS DE LA REGIONALIZACION QUIRURGICA EN LA REGION DE LA ARAUCANIA

Dr. Pablo Atria y Sras. María A. Rojas, María S. Rodríguez y Ester Morgado
(Secretaría Ministerial de Salud, IX Región)

En un trabajo anterior, se analizó la participación de un Hospital Tipo 1 (Hospital de Temuco) en la actividad quirúrgica de una Región (IX Región de la Araucanía). Se concluía la alta concentración de esta actividad en este establecimiento, lo que determina un peligroso alto índice ocupacional de su Servicio Quirúrgico, un predominio de los ingresos a través de la Unidad de Emergencia y una postergación, del mismo modo riesgosa, de las intervenciones quirúrgicas más frecuentes, como lo son las que se realizan sobre los vías biliares. De lo anterior, se deducía la necesidad de diseñar una estrategia que permitiera modificar las cifras en que se basaban las conclusiones que denominamos Regionalización Quirúrgica.

A la luz de lo expuesto, se describe la estrategia diseñada que se ha denominado Regionalización Quirúrgica.

Se analizan los resultados obtenidos con el procedimiento implantado, comparando períodos similares de tiempo antes de la instalación de la regionalización con similares de dos años consecutivos.

En la Tabla Nº 1 se exponen las intervenciones quirúrgicas mayores clasificadas por aparatos y sistemas efectuados en el Hospital de Temuco, en períodos similares durante los años 1984, 1985 y 1986.

En la Tabla Nº 2 se exponen las vías de ingreso de los pacientes intervenidos sobre vías biliares en el Hospital de Temuco, durante los primeros semestres de los años 1984, 1985 y 1986.

Merece destacarse que el porcentaje de las intervenciones sobre Aparato Digestivo en el Hospital de Temuco se mantiene prácticamente sin variación, no obstante la actividad quirúrgica efectuada en Hospitales Regionalizados.

Del mismo modo sigue siendo la Unidad de Emergencia la principal vía de ingreso para los pacientes que son intervenidos sobre vías biliares en el Hospital de Temuco, lo que provoca una progresiva reducción de las intervenciones electivas.

No se aprecian cambios significativos respecto a las edades de los pacientes intervenidos que pudieran derivarse de una mayor precocidad en la resolución del problema digestivo, pero sí de la procedencia de los mismos que pudieran ser la consecuencia de una atención dirigida hacia residentes de la comuna de Temuco en forma preferencial.

Se discuten los resultados obtenidos, así como los factores que pueden estar influyéndolas y las medidas que pudieran implementarse para obtener de la regionalización quirúrgica resultados más alentadores que permitieran cumplir al Hospital Tipo 1 de Temuco, su verdadero papel en la resolución de los problemas médicos regionales, así como su progreso y desarrollo y, por ende, su participación en la investigación científica.

TABLA Nº 1

**INTERVENCIONES QUIRURGICAS MAYORES CLASIFICADAS POR APARATOS
SERVICIOS CIRUGIA GENERAL Y URGENCIA HOSPITAL TEMUCO
AÑOS 1984-1985 Y 1986**

	AÑO 1984		AÑO 1985		AÑO 1986	
	Nº	o/o	Nº	o/o	Nº	o/o
Ap. Cardiocirculatorio	95	6,2	56	4,5	45	3,8
Ap. Digestivo	794	52,0	648	52,2	644	55,0
Ap. Respiratorio	65	4,3	38	3,1	32	2,7
Ap. Urogenital y Endocrino	89	5,8	79	6,1	87	7,5
Sist. Nervioso y Sensorial	14	0,9	12	1,0	11	1,0
Piel, Tegumentos y Otros	216	14,1	149	12,0	116	9,9
Ap. Locomotor	38	2,5	66	5,3	69	5,9
Hernias	123	8,1	83	6,7	83	7,1
Laparatomía	82	5,4	105	8,5	81	6,9
U/C	10	0,7	7	0,6	2	0,2
TOTAL	1.526	100,0	1.243	100,0	1.170	100,0

TABLA Nº 2

**VIA DE INGRESO PACIENTES INTERVENIDOS SOBRE VIAS BILIARES
PRIMER SEMESTRE HOSPITAL TEMUCO
AÑOS 1984-1985 Y 1986**

	PRIMER SEMESTRE					
	AÑO 1984		AÑO 1985		AÑO 1986	
	Nº	o/o	Nº	o/o	Nº	o/o
Urgencia	335	76,7	332	74,0	316	77,1
Cirugía	85	19,5	81	18,0	57	13,9
Pensionado	5	1,1	21	4,7	24	5,8
Otros Servicios	12	2,7	15	3,3	13	3,2
TOTAL	437	100,0	449	100,0	410	100,0
o/o Variación con respecto 1984				+ 2,7		- 6,1

18. GRADO DE RESOLUCION DEL HOSPITAL REGIONAL DE RANCAGUA ANTE PACIENTES DE URGENCIA UNO, DERIVADOS DE HOSPITALES DE MENOR COMPLEJIDAD DE LAS PROVINCIAS DE COLCHAGUA Y CARDENAL CARO ANALISIS PROSPECTIVO

Drs. Jorge Balocchi, Carlos Agüero, Patricia Iturra y Srs. Alejandro Espinoza y Juana Pezo
(Hospital de Rancagua)

En trabajos anteriores, pudimos comprobar las características de los pacientes, en relación a las causas que motivaban su traslado de un Hospital Tipo II a un Hospital Tipo I. Es de nuestro interés la necesidad de conocer el posterior destino de ellos y, muy especialmente, la resolución dada al cuadro de morbilidad (grado urgencia Uno), que presentaban.

Ello motivó la metodología empleada en el presente trabajo y que fue fundamentalmente el estudio de la totalidad de los enfermos remitidos entre los meses de Enero a Julio de 1986 (N: 161). Incluyó el análisis exhaustivo de las Fichas Clínicas de hospitalización, en forma prospectiva, confeccionada en este caso, en el hospital receptor: Hospital Regional Rancagua (n: 109).

Los objetivos planteados fueron los siguientes:

1. Conocer el destino de los pacientes remitidos de los hospitales de menor complejidad al Servicio de Urgencia del Hospital Regional Rancagua.
2. Visualizar qué tipo de pacientes eran derivados del Hospital Regional Rancagua hacia Centros de mayor complejidad de Santiago.
3. Comprobar qué cantidad y qué tipo de pacientes eran remitidos a su lugar de origen por considerarse que podían continuar su evolución en Centros de menor complejidad.
4. Detectar las falencias de atención médica en los Hospitales de las ex-áreas de: San Fernando, Santa Cruz y Cardenal Caro, así como aquellas del Hospital Regional Rancagua.

Conclusiones

Al analizar la información recolectada, se puede concluir lo siguiente:

1. En los Hospitales de las ex-áreas de: San Fernando, Santa Cruz y Cardenal Caro, la mayor falencia se encuentra en el rubro quirúrgico adultos, ya que el 59,60% de los traslados hospitalizados, se originan en ese rubro de patología.
2. Así también, los enfermos remitidos a su lugar de origen, tiene su mayor porcentaje en las causas quirúrgicas, con un 70,40%, lo que hace pensar en la falta de formación y/o experiencia quirúrgica en los profesionales de los hospitales periféricos.
3. Los pacientes derivados a centros de mayor complejidad (Santiago), son mayoritariamente por problemas quirúrgicos, pero aquí debe destacarse que generalmente son por necesidad de ultraespecialidad, como sería: Neurocirugía, Cirugía Vascular, y de métodos diagnósticos o tratamientos de alto costo, como Tomografía Axial Computarizada, Hemodiálisis.
4. Desde el punto de vista netamente clínico, es interesante destacar el alto número de apendicitis aguda no complicada, en pacientes jóvenes, que no son resueltas a los niveles que corresponde, lo que reafirmaría lo expresado en nuestra conclusión Nº 2.
5. En relación al rubro de necesidad de ocupar unidades de especialidad (Intermedio e Intensivo), el dato no es completamente fidedigno, pues pudimos comprobar que la demanda de dicha atención es mayor que la consignada, ya que normalmente se produce un rechazo por encontrarse dichas Unidades en el 100% de su utilización.

TABLA Nº 1

TRASLADOS MENSUALES SEGUN PATOLOGIA, RESIDENCIA Y SEXO
DERIVADOS DEL HOSPITAL DE SAN FERNANDO AL HOSPITAL REGIONAL DE RANCAGUA
ENERO-JULIO 1986

Patología Meses	Total	Quirúrgica		Médica	Residencia		Sexo	
		Adultos	Infantil		San Fdo.	Otros	H	M
Enero	36	28	4	4	12	24	25	11
Febrero	18	12	2	4	8	10	14	4
Marzo	29	19	2	8	16	13	18	11
Abril	20	13	1	6	9	11	15	5
Mayo	18	10	2	6	11	7	12	6
Junio	19	11	2	6	8	11	12	7
Julio	21	9	2	10	13	8	12	9
Total	161	102	15	44	77	84	108	53

TABLA Nº 2

DESTINO EN NUMERO Y PORCENTAJE DE LOS PACIENTES DERIVADOS
DEL HOSPITAL DE SAN FERNANDO AL HOSPITAL REGIONAL, SEGUN RESOLUCION MEDICO-QUIRURGICA
ENERO-JULIO 1986

Patología Lugar de Destino	Quirúrgica A.		Médica		Quirúrgica I.		Total	
	Nº	o/o	Nº	o/o	Nº	o/o	Nº	o/o
Pacientes remitidos a su centro de origen (1)	19	70,4	5	18,5	3	11,1	27	100
Pacientes Hospitaliza- dos Hospit. Regional Rancagua	65	59,6	34	31,2	10	9,2	109	100
Pacientes derivados a Hospitales Santiago (2)	21 (*)	75,0	5	17,9	2	7,1	28	100

(1) Por considerarse de menor complejidad resolutive.

(2) Por considerarse de mayor complejidad resolutive.

(*) Incluye 3 pacientes hospitalizados que fueron derivados.

**CUADRO RESUMEN DE LOS DIAGNOSTICOS DE ENFERMOS HOSPITALIZADOS EN EL HOSPITAL REGIONAL RANCAGUA
DERIVADOS DESDE EL HOSPITAL DE SAN FERNANDO Y ORDENADOS SEGUN EDAD, SEXO, DIAS ESTADA, DESTINO, ETC.
ENTRE ENERO-JULIO 1986**

	Diagnóstico	Nº	Rangos Edad	Mediana Edad	Estada días	Promedio días	H.M.	Fallecidos Nº o/o	Derivados a Stgo.	Nece s i d a d Unidad No	Especialidad o/o
Quirúrgicas abdominales no traumáticas	Apendicitis aguda	12	4-29	20,0	47	4,2	5-7				
	Peritonitis Gralizada.	11	18-86	48,0	145	13,1	8-3	3 - 27,2		4	36,4
	Colecistopatías y S. Ict.obstr.Compl.	10	44-75	59,5	241	24,1	-10	3 - 30,0		5	50,0
Quirúrgicas Abdominales Traumáticas	Contusión Abdominal Complicada	7	31-66	37,0	45	6,4	6-1	1 - 14,3	1	3	42,9
	Penetrante Abdominal Complicada	4	10-40	29,5	32	8,0	4-	1 - 25,0		2	50,0
	TEC. y Raqui. Medular	7	7m-54	17,5	92	15,3	5-2	2 - 28,5	2	4	57,1
Neuro Quirúrgic. Traumatológ. y Poli-trau- matismos	Fractura Extremidad	10	5-76	35,0	183	18,3	7-3	-			
	Traumatismo tórax	4	20-55	30,5	47	11,7	3-1	1 - 25,0		3	75,0
	Otras causas de resolución quirúrgica	10	5-91	4,0	129	12,9	8-2				
Respiratorias. Distress Pulmonar		6	16-65	20,0	68	11,2	2-4	3 - 75,0		6	100,0
	Infeciosas Sepsis	6	15-66	38,0	103	17,1	3-3	3 - 50,0		3	50,0
	Cardiovascular	4	41-77	53,0	28	9,3	3-1	1 - 25,0		4	100,0
Neurológicas Metabólicas		4	20-76	35,5	46	11,5	-4	1 - 25,0		3	75,0
		6	16-75	39,0	131	21,8	3-3	1 - 16,6		4	67,0
	Otras de origen diverso	8	18-49	37,0	72	10,2	6-2	2 - 25,0			
TOTAL		109	7m-91	33,6	1.367	13,0	61-45	22 - 20,8	3	39	37,0

19. LA CAPACIDAD RESOLUTIVA DEL SERVICIO DE SALUD DE BIO-BIO POR NIVELES DE ATENCION, 1986

Dr. Rafael Vera e Ing. Rita Navarro
(Servicio de Salud Bio-Bio)

El objetivo general de este trabajo es expresar la capacidad resolutive que se da: a la Demanda Espontánea y a las Referencias y Derivaciones (no incluye controles de Salud, que son la demanda "citada"). Convencionalmente entenderemos por Referencia, las efectuadas dentro del Servicio de Salud y por Derivaciones, las efectuadas a estructuras ajenas al Servicio.

La Demanda Satisfecha con sus características de cobertura y complejidad, obliga a que una mejor gestión directiva de Salud necesite de: estratificar por niveles las atenciones de Salud según volumen y patologías prevalentes y conocer por estos mismos Niveles la distribución de recursos humanos, financieros, físicos y de información.

Este trabajo es, luego, la aplicación del Modelo de Análisis de un Servicio de Salud presentado a estas mismas jornadas por los autores, y también tiene la característica de ser una comunicación preliminar basada en los conceptos del Dr. S. Simeant.

Si bien este trabajo cuantifica la capacidad resolutive actual en el corto plazo deberá también tender a:

- Definir la capacidad resolutive estimada para este Servicio de Salud
- Normatizar los recursos utilizados en la Atención de Salud por Niveles de cobertura-complejidad.
- Proponer Normas Técnicas, y
- Determinar la estructura "filtro" que debería tener un Nivel frente al anterior.

En suma, transformar la administración del Servicio actual, en la de un Servicio racionalizado convenientemente.

Marco Conceptual

1) Se entenderá por:

Capacidad Resolutiva	=	Demanda Satisfecha
Cuantitativa (C.R.Q.)	=	Dem. Satisfecha + Dem. No Satisfecha
Capacidad Resolutiva	=	Nº Casos Resueltos
Cualitativa (C.R.C.)	=	Demanda Satisfecha
Demanda Satisfecha	=	pacientes atendidos
Dem. no Satisfecha	=	pacientes rechazados o diferidos
Casos Resueltos	=	demanda satisfecha menos los casos referidos o derivados.
Pacientes Diferidos	=	Son enviados a buscar solución diagnóstica o terapéutica en estructuras del propio Servicio de Salud (Convencional)
Pacientes Derivados	=	son enviados a estructuras Asistenciales ajenas al propio Servicio de Salud (Convencional)
Rechazo	=	Es cuando el paciente no es atendido dentro de 24 horas, y
Rechazo Diferido	=	Es cuando en el Nivel de Referencia no se le otorga atención antes de 30 días de solicitada.

2) La información proviene del Depto. de Informática y Computación del Servicio de Salud de Bio-Bio obtenido de:

- Hojas Diarias de Atención para proceso computacional del Nivel Primario.
- Hoja individual de Urgencia
- Informe de Egreso Hospitalario
- Consolidado de Referencias y Derivaciones de las SOME de los diferentes establecimientos.

3) El período a estudiar se refiere al año 1985.

- 4) Las Unidades de Atención a considerar son: Consultas de Morbilidad, Interconsultas a Especialidad y Urgencia, Hospitalizaciones por Urgencia y Egresos Hospitalarios.
- 5) Como los restantes trabajos de Investigación de esta serie, se utiliza el Esquema Convencional denominado "Modelo Operacional de los Niveles de Atención para la administración de un Servicio de Salud".

Resultados y Conclusiones

- 1) Se expresan en una sola Tabla estratificando los Niveles de Atención (Componentes) según:
 - Carga Asistencial (estructura)
 - Capacidad Resolutiva (dinámica)
- 2) Es necesario aclarar los siguientes aspectos:
 - 2.1.) Las Unidades de Análisis son los episodios de enfermedad (un paciente puede requerir más de una Consulta en el mismo Nivel por episodio).
 - 2.2.) Cuando un paciente es referido o derivado a un Nivel de Atención superior al siguiente, se reconoce que el Nivel inmediato no solucionará el episodio patológico. Por lo tanto, constituye Demanda Ficticia para todos los Niveles Superiores, hasta el de Referencia o Derivación, en el que constituye carga asistencial.
 - 2.3.) Lo señalado en la Tabla entre paréntesis, constituyen Procedimientos de Unidades de Apoyo (Diagnósticos o Terapéuticos), como Partos, Cirugía Mayor, Exámenes de Laboratorio y otros. Se exponen a manera ilustrativa y obviamente no son sumatorias a las Unidades de Análisis, a menos que se aplique el Modelo para ese particular.
- 3) Entre los resultados importantes se pueden señalar los siguientes:
 - 3.1.) La estructura de la Demanda Satisfecha para los Niveles de Atención es la siguiente:
 - Nivel Primario 85,00/o
 - Nivel Secundario 8,50/o
 - Nivel Terciario 6,50/o
 - 3.2.) La estructura de la Demanda No Satisfecha es de 850/o y 150/o para los Niveles Primario y Secundario, respectivamente.
 - 3.3.) La Capacidad Resolutiva Cuantitativa es de 970/o en el Nivel Primario, 94,50/o en el Nivel Secundario y en el Nivel Terciario, será motivo de investigación futura.
 - 3.4.) La Capacidad Resolutiva Cualitativa es de 90,520/o, 19,160/o y 93,070/o en los Niveles Primario, Secundario y Terciario, respectivamente.
- 4) La Capacidad Resolutiva General del Servicio de Salud Bío-Bío, es de 99,470/o; ya que se derivan de un total de Episodios iniciales de 482.333, sólo 2.567 a Establecimientos de carácter Regional y Nacional ($C.R.C. \text{ SS.BB.} = (482.333 - 2.567) / 482.333 = 0,9947$).

TABLA Nº 1

APLICACION MODELO CAPACIDAD RESOLUTIVA SERVICIO SALUD BIO-BIO - 1985

NIVELES DE ATENCION		CARGA ASISTENCIAL				CAPACIDAD RESOLUTIVA		
		Demanda Satisfecha		Demanda No Satisfecha		Total	C.R.Q.	Casos Resueltos No
		No	%	No	%			
Primario	E.M.R.	5.500	1,0	0	0,0	5.500	100,0	5.500
	Postas	70.599	12,0	0	0,0	70.599	100,0	70.599
	Cons. Rurales	47.735	8,0	1.355	8,0	49.090	97,2	46.078
	Cons. Urbanos	197.676	36,0	13.200	77,0	210.876	93,7	156.433
	Urgencia	160.823	28,0	0	0,0	160.823	100,0	158.002
	Sub-Total	482.333	85,0	14.555	85,0	496.888	97,0	436.612
Secundario	Urgencia	2.821	0,5	0	0,0	2.821	100,0	0
	Cons. Especial.	40.846	7,7	2.647	15,0	43.493	92,9	8.760
	(Partos)	(4.406)	-	(223)	0	(4.629)	(95,1)	i
	Demanda Ficticia	2.054	0,3	0	0,0	2.054	100,0	0
	Subtotal	45.721	8,5	647	15,0	48.368	94,5	8.760
Terciario	Egresos Hosp.	34.907	6,2	i	i	34.907	i	34.400
	(Cirugía mayor)	(6.586)	-	(i)	-	(6.586)	(i)	(i)
	Demanda Ficticia	2.054	0,3	0	0,0	2.054	i	0
	Subtotal	36.961	6,5	i	i	36.961	i	34.400
Estructuras Nacionales y Regionales	(Concepción)	(2.519)	-	-	-	-	-	-
	(Santiago)	(48)	-	-	-	-	-	-
	(Total)	(2.567)	-	-	-	-	-	-
SERVICIO SALUD BIO-BIO		565.015	100	17.202	100	582.217	i	99,47

i = Campo de investigación futura

ii = Referencias a Consultorio Urbano y Rural dentro del nivel Primario.

() = Los que son Unidades de apoyo (excepto Urgencia) y derivaciones fuera del Sistema no se agrupan a los totales.

20. ESTUDIO DE LA CAPACIDAD RESOLUTIVA DE LA MORBILIDAD DE ADULTOS A NIVEL PRIMARIO

Dra. Ana María Kaempffer y Srtas. Ana Rivera, Lorena Rodríguez, María E. Rodríguez, Natalie Rodríguez y Paulina Rojas.
(Escuela de Salud Pública, Facultad de Medicina, Universidad de Chile)

La atención a nivel primario en nuestro país se ha enfocado básicamente en torno al Área Materno-Infantil, posiblemente afectando la atención primaria de morbilidad del adulto.

Con el fin de conocer la realidad de esta situación, este estudio evaluará la capacidad resolutiva de la atención de Morbilidad en adultos a nivel primario, contemplando dos aspectos de ella: oferta y demanda. La oferta debe satisfacer la demanda cuantitativa (deben atenderse todas las solicitudes de atención) y cualitativa (satisfacer las necesidades que motivaron las solicitudes, en ese mismo nivel).

De acuerdo a esto se define: 1) capacidad resolutiva cuantitativa, como la capacidad que tiene un profesional, establecimiento o nivel de atención, para atender a quienes solicitan atención y depende solamente del volumen total de atención que él puede otorgar, lo que, a su vez, depende del volumen de instrumentos de atención disponible y del rendimientos de estos instrumentos, y 2) capacidad resolutiva cualitativa, como la capacidad que tiene el profesional, establecimiento o nivel de atención para satisfacer la necesidad del paciente, y depende de la complejidad de la atención otorgada, condicionada por el grado de capacitación del profesional, la complejidad de los servicios de apoyo diagnóstico y la complejidad de los recursos terapéuticos de los que dispone.

Se investigó la capacidad resolutiva a nivel primario en adultos en un Consultorio urbano del sector norte de Santiago (Consultorio Independencia), que otorga atención al Área Materno-Infantil y Adulto para lo que cuenta con médicos generales, ginecólogo y dentista, laboratorio mínimo (ex orina, ex de sangre y PAP) y un centro hospitalario cercano perteneciente al mismo sistema de salud, al que tienen acceso los casos derivados y aquellos pacientes que requieran exámenes de mayor complejidad.

Para esto se revisaron todas las fichas clínicas de adultos correspondientes al mes de abril de 1986, resultando un total de 219 fichas, de las que se consignó la última consulta. Como el estudio se refiere a consultas de adultos, no fue infrecuente encontrar más de un diagnóstico por individuo (por consulta), por lo que hemos considerado sólo aquellos diagnósticos de mayor relevancia y cuando fue más de uno se tabularon en forma independiente para el cálculo de la capacidad resolutiva cualitativa. Para calcular la capacidad resolutiva se consideraron el número de personas que demandaron consulta y los que fueron atendidos.

Toda solicitud de atención que no es atendida constituye un rechazo, en este consultorio se considera como rechazo aquella persona que, habiendo solicitado atención, no la obtuvo en ninguno de los dos horarios en que el consultorio las entrega (porque, teóricamente, cuando no fue conseguida en el primer horario podría solicitarla en el segundo horario).

Consideramos como derivado, aquel paciente que recibió atención pero cuyo caso no pudo ser resuelto en este nivel de atención; como resuelto sin examen, aquel paciente cuyo caso fue resuelto por el profesional de salud sin requerir métodos complementarios de diagnóstico; como resuelto con examen, aquel caso que fue resuelto con la ayuda de métodos diagnósticos complementarios, y como con examen pendiente, a aquel paciente que recibió atención, pero está en espera del resultado de sus exámenes al momento de la recolección de datos.

Resultados

La capacidad resolutiva cuantitativa fue de 930/o. La capacidad resolutiva cualitativa fue de 61,80/o en forma parcial, más un 14,60/o con ayuda de exámenes, resultando un 76,40/o. Para la capacidad resolutiva cualitativa se excluyó del cálculo a aquellos pacientes con exámenes pendientes.

Creemos que la capacidad resolutiva cualitativa, aunque más baja que en la atención infantil, es aceptable, si se tiene en cuenta el tipo de personal y el fácil acceso a ayuda diagnóstica.

TABLA Nº 1**CAPACIDAD RESOLUTIVA GLOBAL**

	Nº Casos	o/o
Atendidos	246	100,00
Derivados	50	20,32
Resueltos sin examen	131	53,25
Resueltos con examen	31	12,60
Exámenes pendientes	34	13,82

TABLA Nº 2

CAPACIDAD RESOLUTIVA SEGUN PATOLOGIA

PATOLOGIAS	Derivados		Resueltos sin exámenes		Resueltos con exámenes		Exámenes Pendientes		Total	o/o
	Nº	o/o	Nº	o/o	Nº	o/o	Nº	o/o		
1. Piel y células subcutáneas	6	16,6	27	75,0	3	8,3	—	—	36	100
2. Respiratorias	1	2,9	23	67,6	4	11,7	6	17,6	34	100
3. Digestivas	7	21,2	12	36,3	5	15,1	9	27,2	33	100
4. Neuro-Psiquiátricas	6	20,0	17	56,6	5	16,6	2	6,6	30	100
5. Gineco-obstétricas	5	18,5	14	51,8	3	11,1	5	18,5	27	100
6. Osteo-articulares	4	18,1	15	68,1	1	4,5	2	9,0	22	100
7. Oftalmología	10	66,6	5	33,3	—	—	—	—	15	100
8. Tracto Urinario	2	15,3	4	30,7	3	23,0	4	30,7	13	100
9. Cardiovasculares	2	18,1	6	54,5	2	18,1	1	9,0	11	100
10. Metabólicas	4	57,1	2	28,5	—	—	1	14,2	7	100
11. Traumatismos	—	—	4	80,0	—	—	1	20,0	5	100
12. Otras: — otorrino — patol. bucal — hematología	3	23,0	2	15,3	5	38,4	3	23,0	13	100
TOTAL	50	20,3	131	53,2	31	12,6	34	13,8	246	100

21. MODELO OPERACIONAL DE LOS NIVELES DE ATENCION PARA LA ADMINISTRACION DE UN SERVICIO DE SALUD

Dr. Rafael Vera e Ing. Rita Navarro
(Servicio de Salud Bío-Bío)

El estudio y análisis de los Niveles de Atención de un Servicio de Salud respecto de las personas usuarias, requiere del conocimiento tanto de las estructuras (análisis tradicional), como de la dinámica de la atención progresiva o preferencial de los pacientes.

Para cada Nivel de Atención propuesto, se han seleccionado algunas actividades representativas de forma de establecer el peso relativo de cada Nivel en el Sistema (estructura) y las interacciones entre los Niveles mismos (dinámica).

El definir la ubicación de las estructuras asistenciales y sus interrelaciones y dependencias podría permitir en el futuro el análisis integrado y compuesto entre Servicios de Salud diferentes, o del mismo Servicio de Salud a través del tiempo para estimar el propio desarrollo.

El modelo permite que la aplicación sea todo lo amplia y variada que el Investigador o Directivo de Salud requiera pudiendo aplicarlo a:

- Indicadores Biodemográficos
- Indicadores Financieros
- Indicadores Administrativos
- Indicadores Organizacionales o
- Indicadores de Información.

Todos los Indicadores son parciales o puntuales a determinados aspectos. Lo importante es que el modelo considera ACTIVIDADES, que es un producto integrado proveniente de Programas—Normas—Objetivos—Recursos y otros tendientes a expresar o modificar los Indicadores.

La secuencia sería definir Areas—Problemas y lograr impacto medible por Indicadores, pero utilizando la Actividad que sería intermedia entre Problema e Impacto.

La aplicación del modelo se ha probado en los Programas Infantil, Maternal y Adulto; no están incluidos el Programa Odontológico y el Programa de Salud del Ambiente, que se ubican en el futuro quehacer.

Para definir los Niveles Operacionales se debe conocer claramente la cobertura y la complejidad. Luego, el estudio y aplicación del modelo, llevará necesariamente a mejorar la utilización de los recursos disponibles y, obviamente, a obtener más eficaces resultados de producción e impacto en Salud.

El Diagnóstico inicial indicará redistribución de recursos, podría observar circunstancias de Riesgo y sólo cuando aquéllos se hagan insuficientes (los recursos) frente a problemáticas específicas, podría pensarse en el desarrollo material con el respaldo de la organización pertinente.

Materiales y Métodos

El análisis de la estructura y dinámica de los niveles de atención deberá partir de una definición de estos Niveles en un esquema de atención progresiva del paciente, significa cuantificar la cobertura y la complejidad necesaria y suficiente de los mismos.

De los esquemas sugeridos a nivel Nacional, se acomoda más a la opinión de los autores, el presentado por el Dr. A. Schuster en la "Reunión Regional de las Américas sobre Atención Primaria" Octubre de 1985, con algunas modificaciones convencionales.

Aquí se distinguen tres Niveles de Atención:

1. Nivel Primario de Atención:

- Constituye el primer contacto del usuario con el S.N.S.S.
- Brinda acciones de atención abierta o ambulatoria de complejidad menor y máxima cobertura.

2. Nivel Secundario:

- Nivel de Referencia
- Acciones de complejidad intermedia y cobertura generosa
- Realiza acciones de Atención Cerrada y Abierta.

3. Nivel Terciario:

- Nivel de referencia por excelencia, desde los niveles inferiores de la pirámide
- Contiene complejidad superior y cobertura reducida
- Personal calificado y especializado
- Fundamentalmente Atención Cerrada (y Abierta en Consultorios altamente especializados).

4. Fuera del Nivel Servicio de Salud:

- Establecimientos sin Resolución reglamentaria para la mayoría de los Servicios de Salud del país, pero necesarios en el contexto Nacional
- Complejidad alta y sofisticada
- Escasa cobertura y muy seleccionada.

Establecimientos involucrados en cada nivel.

1. Nivel Primario:

- Estaciones Médico Rurales
- Postas de Salud
- Consultorios Generales Rurales
- Consultorios Generales Urbanos.

2. Nivel Secundario:

- Consultorios adosados de Especialidades
- Hospitales tipo 3 y 4 (solamente Atención Obstétrica Normal)

3. Nivel Terciario:

- Hospitales tipo 1, 2, 3 y 4 (en Atención Cerrada)
- Consultorios altamente especializados.

4. Se ubicarían fuera del Modelo propuesto los:

- Hospitales Regionales
- Hospitales de Especialidades Depurados (Tórax, Neurocirugía, etc.)
- Hospitales Universitarios, etc.
- Hospitales Fuerzas Armadas y Carabineros.

Registros de Información utilizados y Unidades de Atención:

1. Nivel Primario:

- Hojas diarias Atención Primaria: Consultas y de morbilidad médica y paramédica.
- Ficha de Atención de Urgencia: Consultas de morbilidad médica y paramédica.

2. Nivel Secundario:

- Hoja Diaria Atención de Especialidades: Consultas morbilidad médica.
- Registro de Partos Eutócicos.

3. Nivel Terciario:

- Informe Egreso Hospitalario: Egresado
- Libro de Pabellón: Intervenciones quirúrgicas mayores

4. De todos los Niveles:

- Hoja de Interconsulta para referencia y derivaciones
- Informe diario de rechazo
- Boletín de Informes estadísticos que señala:
 - Indicadores biodemográficos: - Desnutrición
 - Nacidos vivos
 - Mortalidad
- Atenciones y recursos atención Abierta
- Atenciones y recursos atención Cerrada
- Atenciones y recursos Unidades de Apoyo

- Evaluación Protección Específica
- Notificación Obligatoria
- Interacciones Intrahospitalarias
- Odontología

Tanto en la globalidad del esquema (ver Esquemas 1 y 2), como en cada estructura del modelo es posible medir.

a) Carga asistencial y sus componentes:

- Demanda satisfecha
- Rechazos

b) y la capacidad Resolutiva tanto cuantitativa como cualitativa.

Además, para cada una de ellas es posible:

- a) Conocer su **estructura** (cuantificación absoluta y relativa)
- b) Conocer su **dinámica**. A juicio de los autores, esta dinámica está dada por dos movimientos en el proceso de atención de los pacientes: la derivación y el rechazo. Los criterios de Resolución del Problema de Salud y de Derivación, referencia y de rechazo, determinan el desplazamiento de los pacientes, en la superficie operacional.
- c) Conocer su **calidad**: (tanto de la estructura como de la dinámica), es posible conocer la composición de la morbilidad, con gran gama de variables, incluso las de Riesgo y Daño eminente.

La Salud Pública tiene dos formas de aprehender la realidad:

- a) Mediante la medición de resultados (parámetros, tasas, índices, etc.), que es el análisis histórico tradicional y habitualmente disgregados.
- b) Mediante la Resolución de problemas, análisis que implica estudiar la estructura y dinámica de la atención por Niveles.

Este último enfoque es un concepto poco usado de medir la Salud Pública, que no rompe y es coherente con el primer concepto.

El enfoque de la estructura y dinámica por niveles, podría permitir diseñar formas de programación de acciones de Salud (actividades y procedimientos) según riesgo, atendiendo a todos por igual pero dando más actividades a quienes más lo necesitan. Obliga a calificar cuanti y cualitativamente las actividades y procedimientos de cada Nivel, evitando el dar demasiadas actividades a un resultado insuficiente y pocas actividades a un resultado que individual y colectivamente, estratégicamente o socialmente debiera ser de gran impacto o resultado.

ESQUEMA Nº 1

MODELO

Niveles de Atención	Carga Asistencial				Cap. Resolutiva			
					Total	Cuant.	Nº Casos	Cualit.
	Nº	o/o	Nº	o/o	Nº	o/o	Resuelto	o/o
N. Primario	a1	x1	b1	y1	c1	z1	d1	r1
N. Secundario	a2	x2	b2	y2	c2	z2	d1	r1
N. Terciario	a3	x3	b3	y3	c3	z3	d3	r3
Estruc. Reg. y/o Nac.	a4	x4	b4	y4	c4	z4	d4	r4
TOTAL	an	xn	bn	yn	cn	zn	dn	rn

Supuestos:

- 1) El paciente derivado o referido solicita siempre atención en el nivel de referencia.
- 2) Cada nivel refiere sólo al nivel inmediatamente superior. Si esto no es así, los casos derivados del nivel i al nivel i + 2, deberán ser cargados al nivel i + 1, en a y c, como demanda ficticia satisfecha.

Conceptos:

- a = consulta morbilidad, partos, egresos
- b = rechazos, consulta de morbilidad y hospitalizaciones diferidas
- c = a + b
- d = Demanda satisfecha – Referencias o derivaciones
- n = Ei (i = 1 a 4)

Desarrollo:

- xi = ai/an
- yi = bi/bn
- zi = ai/ci
- di = ai – ai + 1

$$r_i = d_i/a_i = (a_i - a_{i+1}) / a_i$$

Luego la capacidad resolutiva cualitativa serán los casos resueltos al Nivel i o la diferencia entre las De. satisfechas del Nivel i y el Nivel i + 1, sobre la demanda satisfecha del Nivel i.

22. LAS DIFICULTADES DE PROGRAMAR EN ODONTOLOGIA

Dr. Sergio Antonio Morales B.
(Servicio de Salud VI Región)

La formulación de programas en Odontología tiene particularidades que le son propias y de las cuales surgen problemas y dificultades a las de otros programas. Ellas son:

1. El déficit de recursos y la prevalencia de las patologías orales:

La prevalencia de las patologías orales es enorme, sus tasas van del 980/o en caries, pasan por 700/o en paradenciopatías, 600/o en maloclusiones, para llegar al 50/o del total de cánceres que afectan al ser humano. La morbilidad es muy grande.

No ocurre lo mismo con la mortalidad que, en general, es baja, y mucha de ella pasa desapercibida entre la información de Medicina y sus especialidades, aunque el origen primero haya sido de orden oral (Patologías infecciosas, cardiovasculares, etc.).

El número de profesionales y el número de horas destinadas a la atención de esta gran demanda es deficitaria. Se ha hablado que si se tratara sólo de obturar las piezas con caries de los niños de 2 a 14 años no bastaría con el total de horas Dentistas del país en el año.

En nuestra región hay, prácticamente, 8.000 habitantes por cada Cirujano Dentista y ello significa, como es lógico, que la atención dada es inadecuada y no logra mejorar los índices de salud oral y el nivel de salud oral se deteriora cada día.

El resultado es un gran desequilibrio entre la demanda de servicios y la oferta de ellos.

2. Aspectos Programáticos que se han considerado, en general, hasta la fecha:

2.1. Universo: La población que debería ser atendida y que es, prácticamente el 1000/o de la población.

2.2. Cobertura: La población que se estima posible de atender y que, normalmente, es mucho menos que el universo.

2.3. Concentración: El número de consultas y acciones odontológicas a realizar a cada persona atendida. Aquí siempre se producen dificultades con las personas que no son Cirujanos Dentistas o no saben de programación ni de salud pública. En Odontología una atención sin contratación adecuada, no sirve de nada.

2.4. Rendimiento: El número de consultas y acciones por hora de trabajo del Cirujano Dentista.

A ello debe agregarse todos los aspectos normales de programación, como un completo diagnóstico, recursos de todo tipo, alternativas de solución y tomar decisiones.

3. Un Argumento para no programar en Odontología:

En realidad, se dan argumentos para no programar o para programar en forma diferente, ya que el sistema convencional se encuentra injustificado, puesto que el daño oral es tan grande que todo lo que se hace aparece diluido en un mar de daño oral diverso. Por ello mismo, medir el impacto del programa es una real aventura, sin solución pronta.

4. Solución que se ha propuesto:

Muchos de los que impugnan el sistema o los sistemas tradicionales de programación indican que debería "Programarse mediante un sistema normalizado que considera sólo el número de horas disponibles, el rendimiento que se espera alcanzar en las actividades odontológicas que se resuelve ejecutar y hacer una simple multiplicación, cuyo resultado aritmético, sería las metas programáticas". Ello se ha hecho más de una vez.

5. El propósito del Programa y la Programación:

El propósito de programar es mejorar el nivel de salud oral mediante la ejecución de actividades de fomento, protección, recuperación y rehabilitación de la salud oral. Ello implica que no basta con programar "Lo que se puede hacer con los instrumentos disponibles, sino que hay que considerar política de salud, estrategias que permiten mejorar el nivel de salud

oral y disponer una cobertura y concentración que permitan llegar a esos resultados esperados”.

6. Los Objetivos del Programa y la Programación:

- 6.1. Disminuir el daño oral en el niño
- 6.2. Mantener el nivel de atención del adulto
- 6.3. Atender a las mujeres embarazadas
- 6.4. Hacer fomento y protección de la salud, etc.

Ello nos vuelve a señalar que el problema odontológico no puede hacerse en base a los instrumentos y el rendimiento solamente. Debe considerarse una serie de aspectos, como los ya mencionados, para lograr los objetivos indicados.

7. El Diagnóstico necesario:

Lo primero es un completo diagnóstico de patologías y sus prevalencias, de la población, etc. para conocer los recursos con que se cuenta y ello en cantidad y calidad (tanto en los humanos como en los materiales).

Conocer lo realizado en el año o en los años anteriores para conocer la tendencia de la demanda, los aspectos de locomoción de flujo de ella, etc., deben ser conocidos y analizados. De la comparación entre la demanda y los recursos, determinar con exactitud la demanda, de acuerdo a normas de rendimiento promedios y operacionales.

8. Alternativas de Solución cuando se conoce el Déficit:

- 8.1. Aumentar los recursos humanos necesarios, tanto en Cirujanos Dentistas como Laboratoristas y Auxiliares.
- 8.2. Mejorar el rendimiento del recurso existente. Para lo cual se puede:
 - 8.2.1. Lograr que cada profesional cuente con auxiliar dental
 - 8.2.2. Modernizar los equipos dentales en uso
 - 8.2.3. Incorporar el uso de técnica de odontología simplificada
 - 8.2.4. Incorporar el uso de técnica de cuatro o seis manos.

9. Otras Estrategias o Alternativas:

- 9.1. Fomento de la salud oral mediante educación planificada, continuada y evaluada.
- 9.2. Protección de la salud oral mediante medidas simples como:
 - 9.2.1. Fluoración del agua potable
 - 9.2.2. Uso tópico del flúor
 - 9.2.3. Uso sistémico del flúor
 - 9.2.4. Uso de sellantes (en la medida que no se encuentre otra solución más eficiente y eficaz posible de usar).
 - 9.2.5. Profilaxis oral adecuada y mediante uso de técnica de cepillado simple.

10. Metodología de Programación a usar y aspectos a considerar:

- 10.1. Debe considerar el daño existente y lo que se pueda hacer por disminuirlo y prevenirlo, es decir, considerar una “Dimensión preventivo-curativo”
- 10.2. Considerar los aspectos del medio ambiente que influyen en este nivel de salud oral. Es decir, considerar una dimensión “Bio-cultural o Socio-económica”.
- 10.3. Comprender que el problema de salud compete a todos, es decir, una dimensión “intersectorial”.
- 10.4. Considerar que los problemas orales afectan a las personas y a la comunidad y que por ello, tiene una dimensión “individual y colectiva”.

Considerando lo anterior, la política, el diagnóstico, tomadas las decisiones técnicas necesarias, proceder a formular el programa usando la metodología elegida.

11. El Futuro:

Esta metodología no presenta una visión del futuro, de los problemas sin atender, de los recursos faltantes, etc. y sería de desear que una nueva metodología considerara los propósitos y objetivos del programa y los recursos que se necesitan para alcanzarlos, haciendo así un balance entre lo que hay y lo que se necesita, se lograría: a) Metas programáticas. b) Conocer lo que hoy podemos hacer y lo que se debe esperar de los recursos existentes. c) Conocer el déficit de recursos existentes. d) Se ayudaría a conocer la dirección que se debe tomar en la formación y adquisición de recursos. e) Ayudaría a elegir estrategias adecuadas para lograr esos propósitos y objetivos. f) Haría más científico el procedimiento de programar y menos mecánico.

12. La Metodología de hoy:

Considera un universo, determina una cobertura, una concentración y un rendimiento, todo ello, lo aplica especialmente, condicionado por el año diagnóstico y algunas directrices superiores sobre prioridades, a los instrumentos disponibles, la simple multiplicación del número de consultas y acciones a realizar.

13. El Desafío:

Tanto para los Cirujanos Dentistas especializados en Salud Pública, como para el integral o general, para el estadístico, para el administrador de Salud y, en general, para todos quienes toman decisiones en salud, el desafío es lograr un método que permita llegar a lograr los aspectos señalados, un método que permita determinar metas programáticas, y para saber cómo nos acercamos a lograr el propósito y los objetivos del programa odontológico.

Porque ello no es una tarea de los Cirujanos Dentistas, sino que de todos los aquí presente, en una medida o en otra; en un grado u otro, están comprometidos en esta tarea. He traído este problema y este desafío a este evento.

23. CUATRO AÑOS DE GESTION TECNICA EN ESTABLECIMIENTOS DE ATENCION PRIMARIA TRASPASADOS AL SECTOR MUNICIPAL EN EL SERVICIO SALUD BIO-BIO DURANTE LOS AÑOS 1982 A 1985

Enf. Lilia Mangili y Dr. Rodrigo Alvarez
(Servicio Salud Bio-Bio)

El traspaso de establecimientos de Atención Primaria a las Municipalidades tiene como propósito fundamental el conseguir una real descentralización, extendiendo la cobertura de atención a las necesidades particulares de cada localidad, es así como en Noviembre de 1981 el Servicio de Salud Bio-Bio traspasó al Sector Municipal: 3 Consultorios Generales Rurales y 17 Postas de Salud Rural en 7 comunas de la provincia de Bio-Bio.

Como al Servicio de Salud le asiste la responsabilidad de valorar la marcha del proceso a través de controles y evaluaciones periódicas de los 20 establecimientos traspasados, este trabajo pretende representar la evolución global del cumplimiento de las actividades programadas por comunas y conocer la evolución de los indicadores de salud en las 7 comunas con establecimientos traspasados, durante 4 años posterior al traspaso, comprendiendo el período de 1982 a 1985.

Material y Método

Para medir el cumplimiento de las actividades programadas se cuantificaron en números absolutos, utilizando como soporte los formularios estadísticos mensuales de actividades, obteniéndose o/o de variación año 1982-1985.

Las actividades consideradas fueron:

- Controles por crecimiento y desarrollo de niños de 0 a 14 años.
- Controles Pre y Post Natales.
- Vacunas aplicadas a menores de 6 años y escolares.
- Consultas Morbilidad Infantil y Adulto.
- Visitas Domiciliarias
- Educación de Grupo.

Los indicadores de Salud se cuantificaron en números absolutos y la Desnutrición en o/o, comparando todas las comunas y tomando como base en el denominador lo observado en la comuna de Santa Bárbara en 1982.

Todos los indicadores se trabajaron por residencia, correspondiendo todos ellos a sectores municipalizados.

Resumen

De los resultados obtenidos después de 4 años de gestión Municipal en 20 establecimientos traspasados al Sector Municipal en 7 comunas de la provincia de Bio-Bio, se puede desprender que:

- Hubo aumento de la población rural atendida de 31.497 en 1982 a 36.273 en 1985, lo que significó un 150/o de aumento.
- Los recursos humanos profesionales aumentaron de 7 en 1982 a 23 en 1985, lo que significó un 2290/o de aumento y de un aumento de 28 en 1982 a 30 en 1985 de Auxiliares Paramédicos, lo que significó un 70/o de aumento.
- Las actividades de Fomento y Protección han pasado a ser prioritarias: Control de Crecimiento y Desarrollo de 18.552 en 1982 aumenta a 20.746 en 1985, observándose un 120/o de aumento. Visitas Domiciliarias, de 4.517 en 1982 a 5.796 en 1985, con un 280/o de aumento, y Educación, de grupo de 219 en 1982 a 1.018 en 1985, con un 3650/o de aumento.
- En relación con los indicadores de Salud, presentan mejoría todos ellos al final de 1985, observándose fluctuaciones en los 3 primeros años del traspaso, lo que se debería al período de ajuste del quehacer del Sector Municipalizado.

TABLA Nº 1

**EVOLUCION DE LA MORTALIDAD INFANTIL TOTAL Y DE LOS PARTOS
SIN ATENCION PROFESIONAL EN 20 ESTABLECIMIENTOS DE ATENCION PRIMARIA
TRASPASADOS AL SECTOR MUNICIPAL POR COMUNA
SERVICIO SALUD BIO-BIO 1982-1985**

Comunas	Mortalidad Infantil				Partos sin Atención Profesional			
	1982	1983	1984	1985	1982	1983	1984	1985
Quilleco	3,33	3,00	1,00	2,33	34,30	11,33	3,33	0,33
Negrete	0,66	1,33	0,66	1,33	6,00	4,33	1,33	0,66
S. Rosendo	1,33	—	0,66	1,00	11,00	5,00	2,00	—
Tucapel	2,33	2,00	1,33	2,00	2,00	0,66	2,33	2,00
Nacimiento	1,66	1,66	1,66	0,33	5,66	4,00	1,66	0,66
Sta. Bárbara	1,00	1,33	1,00	—	1,00	0,66	0,66	—
Yumbel	2,66	2,33	2,00	1,00	32,00	16,00	8,33	5,00
TOTAL	13,00	11,66	9,66	8,00	91,00	42,00	19,66	8,66

Tabla ajustada según base Santa Bárbara.

TABLA Nº 2

**EVOLUCION DE LA DESNUTRICION INFANTIL EN 20 ESTABLECIMIENTOS DE
ATENCION PRIMARIA TRASPASADOS AL SECTOR MUNICIPAL POR COMUNA
SERVICIO SALUD BIO-BIO 1982-1985**

Comunas	1982	1983	1984	1985
Quilleco	0,53	0,70	0,44	0,70
Negrete	0,88	0,94	0,73	0,58
San Rosendo	0,32	0,49	0,34	0,37
Tucapel	0,80	1,03	0,67	0,79
Nacimiento	0,67	0,81	1,08	0,37
Santa Bárbara	1,00	0,47	0,44	0,50
Yumbel	1,44	0,95	0,70	0,52
TOTAL	0,80	0,81	0,62	0,59

Tabla ajustada según base Santa Bárbara.

24. ESTUDIO COMPARATIVO DE GESTION ADMINISTRATIVA EN ESTABLECIMIENTOS DE ATENCION PRIMARIA TRASPASADOS AL SECTOR MUNICIPAL. SERVICIO DE SALUD BIO-BIO, AÑOS 1982 Y 1985

Enf. Lilia Mangili y Dr. Iván Alvarez
(Servicio de Salud Bio-Bio)

En el Servicio de Salud Bio-Bio que territorialmente comprende la provincia de Bio-Bio, constituida por 13 comunas, se traspasan al Sector Municipal, en Noviembre de 1981, 3 Consultorios Generales Rurales y 17 Postas de Salud Rural en 7 comunas de la provincia, con el 27,46% de la Población total Rural asignada a toda la provincia.

Nuestra finalidad es representar la evolución global de las condiciones de eficiencia administrativa de los 20 establecimientos traspasados al Sector Municipal por comunas, comparando el año 1982 con el año 1985.

Material y Método:

Para medir las condiciones de Eficiencia Administrativa de las 17 Postas Rurales y los 3 Consultorios Generales Rurales traspasados al Sector Municipal en 7 comunas de la provincia de Bio-Bio, se elaboró un instrumento de acreditación, basado en la encuesta de Evaluación para establecimientos traspasados del Ministerio de Salud, que constó de 10 rubros a los que se le dio un puntaje óptimo convencional de 150 puntos:

Encuesta Familiar Aplicada	20 puntos
Población según norma	20 "
Auxiliar Residente	30 "
Ronda Profesional Municipal	30 "
Bodega Leche según normas	10 "
Equipamiento drogas según normas	10 "
Existencia normas Programáticas	5 "
Coordinador Técnico en Salud	15 "
Reparaciones estructura en el año	5 "
Equipo de cadena de Frío	5 "
T O T A L	150 "

De la relación entre cada puntaje obtenido y el máximo esperado, se obtuvo un porcentaje de eficiencia por cada comuna.

De la relación del total del puntaje óptimo de todas las comunas y el máximo total obtenido, se obtuvo el Nivel Global de Eficiencia.

Partiendo del Nivel Global de Eficiencia se le dio un rango de ponderación de:

Muy Bueno y Bueno	88 - 100%
Bueno	87 - 74%
Regular	73 - 60%
Deficiente	59 o menos.

Este instrumento se aplicó a los 20 establecimientos traspasados en el año 1982 y en Diciembre de 1985.

Resumen

De los resultados obtenidos, después de aplicar la pauta de acreditación en el año 1982 y Diciembre de 1985, en los 20 establecimientos traspasados al Sector Municipal en 7 comunas de la provincia de Bio-Bio, se puede sintetizar que: 4 años de gestión Municipal en 20 establecimientos de Nivel Primaria de 7 comunas de la provincia de Bio-Bio, se puede sintetizar en los siguientes aspectos:

1. Las condiciones de Eficiencia Administrativa en Nivel Global de 740/o en 1982 aumentó a un 830/o en 1985, lo que significó un 120/o de aumento.
4. La calificación de Eficiencia Administrativa: en 4 comunas consideradas como Regular en 1982, aumenta a 5 comunas consideradas Buenas y 2 Muy Buenas en 1985, desapareciendo las consideradas como Regulares en este año.
5. Todo lo expuesto nos haría pensar que el traspaso de establecimientos de Atención Primaria al Sector Municipal, en la provincia de Bío-Bío, ha sido positivo, permitiendo una notable mejoría en las condiciones de eficiencia administrativa de los establecimientos, lo que finalmente favorecería a una real participación de los Srs. Alcaldes en la solución de los problemas del Sector Salud, y por ende, una efectiva Atención Primaria Multisectorial.

TABLA Nº 1

**CONDICIONES DE EFICIENCIA ADMINISTRATIVA DE 20 ESTABLECIMIENTOS
DE ATENCION PRIMARIA TRASPASADOS A MUNICIPALIDADES POR COMUNAS
TABLA AJUSTADA SEGUN BASE STA. BARBARA = 1
SERVICIO SALUD BIO-BIO AÑOS 1982 Y 1985.**

	1982	1985	Variación
Quilleco	1,19	1,32	11,00
Negrete	1,17	1,25	6,80
San Rosendo	1,04	1,17	12,80
Tucapel	1,19	1,22	2,60
Nacimiento	1,00	1,11	10,50
Yumbel	0,95	1,17	23,48

TABLA Nº 2

**CALIFICACION DE CONDICIONES DE EFICIENCIA ADMINISTRATIVA
DE 20 ESTABLECIMIENTOS DE ATENCION PRIMARIA
TRASPASADOS A MUNICIPALIDADES POR COMUNAS
SERVICIO SALUD BIO-BIO AÑOS 1982 Y 1985**

	1 9 8 2			1 9 8 5		
	Regular	Bueno	Muy Bueno	Regular	Bueno	Muy Bueno
Quilleco	—	X	—	—	—	X
Negrete	—	X	—	—	—	X
San Rosendo	X	—	—	—	X	—
Tucapel	—	X	—	—	X	—
Nacimiento	X	—	—	—	X	—
Santa Bárbara	X	—	—	—	X	—
Yumbel	X	—	—	—	X	—
TOTAL	4	3	0	0	5	2

25. TRABAJO CON FAMILIAS: UNA EXPERIENCIA DOCENTE PARA ALUMNOS DE PRIMER AÑO DE MEDICINA

Dra. Patricia Villaseca
(División Ciencias Médicas Oriente, Facultad de Medicina, Universidad de Chile)

Si consideramos que los futuros médicos inician su período de formación durante la adolescencia tardía, etapa psicosocial de cambios y adaptaciones; que el medio universitario, encandilado por el avance científico y tecnológico actual, se encuentra sobrecargado de información; y que en el medio laboral se espera “un médico general indiferenciado, capaz de resolver la patología prevalente del país”, humano, cobran especial relevancia las recomendaciones de los educadores médicos que sugieren enfatizar la formación cultural y psicosocial de los alumnos, enfatizar los roles de orientador, de preventor, y de educador del médico sobre el rol curativo propiamente tal, dando continuidad a actividades que motiven la capacidad de asombro, eduquen la capacidad de conocimiento y orienten la capacidad de compromiso.

Propósito

Orientar y estimular el desarrollo de habilidades para el conocimiento y crecimiento personal y del “otro” como paciente, a través de la introspección, la observación, la discusión y el trabajo grupal.

Metodología

- 1) Capacitación en ciclo vital individual y familiar. Comunicación y entrevista.
- 2) Pauta de entrevista familiar.
- 3) Ficha familiar.
- 4) Visita domiciliaria.
- 5) Informe familiar.

Conclusiones

- 1) Evaluación por los alumnos: la gran mayoría de éstos considera el trabajo con familias como una experiencia altamente provechosa, logrando como objetivos personales: demostrarse que pueden interactuar adecuadamente con otros, entender, ayudar y educar a otros, demostrarse que son capaces de influir constructivamente sobre otros; y como objetivos docentes: adecuar lenguaje, presentar la información de manera correcta, estimular la observación, corregir la redacción, etc.
- 2) Evaluación por los monitores de grupos: En general, ha sido posible constatar la obtención de un buen nivel de información por los alumnos, la confección de un registro adecuado en términos de la recolección de datos, del uso de instrumentos y el establecimiento de correlaciones bio-psicosociales en el proceso de salud y enfermedad.
- 3) Aportes docente asistenciales:
 - a) Ficha Familiar:
 - Corrección de errores y aporte de datos.
 - Llenado ficha familiar de crónicos.
 - b) Visita Domiciliaria:
 - Comprobación de domicilio.
 - Educación en terreno.
 - c) Informe Familiar:
 - Caracterización de la familia de pacientes problema.
 - Recopilación de creencias y prácticas familiares en el proceso salud enfermedad.
 - d) Docencia por Médicos Generales Asistenciales.

26. TRABAJO INTERSECTORIAL EN UNA COMUNIDAD RURAL DE LA IX REGION

Dra. Gloria San Miguel y Srs. Adriana Belmar, Aurora Morales, Carmen Rubilar y Luis Muñoz
(Equipo de Salud Rural del Hospital Llaima de Lautaro, Plan Perquenco, Facultad de Agronomía, Universidad Católica)

Las condiciones inadecuadas de Saneamiento Básico es una de las principales causas de enfermedades parasitarias e infecto-contagiosas, situación generalizada en el Sector Rural de pequeños propietarios de la IX Región.

Pitraco, sector rural ubicado en la Comuna de Perquenco, a 18 kilómetros de Lautaro, con 122 familias, no escapa a esta realidad. (Ver Tabla Nº 1). Por otra parte, la falta de agua incide en el establecimiento de Huertos Familiares, determinando un inadecuado consumo de hortalizas.

El equipo de Salud Rural del Hospital Llaima de Lautaro, los profesores y Técnicos Agrícolas del sector, y la comunidad organizada, coinciden en que esta realidad constituye un problema que debe ser solucionado en el corto plazo con un Proyecto de Bombas de Agua.

Por las condiciones geográficas del sector (terreno muy rocoso) es muy difícil que las familias por sus medios pudieran perforar el terreno.

La participación de la comunidad organizada significa, por ende, la participación de la Ilustre Municipalidad de Perquenco y su Departamento Social y gracias a su presencia se obtuvieron los recursos que requería el proyecto, (30 bombas de agua y mano de obra).

Se realizó un Seminario de Capacitación en Saneamiento Básico, dirigido a 15 monitores de la misma comunidad, que posteriormente fueron los encargados de realizar los trabajos.

Las familias participantes en el Proyecto debían reunir los siguientes requisitos:

- a) Contar con huerto familiar.
- b) Contar con letrina sanitaria.
- c) Contar con relleno sanitario.
- d) Cancelar \$ 2.000 por la bomba de agua.

Los trabajos se iniciaron en Diciembre de 1985.

El avance del proyecto hasta la fecha, se presenta en la Tabla Nº 2.

Si bien es cierto, el proyecto presenta cifras en los parámetros: abastecimiento de agua, eliminación de excretas, eliminación de basuras y huertos, los cuales son satisfactorios para una primera etapa, sin embargo, el resultado más importante se refiere a lo siguiente:

- a) Participación activa de la comunidad en la solución de sus necesidades, llegando incluso a participar en el diagnóstico, programación, ejecución y evaluación del proyecto.
Por otra parte, la misma comunidad beneficiada sugiere llevar a cabo una segunda etapa, la cual sería un proyecto exclusivo en letrinas, para que se beneficiara el 100% de la comunidad, esto corrobora el alto grado de participación de la comunidad.
- b) Es importante destacar que la realización de este proyecto permitió el trabajo intersectorial, lo cual se ha mantenido vigente en otras actividades que apuntan a mejorar la calidad de vida de la población y desde el punto de vista de la salud las acciones están destinadas a realzar lo que es Atención Primaria (vacunación, campañas antisépticas al grupo familiar completo, educación sanitaria, transporte, suministro adecuado de elementos de alimentación, prevención de enfermedades endémicas locales, etc.).

TABLA Nº 1

POBLACION ASIGNADA AL SECTOR PITRACO

GRUPO ETAREO	Nº	o/o
0-11 meses	7	1,1
12-24 meses	11	1,7
2- 5 años	57	8,9
6-14 años	170	26,5
15-64 años	360	56,1
65 años y más	37	5,7
TOTAL	642	100,0

Mayor Riesgo:

Infantil : 0-14 años	245	38,2
Femenino: 15-44 años	119	18,5

TABLA Nº 2

CONDICIONES DE SANEAMIENTO BASICO Y HUERTO FAMILIAR

	1985		1986	
	Nº Familias	o/o	Nº Familias	o/o
ABASTO DE AGUA				
Canal - Río - Estero	88	72,1	77	63,0
Pozo no protegido	31	25,4	25	20,0
Pozo con Bomba	3	2,5	20	16,4
TOTAL	122	100,0	122	100,0
ELIMINACION EXCRETAS				
Campo Abierto	27	22,1	19	15,5
Pozo Negro	26	21,3	23	18,8
Letrina Sanitaria	69	56,6	80	65,7
TOTAL	122	100,0	122	100,0
DISPOSICION BASURAS				
Campo Abierto	117	95,9	91	74,5
Relleno Sanitario	5	4,1	31	25,4
TOTAL	122	100,0	122	100,0
HUERTO FAMILIAR				
Con Huerto	109	89,3	111	90,9
Sin Huerto	13	10,7	11	9,1
TOTAL	122	100,0	122	100,0

27. ENTRE EL ENFERMO Y LA ENFERMEDAD: ¿PARA QUIEN TRABAJA EL MEDICO?

Prof. José Manuel Araneda
(Unidad de Sociología de la Salud, Instituto de Salud Pública,
Facultad de Medicina, Universidad Austral de Chile)

Los orígenes de la medicina están en las raíces de la sociedad humana. Tan pronto como el hombre constituye comunidades, aparecen el dolor, la enfermedad y la muerte como grandes barreras que, junto a las catástrofes naturales, se oponen al bienestar. En ese instante, también aparece el médico, como el miembro de la sociedad capacitado para enfrentar a esos males.

Desde esta perspectiva la medicina es la respuesta de la sociedad y su cultura frente al dolor y la enfermedad; el médico, por tanto, es un agente de esa sociedad, culturalmente encargado de ejercer la medicina. A su vez, esta ciencia, por su raigambre en la cultura, coge del ambiente —natural, social y cultural— sus objetivos y los elementos básicos para lograrlos.

Esta medicina ambiental, definida por la cultura y con un rol asignado por la sociedad, inicia en épocas históricas un progresivo proceso de desarrollo que, con el transcurso de los siglos la lleva a desempeñar un papel líder en el campo científico del mundo occidental. Sin embargo, al acumular el conocimiento y desarrollar la tecnología, se aparta paulatinamente de sus raíces culturales y da lugar a una subcultura médica, cada vez más sólida y cristalizada, pero al mismo tiempo, cada vez más alejada de sus orígenes en la sociedad y sus tradiciones.

En la actualidad, nos hallamos frente a una ciencia médica que ha logrado un alto grado de desarrollo y un acúmulo de conocimientos que medio siglo atrás ni siquiera era imaginables. Esta avanzada medicina es universal, gracias al progreso tecnológico de las comunicaciones, la extensión de la educación y la difusión del conocimiento científico. No obstante, es posible observar que la sociedad y la cultura han sido objetos del avance médico, sin desempeñar en él un papel activo que vaya más allá del aplauso y la admiración por el conocimiento que surge ante sus ojos.

A la vista de estas consideraciones, cabe preguntarse cuál es el papel que la sociedad y la cultura asignan hoy al médico y cuál es el rol que él mismo concibe para su profesión. En otras palabras, es lícito hacer un intento para determinar hasta qué punto es verdad que el médico, al profundizar en su ciencia, se ha alejado de la cultura que lo sustenta para adentrarse en una subcultura que le es exclusiva.

En busca de respuestas, investigaciones anteriores han dado a conocer el sentir del paciente frente al rol del médico. Es posible demostrar que el enfermo representa a las pautas de la cultura y concibe al rol social de su doctor como un acercamiento de una persona completa a otra igual. El paciente espera apoyo, comprensión y solución integral para la enfermedad y los ajustes que de ella derivan.

Frente a esta evidencia, la Unidad de Sociología de la Salud del Instituto de Salud Pública —Facultad de Medicina, Universidad Austral de Chile— desarrolló un proyecto de investigación destinado a conocer cómo concibe el médico de Valdivia su propio rol social y cuáles son los factores que condicionan esta percepción. El estudio se llevó a cabo con el patrocinio de la Dirección de Investigación de la Universidad Austral (Proyecto de investigación I-84-6, Dirección de Investigación, Vicerrectoría Académica, Universidad Austral de Chile), mediante la técnica del censo. Estudiantes de la Escuela de Medicina previamente adiestrados, entrevistaron al 79% de los médicos inscritos en el Colegio Médico de Valdivia (133 entrevistados), mediante un cuestionario semiestructurado. La información fue codificada y procesada computacionalmente.

Un perfil del médico valdiviano permite observar que éste es mayoritariamente un hombre casado, graduado en la Universidad de Chile o en la Universidad Austral después de 1965, y con una edad promedio de 42 años. Tiende a ser un especialista o un subespecialista, frecuentemente con cursos de postgrado de larga duración. Por residir en una ciudad universitaria, muestra tendencia a desempeñarse simultáneamente en las áreas docente y clínica y, en medida no despreciable, en investigación. Es hijo de un empleado o pequeño empresario de escolaridad media o superior y residente en áreas urbanas.

Este doctor que ejerce en Valdivia concibe el rol del médico orientado en tres vertientes, que no se excluyen entre sí: sanar al enfermo y dar salud a la población, elevar el nivel de salud y desempeñar un papel de liderazgo en la sociedad. Por esto mismo, piensa que un buen médico se caracteriza por su conocimiento y eficacia o condiciones como terapeuta; en segundo término, por su sensibilidad social, consideración del paciente como persona y trato cordial al enfermo; asimismo, estima importantes la ética y la vocación como características del buen médico. Esta opinión es concordante con la caracterización de un mal médico, a quien asigna las condiciones de ignorancia, ineficiencia y deshonestidad, en primer lugar; secundariamente, lo caracteriza como desinteresado en el enfermo, carente de sensibilidad, ávido de dinero e incapaz de establecer una buena relación con el paciente.

Esta orientación de las opiniones es coherente con la percepción que el médico valdiviano tiene de las expectativas del paciente frente a su desempeño profesional. Piensa que el enfermo busca, antes que nada, curación y, secundariamente, apoyo, comprensión, trato humano, actitud personalizada o solución integral a su problema. Por estas razones, el médico estudiado aconsejaría a un estudiante de medicina que para lograr el prestigio profesional debe perfeccionarse, dedicarse a su profesión o especializarse, en primer término; en segundo lugar, tratar bien al paciente, ser ético, humilde y responsable.

El concepto de buen médico refleja el rol que el doctor asigna a su profesión. Si las opiniones al respecto se agrupan en dos categorías, aquellas que caracterizan al buen médico por su eficiencia técnica y las que destacan el trato humano, es posible demostrar a través del coeficiente Q de Yule, que los hombres no opinan diferente a las mujeres y tampoco lo hacen los titulados de las distintas universidades nacionales ni los graduados antes de 1975 con respecto a los que obtuvieron su título después de ese año. Asimismo, la edad, el tipo de colegio donde estudió, el tiempo destinado a la atención privada ni la escolaridad del padre muestran relación estadística con la opinión sobre lo que es un buen médico (Q de Yule menor de 0,2).

Cinco características del médico parecen estar condicionando su concepto de buen médico. Los médicos generales, los casados, los que han ejercido en zonas rurales, los que pertenecen a agrupaciones religiosas y los que ingresaron a la Escuela de Medicina por motivos altruistas, tienden a destacar el trato humano como condición principal de un buen médico. En cambio, los especialistas, los solteros o separados, los que no han trabajado en zonas rurales, los que no participan en agrupaciones religiosas y los que estudiaron medicina principalmente por razones de vocación, tradición o presión familiar, conciben al buen médico básicamente como un profesional técnicamente eficaz. Aún cuando estas tendencias son claras, el apoyo estadístico no es fuerte: el coeficiente Q de Yule oscila entre 0,25 y 0,35.

En conclusión, el médico de Valdivia tiende a concebir su rol profesional tanto en su función técnica como en la social. No obstante, los componentes técnicos tienden a primar, particularmente en la opinión de los especialistas y de aquellos doctores con menor tendencia a relacionarse con los demás. La inclinación hacia la medicina general, la participación social y los sentimientos altruistas condicionan, a su vez, una concepción del rol del médico más orientado hacia la comprensión integral del paciente.

28. CONOCIMIENTOS, CONTACTOS Y ACTITUDES DE LOS AGENTES DE LA MEDICINA OFICIAL HACIA LA MEDICINA TRADICIONAL O POPULAR

Drs. Eduardo Medina y Verónica Vitriol y Antrop. M. Teresa Prado
(Ministerio de Salud)

La búsqueda de "Salud para Todos en el Año 2000", que persigue la OMS, y el desarrollo estratégico complementario de la Atención Primaria de la Salud, plantea la eventual participación en ella de la Medicina Tradicional o Popular. Es una realidad antigua en Latinoamérica que una parte importante de la población acude a esta medicina para solucionar una variada gama de problemas de salud, mediante la acción de diversos agentes tales como yerbateros, curanderos, santiguadores, parteras, componedores, etc. La prolongada existencia de la Medicina Tradicional manifiesta por sí misma que juega un rol importante donde es utilizada, siendo también un hecho conocido que en sectores urbanos representa una alternativa a la Medicina Oficial y que en sectores rurales muchas veces es el único recurso de salud próximo a la población.

La posible participación de la Medicina Tradicional en la Atención Primaria de Salud presenta algunos avances en los últimos años. Así, es interesante destacar que la OPS y la OMS han promovido el tema mediante la producción de monografías específicas y la periódica convocatoria a reuniones de expertos; que el Instituto Indigenista Interamericano y diversos Institutos Nacionales Indigenistas también han estimulado estudios especializados; y que en toda la región latinoamericana existe una amplia variedad de investigaciones, tanto teóricas como aplicadas, referidas a temas tales como herbolario medicinal, técnicas de curación mediante la fe religiosa, conceptos populares de salud y enfermedad, atención del parto y parteras, nacimiento y crianza del niño, medicina popular y ciclo vital, síndromes morbosos folklóricos, espiritismo y espiritismo, procedimientos de iniciación de agentes populares de salud y otros.

Sin embargo, la eventual articulación entre ambos sistemas médicos requiere necesariamente explorar la situación concreta del estado actual de las relaciones entre los agentes de ambos sistemas. En efecto, la abundante información disponible permanece en niveles folklóricos y académicos, pero casi no se ha orientado a investigar las percepciones y actitudes mutuas de los agentes de tales sistemas de salud, condición previa indispensable para cualquier materialización de acciones conjuntas entre ellas.

El presente estudio culmina un proceso de investigación acerca de los conocimientos, contactos y actitudes de diferentes agentes de la Medicina Oficial hacia la Medicina Tradicional o Popular, iniciado hace 5 años. Tuvo como universo a todos los profesionales de la salud del país, entre los que se escogió una muestra constituida por 1.574 de ellos (382 médicos, 411 enfermeras, 262 matronas, 83 asistentes sociales, 38 dentistas generales de zona, 14 psicólogos y 373 auxiliares de enfermería), funcionarios de hospitales, consultorios y postas; un 16,60% perteneció a niveles asistenciales especializados siendo el resto del nivel primario; alrededor de la mitad de la muestra trabajaba o había trabajado en zona rural. A todos ellos se les administró una encuesta anónima con una serie de preguntas relativas a esos temas. La metodología buscó establecer patrones de comportamiento de la información aportada por los sujetos estudiados, afinada según actividad profesional y ubicación geográfica dentro del país; el diseño de la muestra, por otra parte, asegura un margen de 950% de confianza en las inferencias que se hagan respecto a la población total nacional que es funcionaria de instituciones de salud.

El instrumento utilizado constó de cuatro partes. La primera pesquisó datos individuales y laborales, siendo procesada en 20 variables (variables independientes). Las tres restantes investigaron información, contactos y actitudes de los informantes hacia la Medicina Tradicional y fueron procesadas en 97 variables (variables dependientes).

De los resultados obtenidos cabe destacar una información teórica relativamente importante, pero contactos escasos y pasivos, y actitudes restrictivas y muy cargadas de prejuicios negativos más o menos indiscriminados hacia la Medicina Tradicional en general. Existió en los profesionales universitarios, además, otra actitud antagónica de defensa del respectivo status profesional, cuando las acciones de los agentes populares de salud fueron estimadas como invasoras del propio desempeño. El auxiliar de enfermería, por su parte, aunque pareció más próximo al contexto sociocultural en el cual se manifiesta la Medicina Tradicional, presentó una serie de ambigüedades y ambivalencias hacia ella. No obstante el alto interés por conocer más de este tipo de fenómeno, no más del 100% de los profesionales de la salud del país estaría receptivo

hacia los valores propios del sistema médico popular, situación asociada sólo con haber vivido en sector rural e independiente, tanto de cada actividad laboral específica como de su ubicación geográfica.

Algunos de los resultados, por su interés, se detallan a continuación: respecto al conocimiento mostrado por los informantes, un 37,80/o de la muestra reconoció a la Medicina Tradicional descriptivamente, por la acción de sus agentes, mientras que el resto lo hizo a través de juicios de valor (personas sin título o del pueblo, medicina casera, etc.); en relación a las fuentes de este conocimiento, sólo un 270/o lo obtuvo de fuentes sistemáticas académicas y el resto de los informantes lo recibió de fuentes asistemáticas (pacientes, parientes y amigos, medios de comunicación, etc.).

En cuanto al contacto entre los informantes con la Medicina Tradicional, resultó ser éste de tipo pasivo en un alto porcentaje, sobre 2/3 de la muestra, en tanto que sólo la 1/4 parte de ellos mantuvo un contacto activo con ella (haber visto quebrar el empacho o haber recibido pacientes derivados de un agente de salud popular). El uso de yerbas medicinales, por su parte, apareció asociado al sexo femenino e independiente del status profesional del respondiente.

Las actitudes hacia la MT se reflejaron en otros aspectos importantes: un 600/o de la muestra consideró que acude poca cantidad de la población a consultar la Medicina Tradicional, mientras que el resto cree que va a ella la mitad o mucha proporción de personas del lugar donde trabajan. Un 700/o de la muestra consideró que el motivo de consulta a la M.T. era la incultura de las personas, un 14,20/o lo asoció a características propias favorables de esta medicina y el resto lo explicó por dificultades de acceso a la Medicina Oficial. A 3/4 de los sujetos de la muestra le molestaría saber que un paciente suyo acude a la MT, en tanto que sólo a 1/4 no le molestaría. Respecto a recomendar la MT a un paciente suyo, sólo un 7,80/o la recomendaría cuando se tratara de enfermedades simples y el resto nada más que cuando la Medicina Oficial ya no tiene respuesta (enfermedad mortal, sin tratamiento, sin diagnóstico, etc.). De entre los motivos para desear más información sobre la MT, los informantes aludieron en un 10,80/o a aspectos favorables hacia la MT (rescatar beneficios, efecto favorable de yerbas medicinales, utilidad para algunos casos, etc.), un 430/o mostró un interés intelectual y un 6,80/o dan motivos desfavorables hacia la MT (sin valor ni base científica, para convencer a la gente de no usarla, desconfianza, etc.).

El estudio finalizó con algunas consideraciones generales y proposiciones concretas relacionadas con el tema; estudio de la Medicina Tradicional o Popular mediante un enfoque sistémico, la necesidad de restringir el uso del concepto de Medicina Tradicional tanto a las manifestaciones derivadas del desarrollo sociocultural propio de los grupos tradicionales o populares del contexto latinoamericano como a las acciones sanitarias surgidas dentro de ese sistema de salud, la conveniencia de realizar el análisis de los contactos entre los agentes de ambos sistemas médicos en la perspectiva del contacto cultural, el uso riguroso de conceptos y técnicas socioantropológicas al hacer estudios análogos y la necesidad de realizar algunas investigaciones cualitativas que complementen los alcances más bien cuantitativos de un estudio con esta metodología.

29. LA REGLA CULTURAL DEL CUIDADO DE LA PATOLOGIA

Prof. Diego Salazar y Dr. Robert M. Baker
(Escuela de Salud Pública, Facultad de Medicina, Universidad de Chile)

Podemos definir la cultura de una comunidad como un sistema de reglas de conducta que pautan el comportamiento de las personas en las diferentes situaciones en que éstas deben actuar normalmente en su vida privada y social. Las reglas culturales son indicaciones muy generales, a menudo inconscientes, que señalan a la persona lo que debe o no debe hacer en tales o cuales circunstancias. Por ejemplo, los asistentes a una reunión solemne deben actuar con un máximo de presencia y un mínimo de intervención. Esta regla se puede traducir a conducta concreta de muchos modos. Uno es asistir a la ceremonia con un traje especial (lo más elegante posible), lo cual señala un máximo de presencia (presencia acentuada por lo especial del traje); y además, durante la ceremonia, limitarse a mirar, oír, y tal vez aplaudir cuando alguien finaliza una intervención verbal especial; no se debe caminar demasiado rápido, no se debe hablar en voz alta, si es que fuera necesario hablar, es necesario evitar hacer ruidos con los muebles, o con sonidos como tos o carraspeo, por ejemplo. Todo el que haya asistido a una ceremonia solemne ha vivido esto, a menudo sin darse cuenta de que estaba cumpliendo con una regla cultural.

El cuidado de la salud y la enfermedad también está regido por reglas. Interesa dilucidar estas reglas, pues su conocimiento nos permitirá, no sólo comprender la conducta, sino también estimular su desarrollo activando conscientemente la regla en la persona. Generalmente una regla involucra valores, cuyo cumplimiento es el objetivo emocional que persigue la persona al cumplir la regla. Por lo tanto, es frecuente que la regla sea una expresión de la búsqueda de satisfacer necesidades fisiológicas o psicológicas básicas. Por ejemplo, en el caso de la regla que pauta la participación en ceremoniales, el valor que le da sentido a la regla es precisamente la participación en la ceremonia, la cual es una satisfacción de la necesidad básica de pertenencia.

El objetivo del presente trabajo fue discernir, en la conducta resolutoria de problemas de salud de una muestra de pobladores de una comunidad semirural, las reglas que configuran la conducta de las personas cuando ellas mismas, o un dependiente de ellas, hace una enfermedad.

Materiales y Métodos

Se entrevistó a miembros de una comunidad semirural de la Región Metropolitana con un cuestionario semiestructurado de 4 preguntas:

- ¿Qué hace Ud. cuando se enferma?
- ¿Qué hace Ud. cuando su hijo se enferma?
- ¿Qué hace Ud. cuando un vecino se enferma?
- ¿Qué hacen sus vecinos cuando se enferman?

Cada pregunta se hizo como inicio de una breve conversación sobre el tema de ella con los entrevistados, con el fin de aclarar, a través de ese intercambio verbal, el sentido de la respuesta. Luego se procedió a realizar un análisis del contenido de las respuestas. Para esto se identificaron los valores implícitos o explícitos en las respuestas, para luego formular hipótesis respecto de las reglas cuyo núcleo estaría constituido por esos valores. Se supuso como hipótesis de trabajo que las acciones declaradas por los respondientes revelarían los valores perseguidos por éstos al ejecutarlas. Esto se revelaría a través del desarrollo del tema a través de la conversación con la persona entrevistada. Por "valores" se entendió "objetivos" emocionalmente aceptados o rechazados.

Resultados y Conclusiones

El Análisis de Contenido mostró en primera instancia que los valores principales perseguidos por los respondientes eran:

- médico particular
- medicamento
- reducción del esfuerzo
- comunicación
- selección de medios

todos en función del valor "resolver el problema".

En segunda instancia se procedió a inferir de este conjunto axiológico las reglas cuya expresión serían las acciones de buscar médico particular, desear el fármaco como “redondeo” de la intervención terapéutica, reducir el esfuerzo del paciente para ahorrar su energía, comunicar percepciones del cuadro para influir en las decisiones del médico o de otros agentes de salud, y seleccionar los medios según el criterio de la mayor eficacia. Se buscó entonces un común denominador posible en términos de cuáles necesidades básicas se estarían expresando en estas acciones. Así se llegó a la conclusión de que ellas expresan la necesidad que tenía el respondiente de controlar tantas variables como su percepción le señale en el manejo del cuadro. Esta sería entonces la regla del cuidado del paciente.

La existencia de esta regla, si se la acepta como válida, nos lleva necesariamente a concluir que el paciente, o su responsable, deben participar activamente en el control del cuadro, so pena de frustrar al paciente o a su cuidador. Dentro de este contexto, entenderíamos entonces que el paciente busca al médico, o al agente curativo en general, como un medio para controlar su problema, y trata de actuar sobre él para que cumpla esta función. Si el médico, por ejemplo, no lo deja comunicar su percepción del problema, el paciente sentirá que no le permite influir, lo cual frustra su necesidad de controlarlo. Evidentemente, el profesional de salud se maneja más bien con el punto de vista complementario: “El que controla soy yo y sólo yo”.

En conclusión, los respondientes revelan varios modos de controlar el cuidado de una patología; entre ellos, los que aparecen como más importantes son:

- pagar a médico particular (para controlar en calidad de la atención)
- manejar medicamentos (para controlar la enfermedad en sí)
- comunicar percepciones (para influir en las decisiones)
- seleccionar el agente al que se acudirá (para controlar la eficacia de la intervención)
- coaccionar al agente de salud cuando éste se supone renuente a dar la atención (para controlar su negativismo supuesto o real)
- reducir la actividad del paciente (para controlar su reserva de energía).

30. UN CASO EJEMPLAR DE REGLA CULTURAL EN EL CUIDADO DE LA SALUD

Prof. Diego Salazar y Dr. Robert Baker
(Escuela de Salud Pública, Facultad de Medicina, Universidad de Chile)

Este trabajo está basado en un conjunto de hipótesis que se resume a continuación. La cultura se define como un sistema de reglas generalmente liminales, subliminales o plenamente inconscientes. Estas reglas son operacionales, es decir, señalan a los miembros del grupo que practica una cultura, cómo deben hacer sus acciones, cómo deben pensar y organizar sus conceptos y cómo deben experimentar y expresar sus sentimientos.

Las reglas culturales estructuran de este modo la personalidad de cada sujeto, es decir, organizan su vida cotidiana; además hacen predecible la conducta propia y la de los demás miembros del grupo.

Por otra parte, las reglas de la cultura son generativas en el sentido que permiten a su portador ejecutar una cantidad enorme de actos nuevos, adaptados a los cambios en personas, lugares, momentos y situaciones que varían de una ejecución a otra. Así, por ejemplo, ocurre con la siguiente regla: "En un grupo cada persona debe recibir de los otros indicación de que han notado su presencia y la aceptan". Esta es una regla básica de educación y se expresa con lenguaje y/o gestos muy diferenciados según se trate de un niño, de un adulto de igual rango que otro, de un adulto de mayor rango que otro, de un adulto de sexo masculino o de sexo femenino; esta regla también se expresará de modo diferente según las personas estén reunidas en una fiesta informal, en una ceremonia religiosa, en un encuentro casual en casa de amigos comunes. El quebrantamiento de esta regla produce ofensa, y ésta se expresa en quejas tales como "no me saludó", "no se fijó en mí", "me ignoró".

El profesional de la salud puede provocar ofensas de este tipo al infringir reglas culturales, acto que suele surgir en él por desconocimiento de la existencia de esa regla. Por otra parte, si conoce una de estas reglas y sabe cómo, cuándo, dónde, con quién aplicarla, entonces se eleva la calidad del control que tiene de la situación, es decir, puede influir en ella de modo de elevar la probabilidad de éxito en su intervención. Por ejemplo, en su trato social con el paciente modesto debería observar una regla según la cual él debe actuar "como si" fuera "igual" que su paciente, pero sin realmente abandonar su estatus. Esto se llama en Chile "ser corriente" o "condescendiente" o "sencillo". Si un profesional muestra mucha preocupación por hacer evidente su estatus y la diferencia de estatus, será rechazado y probablemente descalificado en muchos aspectos. Pondrá así en peligro su aceptación, por ejemplo, como Director de un consultorio, por parte de la comunidad.

El objetivo de este trabajo es explicitar una regla que parece central en la conducta de pacientes chilenos de nivel alto, medio y bajo en el cuidado de su salud.

Materiales y Métodos

Se hizo análisis de contenido de las respuestas a cuestionarios administrados a 64 miembros de una comunidad semirural.

El análisis de contenido se hizo siguiendo el método llamado Abducción. Este método consiste en formular el problema de describir o explicar un fenómeno en términos de preguntarse qué condiciones deberían cumplirse para que el fenómeno estudiado se produzca del modo que se produce. Se trata de combinar la inducción acumulando hechos similares, y la deducción aplicando algún paradigma razonable que calce con los hechos.

En este caso, se aplicó el paradigma según el cual existen reglas del comportamiento, generalizado desde la lingüística generativa de Noam Chomsky. Se supuso, por lo tanto, la existencia de una "estructura profunda" de la conducta regulada por reglas no verbales.

Según esto, se analizaron las respuestas en busca de la mención de acciones que pudieran revelar reglas de conducta de los respondientes. El nivel sociocultural de estos fue medio alto, medio medio, medio bajo y bajo.

Resultados y Conclusiones

El análisis de los datos mostró básicamente seis conductas que predominan en el modo en que las personas dicen manejar a la persona enferma:

- (1) reducir la actividad del paciente.
- (2) manejar fármacos científicos o remedios caseros para enfrentar la patología.
- (3) seleccionar el agente según sea la percepción de gravedad de la patología.
- (4) comunicar lo que se sabe y se cree saber sobre el problema del paciente.
- (5) pagar la atención.
- (6) coaccionar al profesional de la salud para que dé la atención, cuando ésta, por algún motivo, encuentra barreras.

Todas estas acciones parecen tener como común denominador el ser un esfuerzo por participar activamente en el control de la situación del paciente. Si traducimos esta observación al concepto de regla, entonces obtenemos lo siguiente: el paciente o su responsable busca obtener, dentro del horizonte perceptivo que tiene, la máxima participación posible en el control de la situación. La persona hace a través de una o más de cuatro tipos de maniobras de control:

- (a) maniobras de selección del agente que atenderá el caso; hace esto eligiendo a cuál agente de salud acudir (científico o folclórico, por ejemplo), o pagando para obtener lo que, en su percepción, es una mayor eficacia y una mejor aceptación de su participación en el proceso.
- (b) maniobras de comunicación: se trata de expresiones verbales o de otro tipo, dirigidas a orientar la conducta del agente de salud hacia los modos de cuidado del paciente que a la persona le parecen adecuados. Las maniobras de comunicación van desde la búsqueda de informar al médico (u otro agente respecto de cuál es, en su opinión, el diagnóstico del problema y su probable causa), pasando por buscar atención para sus opiniones terapéuticas, hasta coacciones del tipo "no me muevo de aquí hasta que no me atiendan".
- (c) maniobras de protección: el paciente, por autoindicación o indicación del responsable de él, disminuye su actividad y se guarece en las condiciones controladas de su hogar.
- (d) maniobras terapéuticas: el paciente, o el responsable de él, atacan la patología con "elementos-antídoto" tales como remedios caseros, fármacos científicos, sanguijuelas, dietas especiales, etc.

Si el médico rechaza a los agentes alternativos, no presta atención a las comunicaciones de los pacientes o de sus responsables, impide o se opone a las maniobras caseras de protección o de terapia, infringe esta regla de maximización del control sobre la situación que orienta la conducta del paciente, esta infracción a la regla frustra al paciente y lo pone en conflicto con el profesional científico, el cual, a su vez, también configura su acción en relación al paciente exactamente con la misma regla. Surge así una Simetría Comunicacional, es decir, dos personas intentando controlar la misma situación de igual a igual, con intención de controlar tanto como sea posible al otro, es decir, restringiéndole al máximo su conducta. Sin embargo, el paciente parece buscar una relación comunicacional de Complemento más que simétrica, dado que él busca ayuda como un modo de completar su manejo del problema.

El profesional de salud, por su parte, intenta una relación comunicacional de Sustitución en la medida que, como revelan otros trabajos nuestros, trata de sustituir al paciente en tantas decisiones como sea posible, fundado en el concepto de que el paciente es ignorante en relación a su problema.

31. CONDUCTA RESOLUTIVA EN UNA MUESTRA DE POBLACION DE UNA COMUNIDAD SEMIRURAL

Sr. Diego Salazar y Dr. Robert M. Baker
(Escuela de Salud Pública, Facultad de Medicina, Universidad de Chile)

El comportamiento de cuidado de la enfermedad comienza, como sabemos, en el hogar del paciente. Este comportamiento es un factor condicionante de importancia en el curso de la patología, ya que incluye decisiones que afectan a los medios elegidos para solucionar el problema (fármacos o yerbas, médico o yerbatera, por ejemplo) y/o al momento de la evolución clínica en que el caso será llevado a los servicios de salud modernos.

La regla cultural que parece regir la conducta resolutiva de los pacientes es la siguiente:

El enfermo, o el responsable de él, tiende normalmente a controlar tantas variables como su percepción le señale, en el manejo del cuadro. Por lo tanto, se puede concebir la conducta resolutiva como un conjunto de opciones tomadas dentro de las posibilidades disponibles en un sistema de alternativas definidas cada uno por accesibilidad y/o eficacia atribuida.

El objetivo de este trabajo fue identificar la estructura de este sistema de alternativas, con el fin de comprender el modo cómo se configura la dinámica de utilización del nivel primario de atención.

Este nivel fue definido precisamente como el conjunto total de alternativas disponibles para la resolución de complejidad mínima de los problemas de salud de una comunidad.

Materiales y Métodos

Se entrevistó a 64 personas en una comunidad semirural de la Región Metropolitana, las cuales fueron definidas como informantes clave de los sectores alto, medio y bajo. Se les aplicó un cuestionario semiestructurado de tres preguntas relativas a la conducta seguida por el respondiente en caso de enfermedad propia, de un hijo o de un conocido, más una pregunta respecto a la conducta observada en otros al enfermar. Cada pregunta fue acompañada de una conversación corta con el respondiente en relación al tema de ella, con el fin de aclarar el contenido y contexto de la respuesta. Además se anotó sexo, edad y sector de residencia de cada respondiente.

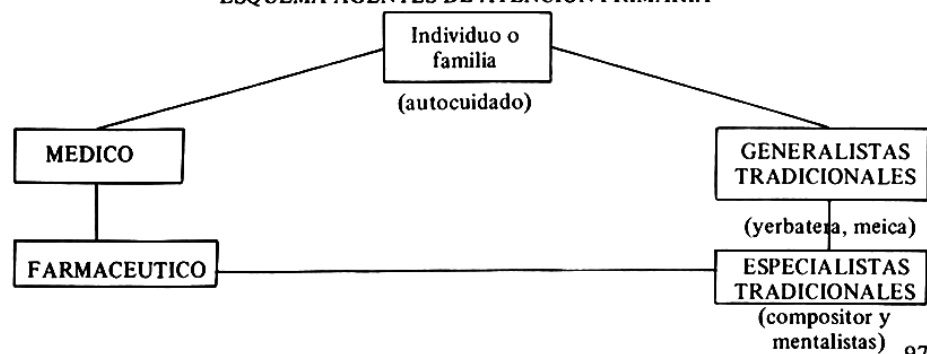
Los datos fueron analizados por la técnica de Análisis Componencial, con el fin de obtener una taxonomía de las opciones disponibles en el nivel primario para los respondientes.

Resultados y Conclusiones

El análisis de contenido mostró:

- distintos agentes de salud a los que recurre la población,
 - motivos para no concurrir al consultorio estatal, y
 - elección del agente de salud según la percepción de la gravedad de la enfermedad.
- a) **Agentes de Salud:** La población utiliza simultáneamente y sin sentido de contradicción distintos agentes de los sectores formal o informal. En el sector formal encontramos la medicina oficial, sea particular o privada.

ESQUEMA AGENTES DE ATENCION PRIMARIA

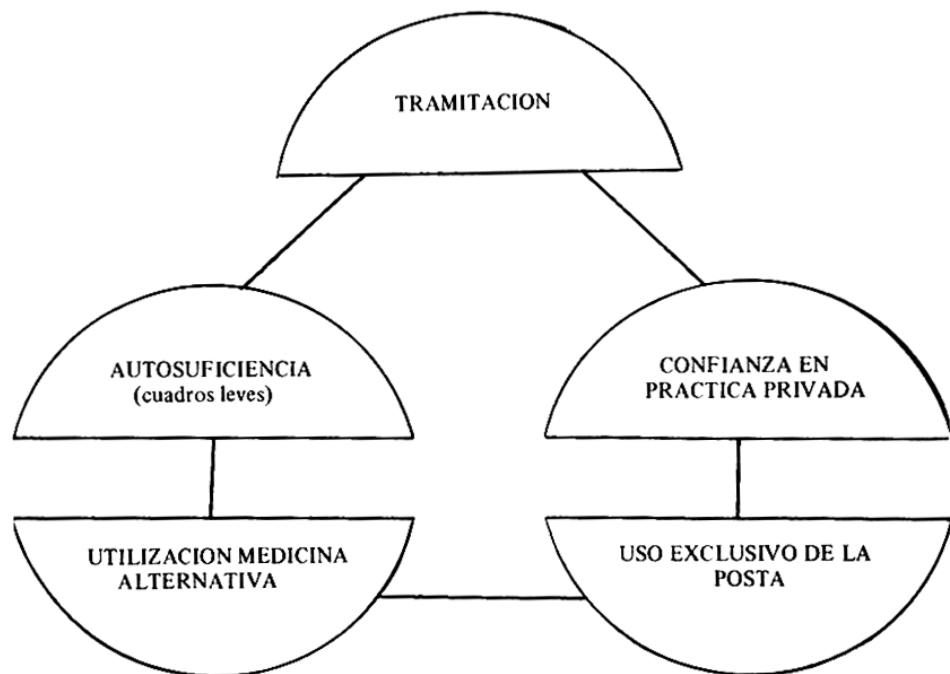


b) **Motivos de no concurrencia al Consultorio Estatal:** Se aduce no concurrir al consultorio por insatisfacción con éste y/o por búsqueda de otro tipo de atención. Entre los motivos más citados hallamos: tramitación excesiva, autocuidado ante cuadros leves, utilización de la medicina alternativa, mayor confianza en la medicina particular y uso exclusivo de la posta.

Un importante motivo de insatisfacción con el consultorio es la tramitación y la larga espera que implica atenderse ahí. El uso exclusivo del servicio de urgencia es una manera de obtener atención en forma más expedita.

En los sectores medios y alto, con frecuencia se prefiere la medicina particular. Esto deriva aparentemente de la convicción de que la medicina particular sería de mayor calidad que la estatal.

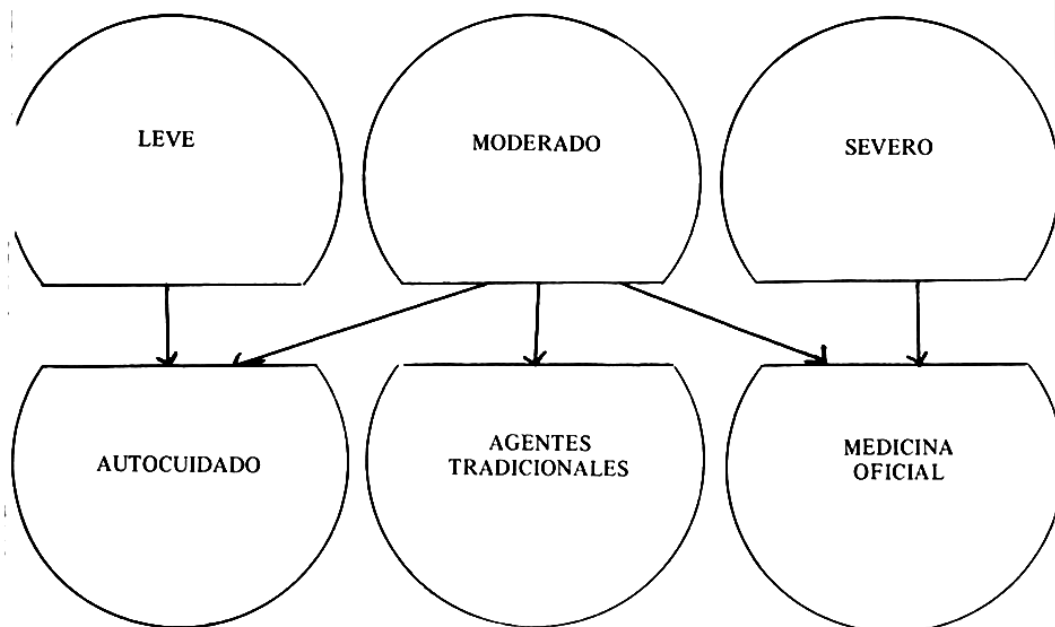
MOTIVOS DE NO CONCURRENCIA AL CONSULTORIO



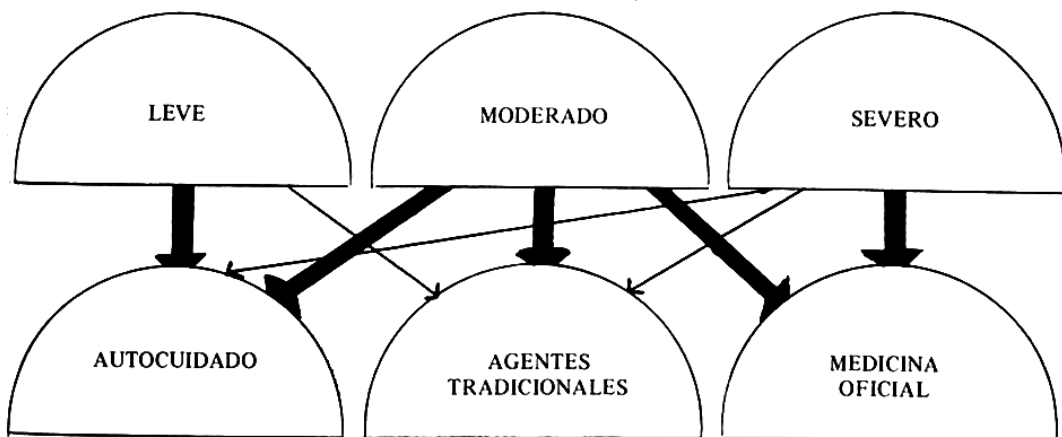
(mayor facilidad)

- c) **Elección del agente de salud según percepción de la gravedad de la enfermedad:** Cuando una enfermedad es considerada sólo leve, se prefiere el autocuidado sin excluir otras alternativas de atención. Si la enfermedad es percibida como severa, se prefiere, en cambio, la medicina oficial, lo que tampoco excluye otras posibilidades de atención (en paralelo o en serie). Cuando la condición es catalogada como moderada, la gama entera de posibilidades de atención se encuentra abierta sin gran diferencia entre ellas.

referencias en elección de agentes de salud, según percepción de gravedad de la enfermedad



Posibilidades de elección de agentes de salud según percepción de gravedad de la enfermedad:



NOTA: Las flechas gruesas indican la primera elección de agente de salud y las delgadas representan las otras posibilidades de elección.

32. EL "MAL" Y OTRAS DESCRIPCIONES MEICAS DE "SINDROMES" POPULARES DECLARADAS POR POBLACION DE REDUCCIONES INDIGENAS

Sr. Diego Salazar y Dr. Iván Álvarez
(Escuela de Salud Pública, Universidad de Chile y Servicio de Salud Bío-Bío)

Las concepciones semiológicas populares tienen un papel importante en las comunidades, pues determinan conductas y condicionan posiblemente incluso la aparición de ciertas patologías a través de procesos psicosomáticos inducidos por la convicción de estar o haber estado expuesto a adquirir esas patologías.

La concepción semiológica popular adquiere especial importancia si el síndrome o cuadro descrito por una comunidad es considerado por ésta como de naturaleza ignorada por el médico, o como erradamente interpretado por éste, pues, en estos casos, el paciente es tratado fuera del marco de la medicina oficial moderna. Es el caso del "fall-out" en la población negra americana, por ejemplo, que tiene algunas semejanzas con el llamado "mal" de nuestras comunidades pobres.

El "mal" apareció como una patología de descripción popular al intentar los autores cumplir los objetivos de:

- (1) identificar patologías "no conocidas por los médicos", de acuerdo al pensamiento de comunidades indígenas de la hoya del Alto Bío-Bío en Chile;
- (2) identificar los signos y síntomas por los cuales la comunidad reconoce esas patologías;
- (3) identificar los esquemas diagnósticos utilizados para reconocer, en general, si alguien está enfermo;
- (4) identificar patologías que esas comunidades declaran conocer.

Materiales y Métodos

Este trabajo se desarrolló en las comunidades indígenas residentes en las orillas del río Queuco, en la hoya cordillerana del Alto Bío-Bío, en Chile: Malla-Malla, Kañikú y Pitiril. Se realizaron entrevistas semiestructuradas de acuerdo a informaciones recogidas exploratoriamente con anterioridad de parte de informantes claves: una monja que vive desde hace muchos años sirviendo a estas comunidades y un mapuche bilingüe residente en una de las comunidades investigadas. Estos mismos informantes claves se encargaron de hacer las entrevistas.

Resultados y Conclusiones

El análisis de contenido de las respuestas rindió información en tres áreas semiológicas que se detallan a continuación:

- (a) Esquema diagnóstico inespecífico de enfermedad:

Adulto

Inapetencia	Dolor de cabeza
Somnolencia	Escalofríos
Palidez	"Cuerpo cortado"
Decaimiento	Falta de ánimo
Malhumor	Tristeza
Indiferencia	Habla poco
Mal color de la cara	Fiebre
Quejidos	Dificultad para caminar
"Atontado"	Siente frío
Duerme poco	

Niño

Decaimiento	Inapetencia
"Cae a la cama"	"Molestoso"
Somnoliento	"Llorón"
Nerviosismo	Quejidos
Inactividad (no juega)	"Ojos cambiados"

Vómitos
Sueño intranquilo

Hinchazón
"El color lo dice todo"

(b) Enfermedades que no conocen los médicos:

El Mal	El Utranalhue (espíritu malo)
Anchimalen	Golpes
"Punta"	"Cotipao"
Bokuin (enfermedad del vientre)	Pasmo al corazón
Locura	La Vesícula
La Hiel	Ver el animal del agua
El "Botacoral" o "Gotacoral"	El Sobreparto
La enfermedad de los riñones	La "Lastimaura"
El dolor al corazón	"El dolor de espalda"
El dolor de huesos	La enfermedad al hígado
El Reumatismo	

(c) Signología y Sintomatología del MAL.

Esta patología tiene una descripción que se configura de elementos al parecer psiquiátricos y otros de tipo físico similares a un cuadro vesicular.

Signos y Síntomas Físicos

No miran derecho, no miran bien, tienen mirada relumbrosa, les duele una parte al lado derecho, cuando viene el día suena el lado derecho, les "hervie" el estómago, les duele el estómago, les cae mal todo tipo de comida, les dan ganas de vomitar, vomitan, se les "tullen" los pies, sienten "andar" algo en el cuerpo, tienen mucha fuerza o no tienen fuerza, se enflaquecen, andan como "curados", se les desfigura la cara, tienen los ojos "dados vuelta", se hacen "tiras" la ropa, se les "corta" el cuerpo, les sale sangre del intestino, les cambia el cuero como la culebra.

Signos Psicológicos

Hablan al revés, a veces no se les entiende nada de lo que dicen, hablan disparates, se vuelven locos, nombran a la persona que les ha hecho el mal, se sienten perseguidos por ella, tienen visiones, ven fuego, ven bichos. Pierden el conocimiento, andan como loco, andan desesperados, andan como perdidos, hacen cualquier cosa. Están intranquilos, tienen miedo, se sienten afligidos, no pueden dormir, sueño intranquilo, les da sueño, duermen mucho, no quieren comer, se les "apura" el corazón, se ponen "soberbios", no respetan a las personas, les da "borrachera" de cabeza, caen al suelo, pierden el sentido, se niegan a hablar o a veces no pueden hablar.

Parasignos

Hay "sonajera" en la casa. En la noche alumbra una cosa como fuego, ladran los perros.

El anchimalen le alumbra el paso al enfermo.

El análisis de estos datos muestra lo que parece ser un cuadro calificable posiblemente de psicósomático o psiquiátrico acompañado de un fuerte componente somático.

El análisis global muestra claramente indicios de una concepción semiológica ampliamente desarrollada en las comunidades mapuches estudiadas. Si a esto agregamos sus concepciones etiológicas y terapéuticas, tendremos un cuadro organizado de lo que podemos denominar "medicina mapuche".

33. ANALISIS DEL CONCURSO DEL SNSS PARA LA NUEVA PROMOCION DE MEDICOS 1984-1985

Drs. Héctor Ugalde y Enrique Vicentini y Sr. Francisco Cumsille
(Escuela de Salud Pública, Facultad de Medicina, Universidad de Chile)

En un trabajo previo se analizaron las notas de egreso de las distintas escuelas de medicina del país, demostrándose diferencias que podrían influir en la posibilidad de optar a cargos al egresar de la Universidad. En este trabajo se pretende analizar los distintos elementos considerados en la selección para cargos SNSS (y actualmente U. de Chile) en los dos últimos años, y determinar las posibles diferencias existentes entre las distintas escuelas de medicina del país, en cuanto a la posibilidad de optar a cargos.

Material y Método

Este estudio se efectuó entre los meses de Enero y Septiembre de 1986; el universo considerado comprende a todos los médicos que postularon a los concursos SNSS en 1984-85, cuyos resultados se obtuvieron en la Escuela de Post-Grado de la Universidad de Chile.

En el análisis se consideran 6 variables:

- 1) Puntaje Total (PT): suma de 2 + 3 (Máximo posible: 100).
- 2) Puntaje Curricular (PC): Nota de egreso ponderada (Máximo: 85)
- 3) Puntaje Extracurricular (PE): Suma de 4 + 5 + 6 (Máximo: 15)
- 4) Puntaje Actividad vinculada a cargo: Ayudante alumno/Auxiliar Técnico (Máximo: 5)
- 5) Puntaje Trabajo de Investigación: Máximo 4 (Máximo: 5)
- 6) Puntaje Práctica de atención abierta: Trabajo en Consultorio o Posta rural en horario extracurricular (Máximo: 5).

Para el análisis de los resultados se determinaron los promedios y desviaciones estándar, utilizándose la prueba de diferencias de medias (t) en el análisis estadístico

Resultados

En la Tabla 1 se muestra la distribución de los postulantes a los concursos; lo primero que llama la atención es el gran número de postulantes para los escasos cargos ofrecidos (150 y 110 en cada año) por el SNSS; en promedio sólo el 14% de los que postulan logran algún cargo SNSS. Si consideramos a las Universidades, este porcentaje aumenta hasta 30-35 (principalmente becas autofinanciadas), con lo cual quedan cerca de 70% de los postulantes sin cargo.

Otro hecho destacable es que prácticamente todos los egresados postulan al concurso (en promedio más del 75%), independientemente de su real posibilidad (en general baja), lo que creemos revela su falta de perspectivas; también es importante destacar el gran número de postulantes atrasados (de promociones anteriores al año en que postulan), 49 y 40% del total en cada año.

En la Tabla 2 se presentan los resultados del concurso para cada año. Hay claras diferencias en el promedio total entre los dos años para todas las variables, las que son significativas, lo cual se explica ya que en 1984 se cambió el sistema de concurso a estas variables, con el consiguiente menor tiempo para obtener puntaje.

Al comparar los puntajes de los recién egresados con los atrasados, se observan claras diferencias en los dos años en cuanto a su PT, lo que se explica por las diferencias en el PE, ya que en cuanto al PC (nota egreso), las diferencias son mínimas.

Al comparar los puntajes entre las Universidades (recién egresados) se observa:

En relación al PT se ubican en un nivel superior 2 Universidades, Temuco y U. de Chile Oriente, cuyos resultados son significativamente superiores al resto; en las demás los resultados son variables en cada año, destacando en los últimos lugares a Valparaíso y U. Chile Sur, sin que sean significativas las diferencias con las demás.

Con respecto al PC, están en los primeros lugares U. Chile Oriente y Occidente, y en los últimos lugares, U. Chile Norte y Sur, con Temuco, sólo existiendo diferencias estadísticas de Oriente con las del grupo inferior en 1985.

En cuanto al PE, aparecen Temuco y Oriente como superiores al resto y Valparaíso con Occidente inferiores; sólo Temuco y Valparaíso en 1984, y Temuco y Oriente en 1985 son signifi-

cativamente distintas del resto. Al desglosar el PE en sus 3 componentes se observa que en 1984 Temuco es superior al resto en todos en forma significativa, y en 1985 en 2 de los 3 también ocurre esto; del resto destaca Oriente en 1985 como también superior al resto significativamente.

En relación a estos resultados, se aprecia que persisten diferencias en nota de egreso en las distintas Universidades, las que tienden a minimizarse, pero que no es éste el punto esencial en determinar las posibilidades para obtener cargos (PT), sino que más bien el que determina las diferencias finales es el puntaje extracurricular, puntaje que, creemos, depende de muchos otros factores (entre los cuales están las facilidades o dificultades de cada Universidad para obtener esos puntos), además que de la propia capacidad de cada sujeto, lo cual nos lleva a replantear nuevamente la necesidad de revisar el sistema de concurso y a la necesidad a corto plazo de la aplicación de una Prueba de Selección a los egresados, la que pueda ser ponderada junto a los demás antecedentes a fin de seleccionar en forma lo más adecuada posible.

TABLA Nº 1
DISTRIBUCION POSTULANTES AL CONCURSO
NUEVA PROMOCION SNSS

ESCUELA	Año	
	1984	1985
Norte-UCh.	140	117
Occidente-UCh.	63	67
Sur-UCh.	45	53
Oriente-UCh.	34	36
U. Católica	59	62
U. Valparaíso	31	30
U. Concepción	75	75
U. Austral	28	29
U. Temuco	21	17
SUB-TOTAL	496	486
Atrasados	481	320
TOTAL	977	806

TABLA Nº 2

RESULTADOS DEL CONCURSO NUEVA PROMOCION SNSS

ESCUELA	A ñ o					
	1984			1985		
	PT	PC	PE	PT	PC	PE
U. Temuco	82.43	69.48	12.95	82.53	69.93	12.60
Oriente-UCh.	80.18	71.29	8.89	85.29	73.22	12.96
U. Concepción	79.05	70.66	8.38	79.48	71.65	7.82
Occidente-UCh.	78.60	71.07	7.33	79.35	71.73	7.62
Norte-UCh.	77.96	69.48	8.46	79.38	69.96	9.40
U. Austral	77.52	71.05	6.47	81.41	71.66	9.74
U. Católica	79.17	69.77	9.40	78.77	70.19	8.57
Sur-UCh.	77.94	70.00	7.83	79.12	69.44	9.65
U. Valparaíso	76.79	70.90	5.90	78.40	70.45	7.76
\bar{X} Global egresados	78.59	70.24	8.30	79.89	70.76	9.13
\bar{X} Atrasados	74.81	69.76	5.03	75.93	69.73	6.20
\bar{X} TOTAL	76.73	70.00	6.70	78.31	70.35	7.97

34. CARACTERISTICAS DE LOS MEDICOS EGRESADOS DE LAS UNIVERSIDADES CHILENAS 1978-1982 (3a. PARTE)

Drs. Héctor Ugalde, Enrique Vicentini, Rodrigo Contreras y Raquel Carrasco y Sr. Francisco Cumsille
(Escuela de Salud Pública, Facultad de Medicina, Universidad de Chile)

En las V Jornadas Chilenas de Salud Pública realizadas en 1985 se presentaron las partes I y II de este trabajo.

El propósito de este trabajo es contribuir al conocimiento de la situación particular de los médicos de las últimas promociones.

Las características generales y los aspectos formativos ya fueron analizados. En esta etapa se describen algunas características del desempeño profesional de estos médicos.

Material y Método

Este estudio se llevó a cabo entre Marzo de 1983 y Septiembre de 1985, tomando como universo a todos los médicos cirujanos egresados de las Universidades chilenas en los años 1978 a 1982.

Se extrajo una muestra aleatoria correspondiente al 100% del total de egresados para cada Escuela y para cada año, con una unidad de reemplazo seleccionada aleatoriamente para cada integrante de la muestra, utilizable en el caso de domicilio no ubicable. Con este método se ubicó el 98,10% de los domicilios, correspondientes a 309 médicos.

A cada integrante de la muestra se le envió una encuesta de 4 páginas y 97 preguntas, por correo y/o entrega personal, repitiéndose hasta 3 veces el procedimiento, con sendas cartas explicativas, después de lo cual se consideraron encuestas no respondidas. Se obtuvo 84,10% de respuestas (260), cuya distribución por Escuelas y años es semejante a la del universo.

Se procesaron los datos en el computador del Servicio de Computación e Informática de la Universidad de Chile.

Resultados

1. Trabajo actual: Para este análisis se consideraron 250 médicos de la muestra, 10 fueron excluidos por no trabajar (4) o por residir en el extranjero (6).

Del total de médicos, 109 (43,60%) realiza un solo trabajo, 103 (41,20%), dos trabajos y 38 (15,20%), tres y más trabajos.

El rango de horas de trabajo diario fluctuó entre 1 y 15, con media de 8 hrs. y promedio de 8 hrs. 41 minutos. La mayor proporción de médicos trabaja más de 8 hrs. al día (43,60%), seguido de quienes lo hacen entre 6 y 8 hrs (41,60%).

La variable trabajo actual se dividió en dos categorías: trabajo principal y complementario, definidos de acuerdo al nivel de complejidad técnica y/o al número de horas de la jornada diaria que consumen.

En relación al trabajo principal (Tabla 1), se observa que el 620% lo realiza en el SNSS. Llama la atención el alto porcentaje de médicos que realizan su trabajo principal en el área privada. (120%).

En relación al sitio de trabajo, 3/4 partes se desempeñan en hospitales, proporción condicionada fundamentalmente por quienes laboran en el SNSS.

Las regiones que concentran la mayor proporción de médicos (800%) son la Metropolitana, la V, VIII y X, predominando ampliamente la Región Metropolitana. Quienes se definen como médicos generales se concentran en las regiones (800%), mientras quienes ejercen alguna especialidad se concentran aún más en la Región Metropolitana.

720% de los encuestados está contratado y 140% en programas de formación autofinanciados o ad-honorem. Desde un punto de vista evolutivo, se aprecia que los médicos contratados disminuyen desde 830% en 1978 a 490% en 1982.

El 560% de los encuestados refiere realizar uno o más trabajos complementarios que, en general, se desarrollan en el área privada (800%), y a honorarios.

2. Aspectos del desarrollo profesional: La Tabla 2 muestra los aspectos considerados como positivos o negativos por los médicos en respuesta a una pregunta abierta, los que fueron agrupados en categorías excluyentes por nosotros.

La principal preocupación de los médicos jóvenes es el perfeccionamiento, quienes han accedido a él manifiestan en su mayoría, como positiva la sola posibilidad de acceso; mencionados con menor frecuencia fueron el mantener contacto con hospitales, recibir supervisión técnica, etc.

El segundo aspecto mencionado se refiere a las condiciones laborales, valoradas mayoritariamente en forma negativa, destacando individualmente la falta de implementación y recursos, la sobrecarga-asistencial y la inestabilidad laboral. De los hechos positivos en este rubro, destaca que el solo hecho de tener trabajo acumula 1/3 de las respuestas.

En el tercer aspecto, los personales, predominan las opiniones positivas, en especial referidas al ambiente de trabajo y emitidas por especialistas. En las negativas, la mayoría se relaciona a las escasas posibilidades de progreso expresadas por los médicos generales.

El aspecto económico es mencionado mayoritariamente como negativo, referido exclusivamente a la deficiente remuneración. Quienes valoran positivamente este aspecto trabajan principalmente en el área privada. Destaca que el 20% de las respuestas positivas en este ítem se refieren al hecho de percibir sueldo por el trabajo que se realiza.

Los aspectos sociales, valorados sólo en forma positiva, son relevados por los médicos generales, especialmente por aquellos de los consultorios.

Finalmente, se analizan algunas características relativas a la percepción de los encuestados respecto de sus ingresos económicos.

TABLA Nº 1

CARACTERISTICAS DEL TRABAJO ACTUAL PRINCIPAL

INSTITUCION	%
S.N.S.S.	62,2
Universidad	16,3
FF.AA.	5,7
Consulta Privada	5,6
Municipalidad	4,1
Otras	6,1
Total	100,0
SITIO DE TRABAJO	
Hospital	75,8
Consultorio	13,1
Consulta Privada	5,6
Otro	5,5
Total	100,0
REGION	
Metropolitana	51,2
VIII	10,5
V	6,9
X	6,9
Otras	24,5
Total	100,0

SITUACION CONTRACTUAL

Contratado	72,7
Honorarios	11,8
Autofinanciado	8,0
Ad-honorem	5,9
P.E.R.H.	2,3
Total	100,0

TABLA Nº 2**ASPECTOS DEL DESARROLLO PROFESIONAL
SEGUN VALORACION**

	Positivos (o/o) (n = 452)	Negativos (o/o) (n = 412)
Perfeccionamiento	36,3	33,0
Condiciones laborales	17,0	35,7
Personales	28,8	7,5
Económicos	8,4	19,4
Sociales	5,8	—
Otros	3,7	4,4
TOTAL	100,0	100,0

34-B. ANALISIS DE LA LABOR DEL INTERNO DE MEDICINA EN LA ATENCION PEDIATRICA PRIMARIA

Drs. Pablo Araya, Ana María Kaempffer, Claudio Torres, Juan J. Velasco, Srta. Erika Zambra
y Víctor Wildner
(Escuela de Salud Pública, Universidad de Chile y Consultorios de Lampa y Batuco)

El trabajo es un análisis de la labor del interno de medicina en la atención pediátrica primaria.

Se realiza en la comuna de Lampa, con sus consultorios de Lampa y Batuco. La estadía en estos consultorios es parte del internado de Pediatría de los internos de la División de Ciencias Médicas Norte de la Universidad de Chile en un programa auspiciado por esa Universidad, la Fundación Kellogg y la I. Municipalidad de Lampa.

Los objetivos generales son:

- a) Cuantificar la labor del interno de medicina en la atención pediátrica primaria.
- b) Analizar la frecuencia de consulta de los distintos grupos de patologías.

El trabajo se realiza en base a las hojas diarias de atención prestada durante los años 1984 y 1985.

Se incluyen datos generales como población, área, tasa de natalidad, mortalidad infantil, etc. de la comuna de Lampa.

Entre los resultados del trabajo destacan los siguientes hechos:

- Aproximadamente el 70% (66%) del total de consultas pediátricas prestadas (Lampa y Batuco, 1984 y 1985) son realizadas por internos de Medicina.
- La patología de más frecuente consulta es la del sistema respiratorio alto, la que se concentra en el segundo y cuarto trimestre del año.
- El rubro "otras" corresponde a un tercio de las consultas.
- Los cuadros diarreicos tienen su mayor incidencia en el primer trimestre de cada año.

Se incluye en este resumen dos tablas de resultados.

Entre las conclusiones se destaca el importante aporte del interno de Medicina, ya que a él le corresponde aproximadamente dos tercios de las consultas pediátricas primarias.

Este aporte, transformado en dinero, tomando en cuenta el valor del FAPEM y descontando los gastos por concepto de movilización, alojamiento, alimentación, etc., tiene un valor anual de \$ 8.130.296.

También se destaca los beneficios que este programa aporta al interno de Medicina, tanto en conocimientos como en su formación humana.

Concluye el trabajo destacando la experiencia como algo beneficioso, tanto para el futuro médico en formación como para el sistema de salud, y principalmente para la población, destinaria final de toda acción médica.

TABLA Nº 1

TABLA RESUMEN DE CONSULTAS PEDIATRICAS (1984-1985)

Mes	Consultas totales	Consultas por Internos	Porcentaje
Enero	3.080	2.189	71,0
Febrero	2.173	1.647	75,8
Marzo	2.687	1.769	65,8
Abril	3.027	1.846	61,0
Mayo	3.178	2.162	68,0
Junio	4.040	2.579	63,8
Julio	3.189	2.390	74,9
Agosto	3.121	2.085	66,8
Septiembre	2.730	1.881	68,9
Octubre	3.949	2.447	61,9
Noviembre	4.007	2.446	61,0
Diciembre	3.107	1.838	59,2
TOTAL	38.318	25.309	66,0

TABLA Nº 2

**CONSULTAS SEGUN GRUPO DE CAUSAS Y TRIMESTRE.
LAMPA Y BATUCO. 1984-1985**

	T r i m e s t r e				Total	o/o
	1o	2o	3o	4o		
Diarrea	1.401	624	446	1.152	3.623	9,5
Resp. Altas	2.598	4.253	3.298	4.028	14.177	37,0
Resp. Bajas	712	2.168	2.407	2.266	7.553	19,7
Otras	3.229	3.203	2.889	3.617	12.938	33,8
Total	7.940	10.248	9.040	11.063	38.291	100,0
o/o	20,7	26,8	23,6	28,9	100,0	

35. COMPORTAMIENTO REPRODUCTIVO DE LA MUJER NATIVA INSULAR MAR INTERIOR DE CHILOE Y AYSÉN, 1986

Matr. Máximo Homann, Drs. Marco Anabalón y Héctor Fernández y Srs. Jorge Saavedra, Mónica Moreno, Arturo Pinto, Juan Fernández, Adelaida Ancapán, Andrea Pérez y Francisco Eskenazi
(Consultorio Cirujano Videla, Facultad de Medicina, Universidad de Concepción)

El Consultorio Cirujano Videla fue un establecimiento de atención ambulatoria de nivel primario con características propias. Creado en 1982 por iniciativa de la Facultad de Medicina de la Universidad de Concepción, mediante la firma de un convenio tripartito, Universidad de Concepción, Ministerio de Salud y Armada de Chile, tuvo como propósito fundamental apoyar la realización de los programas de medicina rural y salud comunitaria que las diferentes oficinas de terreno de los establecimientos hospitalarios, pertenecientes a los Servicios de Salud Llanquihue y en la X región y Aysén en la XI, desarrollan en el mar interior chilote.

La vasta área de operaciones de este establecimiento, estimada en 51.100 Km², corresponde a un territorio abrupto y complicado, producto de una tectónica combinada de hundimientos y glaciaciones que fragmentaron la sección sur-austral del valle central, hace miles de años atrás, y dieron origen a la actual región archipelágica, los golfos y la densa red de canales que la surcan.

Pese a que las crónicas especializadas nos hablan de sus habitantes desde hace varios siglos, la población actual se caracteriza más bien por ser relativamente joven, aunque demuestra una clara tendencia al envejecimiento hacia el año 2000, fecha en la cual, aproximadamente un 110/o a un 140/o de los jóvenes se habrán trasladado hacia las grandes ciudades que ya se comienzan a perfilar.

Por ahora, estimamos que en esta área de operaciones habitan cerca de 14.000 personas, todos ellos en calidad de beneficiarios de este proyecto de extensión universitaria en salud. La estructura de población según grupos etarios nos señala que el 620/o de ellos son sujetos mayores de 15 años de edad, principalmente de 15 a 44 años, los que en su conjunto alcanzan al 690/o del anterior porcentaje. Según sexo, la proporción global de hombres es de un 490/o, con una razón de masculinidad del orden de 95,70/o; esta discreta diferencia se debería más bien a la mortalidad, en términos generales, que a las migraciones, ya que en el grupo de 15 a 44 años (momento de auge de la población económicamente activa), las estimaciones nos demuestran que ocurre exactamente lo contrario, en todo caso, esto último no es concluyente, ya que gran parte de estos varones son trabajadores ocasionales y estacionales que han sido atraídos hasta la zona por la esperanza de ocupaciones altamente lucrativas relacionadas con el "exterminio" de los viveros naturales de mariscos, crustáceos y de los bancos de peces del área, por lo que la estimación de población masculina podría resultar inferior de la que ahora tenemos.

Respecto de las mujeres chilotas, éstas han sido por siempre el eje central del núcleo familiar y aunque algunos intentan polemizar al respecto, la estructura social y la cultura de estas comunidades tienen un marcado acento matriarcal. Revisar en toda su extensión las implicancias de estos conceptos es interesante y atractivo, sin embargo, nos alejaría de nuestra intención inicial, cual es revisar los aspectos más destacados de su comportamiento reproductivo con miras a optimizar la prestación de servicios de salud materno-infantiles, no tanto para la actual generación beneficiaria, sino más bien, para aquella que está por venir y en actual formación.

Nuestro interés por hacerla área prioritaria de acción se fundamenta en el reconocido valor que la mujer, como madre, tiene en el mantenimiento del estado de salud alcanzado por la familia y en la necesidad de proteger y cautelar el bienestar individual de la población chilota desde etapas muy precoces de su desarrollo, lo que necesariamente nos lleva hasta el momento mismo de la concepción y por ende a fijar nuestra atención en la mujer en edad fértil.

Propósito: Revisar los aspectos más destacados del comportamiento reproductivo de la mujer nativa insular en edad fértil, para optimizar la prestación de servicios de salud materno-infantiles a la población beneficiaria ubicada en nuestra área de operaciones, en el mar interior de Chiloé y Aysén.

Objetivo General: Analizar el comportamiento reproductivo de la mujer nativa insular en edad fértil e intentar calificarlo en términos cuali-cuantitativos.

Objetivos Específicos: 1) Conocer las características generales socioculturales de las mujeres nativas insulares en edad fértil, en nuestra área de operaciones. 2) Conocer las características

generales de la condición de salud de las mujeres nativas insulares en edad fértil. 3) Conocer las características generales de la vida sexual de la mujer nativa insular y de su compañero sexual. 4) Conocer las características generales de la vida obstétrica de la mujer nativa insular en edad fértil. 5) Conocer las características generales de la vida ginecológica y algunos elementos de paternidad responsable de la mujer nativa insular en edad fértil. 6) Comparar las características generales del comportamiento reproductivo de la mujer nativa insular en edad fértil adulta con el de las adolescentes actuales desde el punto de vista de los riesgos biológicos de su sexualidad.

Población: Para la realización de este estudio se tomó una muestra de 600 mujeres nativas insulares en edad fértil, escogidas al azar de entre aquellas que se encuentran bajo control de salud en alguna de las postas de salud rural que atendemos periódicamente en el mar interior de Chiloé y Aysén y costa continental.

La cobertura real y efectiva alcanzada por nuestros programas de atención materno-perinatal para el grupo de 15 a 44 años, es del orden del 970/o en toda nuestra área de operaciones.

La población estimada para este grupo de mujeres alcanza a las 2.927 personas. Si de esta cifra deducimos la cobertura real y efectivamente alcanzada, la muestra seleccionada equivale a un 210/o.

Instrumentos: Para la recolección de la información se elaboró un formulario tipo encuesta con preguntas cerradas y abiertas que además nos permitía registrar los datos provenientes del examen físico y de la revisión de ficha clínica de la paciente. Para el manejo de la información y de su interpretación, se elaboraron formularios del tipo consolidados que nos facilitaron el procesamiento manual de los datos.

Metodología: Planificada la investigación operacional, se procedió a probar los instrumentos en un grupo testigo y posteriormente, una vez corregidos y ajustados, se aplicaron a la población en estudio.

La metodología fue sencilla, a cada caso seleccionado, todos ellos asistentes espontáneos a la posta de salud rural el día de ronda médica, se les entrevistó, se revisó su ficha clínica y se le practicó un examen físico general y segmentario completo, además de resolverle su motivo de concurrencia a la posta en esa oportunidad.

Tiempo y Recursos: El tiempo total de este estudio fue de 8 meses, desde Noviembre de 1984 a Mayo de 1985, posteriormente la nave Consultorio Cirujano Videla entró a reparaciones mayores por espacio de 9 meses, lo que nos obligó a postergar el desarrollo de todas nuestras actividades en ese período.

Los recursos económicos para el desarrollo del estudio fueron de parte del autor principal, y el patrocinio de la Facultad de Medicina de la Universidad de Concepción.

36. EFECTO DE LA PARIDAD SOBRE EL ESTADO NUTRICIONAL MATERNO

Enf. Dora Fabara, Dr. Eduardo Atalah y Sra. Verónica Botteselle.
(Escuela de Salud Pública y Depto. de Nutrición, Facultad de Medicina, Universidad de Chile)

Numerosos estudios recientes han evaluado la relación entre nutrición materna, crecimiento fetal y lactancia. En cambio, existe muy poca información respecto al efecto del ciclo reproductivo sobre el estado nutricional materno.

El embarazo y la lactancia determinan un aumento importante de las necesidades nutricionales, las que habitualmente no son cubiertas por las dietas de las familias de bajos ingresos. La repetición frecuente de este ciclo podría condicionar, por lo tanto, disminución de las reservas nutricionales y, eventualmente, un deterioro del estado nutricional materno.

Por otra parte, el embarazo normal determina un incremento promedio de 12 Kg. de peso, de los cuales 4 Kg. corresponden a grasa materna, reserva energética que debiera ser utilizada durante la lactancia. Como esto no siempre ocurre (lactancia corta, alimentación hipercalórica), los embarazos respectivos podrían provocar obesidad en la mujer.

El propósito del trabajo es evaluar el efecto de la paridad en el estado nutricional materno. El estudio se realizó en dos Consultorios del Servicio de Salud Metropolitano Norte, donde se seleccionó, en forma aleatoria, una muestra de 250 púerperas que cumplieran con las siguientes condiciones: edad entre 20 y 35 años, primer control prenatal antes de las 20 semanas, último control después de las 36 semanas de gestación y control del puerperio entre los 5 y 15 días post parto. De acuerdo a la paridad se formaron 4 grupos (paridad 1, 2, 3 y ≥ 4), seleccionando en cada uno de ellos 70 mujeres, salvo el de las grandes múltiparas que estuvo formado por 40, por dificultades para encontrar un mayor número dentro del rango de edad establecido.

En condiciones estandarizadas se midió peso, talla, perímetro braquial y pliegues cutáneos, a partir de los cuales se calculó índice peso-talla, perímetro y área muscular del brazo (Frisancho) y masa grasa (Durnin). De la ficha materna se obtuvo el peso calculándose el índice peso-talla al primer y último control prenatal. El nivel socioeconómico fue determinado según la encuesta de Graffar modificada.

La edad promedio del grupo fue 26.8 ± 3.7 años, con una diferencia de 5.8 años entre las paridades extremas (24.9 y 30.7 años). El 63.60% de la muestra corresponde al nivel 4 de Graffar (medio-bajo) y sólo el 80% se puede considerar de extrema pobreza.

La relación peso-talla materna muestra una asociación significativa con la paridad, con un aumento aproximado de un 30% del índice de peso en cada nuevo embarazo, ya sea al inicio del control prenatal o en el puerperio inmediato ($p < 0.02$) (Tabla 1).

Esto determina un aumento significativo de la obesidad materna a medida que aumenta la paridad, con una prevalencia en el primer control prenatal 5,7 veces mayor en las grandes múltiparas en comparación con las primíparas. Inversamente se produce una disminución significativa de la desnutrición materna (Tabla 2). El mismo fenómeno se produce en el puerperio, destacando que el sobrepeso y la obesidad afecta al 72,50% de las grandes múltiparas.

El perímetro y el área muscular muestran la misma tendencia (incremento progresivo con la paridad $p < 0.005$) y no así la masa grasa que se mantiene constante como porcentaje del peso total materno.

La frecuencia de anemia (Hb. y Hto.) no mostró diferencias significativas con la paridad e, incluso, tiende a ser menor en las grandes múltiparas.

Se concluye que en nuestro medio el ciclo reproductivo no condiciona desnutrición materna sino, por el contrario, se asocia con un aumento progresivo de la obesidad. Este hecho reafirma la necesidad de aplicar criterios individuales para orientar el incremento de peso de la embarazada, en función del estado nutricional materno. Dadas las diferencias de edad en el grupo estudiado deberán validarse estos resultados en un rango de edad más estrecho que permita un mejor control de esta variable.

TABLA Nº 1

RELACION PESO-TALLA EN EL EMBARAZO Y PUERPERIO SEGUN PARIDAD

Paridad	Primer Control Embarazo \bar{X}	Ultimo Control Embarazo \bar{X}	Primer Control Post-Parto \bar{X}
1	102.2	103.7	111.2
2	106.0	105.0	114.5
3	109.6	107.5	116.3
≥ 4	110.1	108.1	120.5
F	$p < 0.01$	p N.S.	$p < 0.02$

TABLA Nº 2

**ESTADO NUTRICIONAL MATERNO EN EL PRIMER CONTROL PRENATAL
SEGUN PARIDAD**

Paridad	Enflaquecida o/o	Normal o/o	Sobrepeso o/o	Obesa o/o
1	12.9	68.5	12.9	5.7
2	14.3	50.0	15.7	20.0
3	7.1	48.6	22.9	21.4
≥ 4	2.5	47.5	17.5	32.5
Total	10.0	54.4	17.2	18.4

$X^2 \ 21.35 \ p < 0.01.$

37. ESTUDIO DEL ESTADO DE SALUD BUCAL DE LA EMBARAZADA DE LA COMUNA DE ANDACOLLO (1984-1985)

Dra. Edith Lampe.
(Hospital de Andacollo)

Durante el embarazo se reconocen varios cambios fisiológicos en el organismo de la mujer, éstos también se presentan en la cavidad bucal y compete al Odontólogo el diagnóstico y tratamiento de ellos, los cuales pueden prevenirse con una buena educación sobre hábitos de higiene oral.

En la boca es frecuente observar alteraciones como sangrado espontáneo o provocado de la encía, y cambios en su aspecto normal lo que puede ir acompañado de dolor, náuseas y molestias de importancia para la paciente.

En lo relacionado a las piezas dentarias, se aprecian signos de enfermedad dental (Caries), producto muchas veces de la falta de hábitos de higiene, sumado a esto la alteración fisiológica relacionada con la movilización del calcio, todo esto acarrea la aparición de caries o el agravamiento de las ya existentes. Estas patologías pueden traer como consecuencia neuralgias y molestias que darán síntomas dolorosos acentuados.

Estos focos sépticos (Caries, Gingivitis, Restos Radiculares) pueden ser punto de partida a gérmenes que producen otras patologías, tales como reumatismo, ureteropielitis, etc.

Valiéndonos de que toda embarazada goza de gratuidad para recibir atención Médica y Dental, se le deben dar las acciones posibles para recuperar o rehabilitar el estado de salud, alterado o perdido.

El programa de Salud Bucal, establece como objetivo disminuir la morbilidad de las lesiones Buco-Máxilofaciales.

Por lo anteriormente expuesto se realizó el presente trabajo en la comuna de Andacollo.

Objetivos

1. Observar en este grupo de población la prevalencia de las dos enfermedades bucales, Caries y Periodontopatías (Gingivitis).
2. Establecer el promedio de piezas dentarias, perdidas, afectadas de Caries, y restos radiculares.
3. Establecer si existe relación entre la presencia de Enfermedad Gingival con la edad de la paciente, los hábitos de higiene que presenta y los meses de embarazo en que se encuentra.
4. Analizar la importancia del Examen Bucal realizado a la embarazada, y el rol de las matronas, derivando en forma oportuna a estas pacientes.

Materiales y Método

El universo correspondió a 217 embarazadas de 17 a 43 años atendidas en el Servicio Dental del Hospital de Andacollo. A éstas se les practicó un examen bucal y una ficha que contenía toda la información necesaria para este estudio, y luego se analizó por método de estadística descriptiva.

Los resultados se expresan en porcentajes para establecer las comparaciones pertinentes.

Resultados

En las pacientes analizadas, el 68,20/o son menores de 25 años y el 31,80/o son mayores de 25 años.

En relación al período de embarazo en que se encontraban, el 44,70/o tenían menos de tres meses y el 55,30/o, más de tres meses.

Se obtuvo que hay diferencias notables: al comparar los grupos de edades, las embarazadas con más de 25 años mostraron una mayor pérdida dentaria, sus arcadas estaban discontinuas, siendo el promedio de piezas dentarias perdidas, de 5 piezas, y de 4 para las menores de 25 años.

El estado de Salud Dental fue similar en ambos grupos de edad, resaltando que el 94,50/o presentaron Caries, obteniéndose como promedio de Caries por boca, seis piezas dentarias afectadas, en las menores de 25 años y de cinco para las mayores de 25 años.

Es de apreciable consideración la presencia de restos radiculares en bocas de pacientes embarazadas, siendo poco menos de la mitad las que presentaron esta situación, lo que constituye un peligro para la paciente y su guagua.

La higiene catalogada como mala, muchas veces por desconocimiento o ignorancia de los hábitos de higiene bucal, le correspondió a más de la mitad del universo en estudio, siendo en parte la responsable de la presencia de enfermedades como Caries y Periodontopatías.

La presencia de Gingivitis no tiene relación con la edad de la paciente.

Al Diagnóstico Clínico del estado de Salud Gingival, esto indicó que hay cierta dependencia entre la presencia de Gingivitis y los meses de embarazo que presentaba la paciente, más aún al observar la difusión del proceso inflamatorio, observándose que en el grupo con más de tres meses de embarazo fue más frecuente encontrar Gingivitis (94,20/o), en comparación con las que presentaban menos de tres meses de embarazo.

Conclusiones

1. En el grupo en estudio se mantiene la alta prevalencia de Caries (95,70/o), semejante a los índices ya establecidos.
2. Se debe difundir que durante los meses de embarazo las normas de higiene bucal deben acentuarse.
3. Los Restos Radiculares son focos infecciosos, no se deben mantener en pacientes normales.
4. No todas las embarazadas presentan Gingivitis durante su período de embarazo, ésta mostró dependencia del tiempo de embarazo y también de la higiene.
5. La derivación al Odontólogo de toda embarazada, debe ser, en lo posible, durante los primeros meses de embarazo, siendo más beneficioso para ambos, es decir, paciente y profesional, especialmente en lo referente a Salud Gingival.
6. La matrona, debe de instruir a su paciente sobre las medidas de higiene bucal, previniendo o atenuando la aparición de enfermedad Gingival.

TABLA Nº 1

ESTADO DE SALUD BUCAL DE LA EMBARAZADA DE ANDACOLLO

	Menores de 25 años		25 años y más	
	Nº	o/o	Nº	o/o
Bocas sin Caries	9	6,1	3	4,3
Bocas con Caries	139	93,9	66	95,7
Bocas sin Restos Radiculares	75	50,7	46	66,7
Bocas con Restos Radiculares	73	49,3	23	33,3

TABLA Nº 2

**DIAGNOSTICO CLINICO DEL ESTADO DE SALUD GINGIVAL EN RELACION
A LOS MESES DE EMBARAZO QUE PRESENTABA LA PACIENTE**

		Menores de 25 años		25 años y más		Total	
		Nº	o/o	Nº	o/o	Nº	o/o
Encía Sana		21	21,7	7	5,8	28	12,9
Gingivitis	Localizada	37	38,1	32	26,7	69	31,8
	Generalizada	39	40,2	81	67,5	120	55,3
TOTAL		97	100,0	120	100,0	217	100,0

38. EVALUACION DE LA EDUCACION GRUPAL A PRIMIGESTAS EMBARAZADAS DEL AREA CENTRAL DE SALUD REGION METROPOLITANA

Srs. Silvia Espinoza, Silvia Campano, Raúl Aguila, Hernán Arraño, Angélica Ayarza, Pamela Cuñado,
Mario Ojeda y Jorge Torres
(Depto. Salud Pública, División Ciencias Médicas Sur, Facultad de Medicina)

Es una de las estrategias de la Atención Primaria en la meta de Salud para Todos en el año 2000, el de Educar a la población, prioritariamente sobre la importancia de la Paternidad Responsable y de la protección a la embarazada primigesta, favoreciendo cambios en la conducta de este grupo, con el fin de contribuir a descender los índices de Morbimortalidad Materna-Infantil.

Es nuestra inquietud evaluar el nivel de preparación con que estas madres enfrentan el proceso de reproducción tan importante para ella y su grupo familiar.

Con este propósito, y siendo el Area Central de Salud un campo de experiencia docente-asistencial que tiene bajo control alrededor de 5.000 embarazadas, de las cuales aproximadamente el 120/o son primigestas, pensamos que sería de interés el realizar esta "Evaluación" de tal manera que el Servicio disponga de información que la permita organizar y distribuir sus recursos para la realización en la mejor forma posible de esta actividad, además de dar la importancia que esta educación de grupo tiene en el logro de las metas y sub-metas planteadas por este Servicio de Salud.

Objetivo General:

Evaluar la educación grupal recibida por las mujeres embarazadas primigestas en control en los Consultorios del Area Central de Salud.

Objetivos Específicos

- Dar a conocer el Programa de Educación Grupal establecido para las embarazadas en el Area Central de Salud.
- Conocer los contenidos Educativos de grupo realizados a la población de embarazadas primigestas en estudio.
- Determinar los conocimientos adquiridos por la embarazada primigesta a través de la Educación Grupal sobre:
 - Importancia del control de Embarazada
 - Higiene del control de Embarazo
 - Lactancia Materna
 - Parto y Hospitalización
 - Cuidados del Puerperio
 - Cuidado del Recién Nacido
 - Paternidad Responsable.

Metodología

La población en estudio la constituyeron las Embarazadas Primigestas del 9º mes (36 semanas y más de gestación) que se controlaron en los Consultorios del Area de Salud Metropolitana Central (Consultorios de Lo Valledor, Nogales, Maipú, Nº 5, Nº 1, Cerrillos y San José de Chuchunco), quienes tienen programados que cada embarazada bajo control reciba cinco (5) contenidos Educativos Grupales de los cuales: 3 son de responsabilidad de la matrona, 1 de la nutricionista y 1 de la asistente social.

Para la obtención de la información se aplicó una Encuesta a cada embarazada que asistió a control entre la 2ª, 3ª y 4ª semana de Agosto que reunían los requisitos exigidos, es decir, ser primigesta y tener 36 semanas de gestación o más, en esta forma se logró encuestar al 1000/o de embarazadas bajo control.

Conclusiones

El presente estudio nos señala que la población de primigestas bajo control en los Consultorios del Area Central de Salud, es una población joven; más del 600/o tiene entre 20 y 29 años y más del 300/o es aún adolescente entre 16 y 19 años.

Cabe destacar el alto nivel de Escolaridad de este grupo; el 56,50/o tiene 11 años y más de estudios, incluyendo casi un 150/o de población con Educación Superior (Universitaria, Contabilidad, Secretariado Ejecutivo) (Tabla Nº 1).

En cuanto a las acciones Educativas Grupales programadas (5 contenidos durante el control del Embarazo) para este grupo de madres jóvenes que se presentan en su mayoría en forma precoz al control de su gestación, y que deberían tener prioridad en esta acción de Salud, sólo el 420/o de ellas tuvo oportunidad de recibir Educación Grupal y de los 5 contenidos programados más de la mitad sólo recibió 1 contenido (56,30/o) (Tabla Nº 2) de algunas de las profesionales del Equipo (matrona, nutricionista y asistente social).

La Encuesta realizada a las embarazadas primogestas de 36 semanas y más de gestación en control durante la 2ª, 3ª y 4ª semana de Agosto del presente año, constaba de 31 preguntas orientadas a evaluar conocimientos del Embarazo, Parto, Puerperio, Lactancia, Planificación Familiar, Seguridad Social y opiniones como hábito de fumar, número de hijos deseados y medios de comunicación más utilizados y aceptados por las madres.

De la tabulación de las respuestas se colige que, en cuanto a conocimientos respecto al embarazo, un alto porcentaje (90 a 950/o) responde correctamente en cuanto a la importancia del control de Salud durante la gestación, de la importancia que sea precoz, con la realización de Exámenes de Laboratorio, con un alza de peso de 1 a 2 kg. mensualmente, con cuidados de aseo personal, un buen consumo de leche en la alimentación, conoce algunas urgencias como son los "sangramientos", en cuanto a lactancia materna existe un buen conocimiento y disposición para ella.

En cuanto a Parto y Puerperio, en este aspecto los conocimientos de las embarazadas son menores. Aproximadamente sólo el 500/o sabe lo que son las contracciones uterinas y lo que significan durante el trabajo de parto y el parto mismo; ignoran cómo se producirá su parto. En cuanto a los cuidados de puerperio, el 300/o sigue opinando que no debe bañarse e ignora que debe tener "reposo sexual" durante este período. En cuanto a los cuidados de Recién Nacido, el 250/o ignora cuándo debe bañarse y un 600/o afirma que debe administrarse agua durante el día o declara ignorancia al respecto.

En cuanto a Planificación Familiar, el 600/o no sabe si hay relación entre Paternidad responsable y el uso de algún método anticonceptivo.

En relación a preguntas distractoras, como el hábito de fumar, encontramos que el 330/o mantiene este hábito (entre 1 a 6 cigarrillos al día) y en cuanto al número de hijos deseados, el 600/o plantea como ideal tener 2 hijos.

Como medios de información que más le han aportado durante su embarazo, señalan en 1er. lugar a su familia, 2º a las revistas y 3º a la Televisión. En cuanto al medio de información que les merece más confianza, señalan en 1er. lugar al Consultorio donde se controlan, 2º a la familia y 3º a las revistas.

A pesar de que sólo el 420/o tuvo Educación Grupal, las madres consideran que habría sido importante y necesaria haberla recibido, pues la califican como el medio de información que les merece más confianza, casi el 1000/o de las embarazadas asistentes a Educación Grupal manifiestan que les agradó y se les enseñó "cosas" nuevas.

TABLA Nº 1

PRIMIGESTAS DE 36 SEMANAS Y MAS DE GESTACION, SEGUN ESCOLARIDAD, EN CONTROL EN LOS CONSULTORIOS DEL AREA CENTRAL DE SALUD (AGOSTO 1986)

Años de Estudio Aprobados	Nº	Frecuencia o/o
2 a 8 años	36	23,7
9 a 10 años	30	19,8
11 a 12 años	64	42,1
13 años y más	22	14,4
TOTAL	152	100,0

56,50/o

TABLA Nº 2

CONTENIDOS EDUCATIVOS GRUPALES RECIBIDOS POR LAS EMBARAZADAS PRIMIGESTAS DE 36 SEMANAS Y MAS EN LOS CONSULTORIOS AREA S.M. CENTRAL (AGOSTO 1986)

Nº de Contenidos Educativos Grupales	Nº	Frecuencia o/o
1	36	56,3
2	15	23,4
3	9	14,0
4	3	4,7
5	1	1,6
TOTAL	64	100,0

Recibieron Educación Grupal según programa	Sí = 420/o (64)	No = 580/o (88)
--	-----------------	-----------------

39. NIVEL DE CONOCIMIENTOS Y HABITOS ALIMENTARIOS NUTRICIONALES DE LAS EMBARAZADAS DE CHILLAN

Nutr. Teresa Pincheira, Wanda Vidal, Carmen Ortega, Sr. Gabriel Boero, Enf. Ana Pincheira y Srtas. Iris Bautista, Soledad Medel, Myriam Medel y Abigail Osses
(Instituto Profesional de Chillán y Servicio de Salud de Ñuble)

Con el fin de identificar el grado de conocimientos sobre alimentación, nutrición y hábitos alimentarios que tienen las embarazadas, determinar si ello se asocia con su edad, escolaridad, paridad y/o estado nutritivo y para disponer de información diagnóstica en la programación de la labor educativa sobre alimentación y nutrición de este grupo fisiológico, que constituye la base de la familia, se elaboró un instrumento específico basado en CONALICH Nº 8 INTA. 1980 de S.O. y S.V. que puede ser utilizado en cualquier momento en embarazadas con igual o similar propósito. El formulario consta de dieciocho preguntas referidas a conocimientos Alimentario y Nutricional, y de doce preguntas destinadas a identificar hábitos alimentarios, ambas de selección múltiple, con hoja de respuesta que, además, contempla el resto de variables en estudio.

El instrumento se aplicó a 412 embarazadas, en el estudio de asociación de corte transversal al 30 de Junio de 1985, correspondiente a una muestra calculada con 20/o de precisión y 900/o de confianza de un universo de 1982 embarazadas bajo control prenatal en los cuatro Consultorios urbanos de Chillán pertenecientes al Servicio de Salud de Ñuble.

Como cada Consultorio tiene diferente cantidad de población asignada se hizo afijación proporcional. La selección de las embarazadas se hizo en tarjetero por muestreo sistemático, con espaciamiento igual tres y número de arranque al azar, dos.

La información de individualización, edad, estado nutritivo al último control y paridad de la embarazada, se obtuvo de la tarjeta de control pre-natal; para la escolaridad y el conocimiento sobre alimentación, nutrición y hábitos alimentarios, uno de los investigadores aplicó a las embarazadas el cuestionario estructurado para este estudio en un lugar privado en el Consultorio o en el domicilio de la entrevistada, usando la técnica estandarizada por el equipo investigador previamente.

Para evaluar el conocimiento alimentario nutricional, se determinó para el presente estudio la siguiente escala.

7 y menos respuestas correctas = Malo

8-12 respuestas correctas = Aceptable

13-18 respuestas correctas = Bueno

La clasificación y recuento de la información se hizo mediante un programa de computación.

El análisis estadístico se hizo con la prueba de χ^2 con 10/o y 50/o de nivel de significación.

Resultados

De las 412 embarazadas que formaron la muestra, el 800/o de ellas (327) fueron encuestadas, el resto corresponde a inasistencias y/o domicilios falsos (13,40/o), traslados (4,10/o), u otras razones (2,90/o).

El grado de conocimiento alimentario y nutricional que tienen las embarazadas que se controlan en los Consultorios de Chillán, se resumen en la Tabla Nº 1 y los hábitos alimentarios, en la Tabla Nº 2.

No se encuentra asociación entre la edad de la embarazada y el conocimiento alimentario nutricional, pero sí a mayor escolaridad de ellas, mejor es su nivel de conocimiento alimentario-nutricional ($P < 0.01$).

La paridad y el conocimiento alimentario nutricional muestran diferencias más bien numéricas ($P < 0.10$).

Las diferencias que se encuentran entre el estado nutritivo con el conocimiento alimentario-nutricional es sólo porcentual (de 10/o a 30/o máximo), pero no estadísticamente significativo. Hay un porcentaje menor con estado nutritivo normal y obesas o sobre peso que el promedio nacional y un porcentaje mayor (32,40/o) al promedio nacional (15,40/o) de embarazadas enflaquecidas, según indica el anuario del Ministerio de Salud 1985.

TABLA Nº 1

**CONOCIMIENTOS ALIMENTARIOS—NUTRICIONALES DE LAS EMBARAZADAS
DE LOS CONSULTORIOS DE CHILLAN, 1985**

	Correcto	
	Nº	%
1. Reconstitución de leche en polvo	112	34,2
2. Reemplazo de la carne	193	59,0
3. Apreciación nutritiva del jugo de la carne	20	6,1
4. Alimentos usados para hacer nutritivas las sopas	104	31,8
5. Planificación de la alimentación semanal	27	8,3
6. Lavado de verduras de hoja	106	32,4
7. Reconocimiento del pescado fresco	49	15,0
8. Protección de alimentos de insectos	116	35,5
9. Prevención de la tifoidea	47	14,3
10. Actitud frente a una diarrea infantil	101	30,8
11. Alimentación de la embarazada	22	6,7
12. Peso durante el embarazo	146	44,6
13. Recomendación de leche en la nodriza	228	69,7
14. Ventajas de la lactancia materna	47	14,4
15. Frecuencia de amamantamiento	239	73,0
16. Hidratación del recién nacido con lactancia materna	128	39,2
17. Edad para lactancia materna exclusiva	49	15,0
18. Razones de la aparición de caries dentales en el embarazo	52	15,9

De las 327 embarazadas en estudio, un 26,30/o de ellas tiene conocimiento aceptable en estas materias, un 73,40/o su conocimiento en Alimentación y Nutrición es malo, y sólo una embarazada (0,30/o) alcanzó una calificación de bueno, según la escala previamente determinada.

TABLA Nº 2

**HABITOS ALIMENTARIOS DE LAS EMBARAZADAS DE LOS CONSULTORIOS
DE CHILLAN 1985**

	Nº	o/o	
1. Cuatro comidas diarias	204	62,4	
2. Consumo de leche en el desayuno	249	76,1	* 2
3. Consumo correcto de pescado	135	41,3	
4. Consumo correcto de leguminosas	269	82,3	
5. Consumo correcto de carne	76	23,3	* 3
6. Consumo correcto de verduras	252	77,0	
7. Consumo correcto de frutas	163	49,8	
8. Consumo correcto de pan	172	52,6	
9. Embarazadas que no consumen alcohol	162	49,6	
10. Reutilizan la sustancia grasa	140	42,8	
11. Consumo correcto de líquido en la nodriza	35	10,7	* 1
12. Prefieren el huevo de cáscara de color oscuro	186	56,9	* 1

* 1 Hábitos no influidos por los ingresos económicos

* 2 Se entrega en el P.N.A.C.

* 3 Se refiere al tipo de carne que prefiere. 251 embarazadas no consumen conejo ni equino o lo hacen muy esporádicamente.

40. CAMBIEMOS ALGUNOS MITOS SOBRE EL PARTO SATISFACIENDO LAS NECESIDADES DE LA MADRE

Matr. Lidia Celis, Enf. Mat. Rossina Cianelli, Enf. Mat. Mónica Muñoz
(Depto. de Salud Materna y Ginecología, Escuela de Enfermería, Universidad Católica de Chile)

“Cuán esencial es lograr eliminar, o al menos disminuir el miedo y el mito de que el parto se asocia a dolor y muerte”.

Siendo las necesidades humanas uno de los componentes del marco conceptual de enfermería, el que señala que el hombre como tal a lo largo de todo el ciclo vital funciona a través de estas motivaciones. Entendiéndose por necesidad la carencia que pone en peligro la conservación y el desarrollo del ser humano, es un proceso que cumple la función de ser alertador del desequilibrio que se produce en el individuo, cuando carece de ciertos elementos que arriesgan el desarrollo y la conservación de su vida. La necesidad puede estimular al hombre para hacerlo activo y participe en la creación de condiciones que aseguren su supervivencia y evolución, logrando así una seguridad global, un equilibrio como ser humano y adaptación a su medio.

Dentro del ciclo vital de la mujer, un período de gran relevancia es el embarazo y parto, por lo tanto, es necesario poseer el máximo de conocimientos de la embarazada como un ser biosicosocial, para lograr identificar las necesidades que están modificadas al final del embarazo y de ahí en adelante en los cuatro períodos del parto (primer período: Dilatación; segundo período: Expulsivo; tercer período: Alumbramiento; cuarto período: Post Parto Inmediato). En la medida que éstas sean identificadas, jerarquizadas y satisfechas, podremos decir que nuestra labor ha contribuido en gran medida a que la madre tenga una experiencia menos traumática y desagradable.

Lo anteriormente expuesto, motivó a las autoras a observar en forma sistemática estas necesidades de la mujer durante el trabajo de parto y parto, con el objeto de determinar cuáles necesidades estaban más alteradas.

La observación se realizó por un período de cinco años (1981–1986), durante el desarrollo de los programas clínicos, en conjunto con las alumnas de enfermería-obstetricia, donde se detectó y trató de dar satisfacción a las necesidades que presentaban las madres que ingresaron en trabajo de parto a la Maternidad del Hospital Dr. Sótero del Río.

Con el fin de cumplir con los objetivos planteados se elaboró un instrumento de registro de las observaciones para cada madre. El total de mujeres en que se aplicó este instrumento alcanzó a 5.000.

En esta ocasión sólo se analiza el nivel de alteración de las necesidades de las madres, durante el primer período del parto (período de dilatación), tanto las de predominio orgánico-funcional como las de predominio psicológico.

Los resultados se resumen en el cuadro siguiente:

1er. PERIODO DEL PARTO		
NECESIDADES DE PREDOMINIO ORGANICO, FUNCIONAL Y PSICOLOGICAS	BASES FISIOLÓGICAS	ACCIONES PARA SATISFACERLAS
DEFENSA	<ul style="list-style-type: none"> - Rasurado - Dilatación del cérvix - Pérdida del tapón mucoso - Humedad de la zona - Tactos vaginales - Rotura de membranas - Ampliación y acortamiento del canal blando del parto 	<ul style="list-style-type: none"> - Ducha de ingreso - Enema evacuante - Rasurado vulvo perineal según técnica - Aseo vulvo perineal cada vez que sea necesario - Aplicar técnicas de asepsia y antisepsia - Realizar amniotomía en forma oportuna - Realizar los mínimos tactos vaginales posibles - Mantener ropa de cama limpia y seca - Chata limpia individual
RESPIRACION	<ul style="list-style-type: none"> - Mayor densidad de oxígeno por el excesivo trabajo muscular - El ascenso del diafragma por el crecimiento fetal disminuye la capacidad de distensión pulmonar 	<ul style="list-style-type: none"> - Preparación psicofísica para el parto - Hematocrito control en el embarazo - Pieza ventilada - Deambulación o posición semisentada - Reforzar ejercicios respiratorios aprendidos de acuerdo al momento del parto
ACTIVIDAD REPOSO Y SUEÑO	<ul style="list-style-type: none"> - Molestias generales por contracciones uterinas - Dimensión del útero no le permite tomar una posición cómoda en forma normal y fácil - Angustia por acercarse el momento del parto - Procedimientos médicos que impidan realizar una actividad física más libre a la madre - Influye el número de horas de trabajo de parto y horario de inicio 	<ul style="list-style-type: none"> - Ambiente terapéutico adecuado - Ayudar a la madre a realizar relajación psicofísica aprendida - Estimular la deambulación según condiciones obstétricas - Administración anestésica si es necesario

<p>HIDRATACION Y ELIMINACION</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Efecto hormonal y mecánico dificulta la eliminación de deposiciones y orina durante embarazo y trabajo de parto - Mayor pérdida insensible por piel y aparato respiratorio debido al excesivo trabajo muscular - Efecto antidiurético de hormonas ocitócicas 	<ul style="list-style-type: none"> - Ducha de ingreso - Ropa de algodón holgada - Privacidad de la madre - Controlar ejercicios respiratorios - Explicar a la madre importancia del vaciamiento vesical - Estimular la micción por medios físicos y como último recurso, cateterización vesical - Hidratación parenteral si es necesario - Evaluar ingresos y egresos
<p>ALIMENTACION</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Retardo de la digestión, vaciamiento gástrico y disminución del peristaltismo - El ascenso y espasmo gástrico producido por la contracción uterina ocasionan vómitos - El excesivo trabajo muscular aumenta los requerimientos energéticos 	<ul style="list-style-type: none"> - Al inicio del periodo régimen blando fraccionado - Al término del periodo estimular ingesta de líquidos en especial con glucosa - Flebocclisis glucosada si es necesario - Colutorios
<p>PERTENENCIA AMATORIA COMUNICACION SEGURIDAD</p>	<ul style="list-style-type: none"> - La mantención de un equilibrio biológico necesita de un medio de expresión y comunicación con otros - La madre generalmente es separada de sus seres queridos - Se ubica en un ambiente desconocido, lo que produce temor y dificultad en la comunicación afectiva. 	<ul style="list-style-type: none"> - Proporcionar ambiente físico y humano agradable, énfasis en la comunicación (Rapport) - Orientación en ambiente físico - Permitirle tener a sus seres queridos cerca - Respetarle como ser humano único - Evitar uso de lenguaje especializado - Brindar información clara y oportuna a las inquietudes de la madre

41. PREVALENCIA DE PATOLOGIA INFECCIOSA SUSCEPTIBLE DE PESQUISA CON EL METODO DE PAPANICOLAU EN UN GRUPO DE ALTO RIESGO. 1984-1985

Drs. Jaime Sáez, Rafael Arroyave
(Centro de Control Venéreo de Santiago)

Las patologías venéreas y paravenéreas, de gran importancia en la actualidad, son posibles de estudiar por métodos bacteriológicos o bioquímicos, pero muchos de ellos son de elevado costo y dificultad técnica. En un grupo de alto riesgo para estas patologías, como son las prosti-tutas controladas en Santiago, se realiza anualmente en forma constante, el examen de citología cervical (PAP), por lo cual se decidió estudiar la presencia de agentes infecciosos que pudieran ser detectados por medio de este examen y conocer su utilidad en este campo.

Material y Métodos

Se recopilaron los resultados de los PAP, realizados en el Centro de Control Venéreo de Santiago, de las mujeres en control, durante los años 1984 y 1985, y que fueron analizados por el Servicio de Citopatología y Control del Cáncer de la Facultad de Medicina, U. de Chile. Se descartó aquellos exámenes en que la muestra fue insuficiente para dar un diagnóstico citopatológico. Se obtuvo un número total de 1.226 PAP en 1984 y de 1.041 en 1985.

Los datos obtenidos se clasificaron en rangos de edad de 5 años y de acuerdo a las diferentes patologías infecciosas detectadas en cada examen. Finalmente se calculó las tasas de infección en ambos años estudiados y se realizó un análisis porcentual de los gérmenes encontrados con mayor frecuencia.

Resultados y Conclusiones

En la Tabla 1 se puede observar la presencia o ausencia, de por lo menos un agente infeccioso detectado a través del PAP en las mujeres examinadas, distribuidos por grupos etarios, durante el año 1985. Existe un 280/o de PAP en los cuales hay algún tipo de infección.

Con respecto a la distribución según grupos etarios, la mayor frecuencia está entre los 21 y 30 años, concentrándose aquí el 550/o de las infecciones detectadas por medio del PAP. Estas cifras son similares a las encontradas en el año 1984.

La prevalencia de infecciones cervicales en este grupo de alto riesgo es de aproximadamente 280 por 1.000 mujeres examinadas durante 1985, no existiendo diferencia significativa en 1984.

La distribución por frecuencia de los agentes infecciosos detectados que figuran en la Tabla 2 fue la siguiente: Trichomonas 910/o, Monilias 3,70/o, Virus Condiloma 3,70/o, Clamydias 10/o y Virus Herpes 0,30/o, no existiendo ninguna distribución especial por grupos de edad.

Comentarios

Los porcentajes y tasas encontrados en nuestro trabajo, difieren de las cifras mencionadas en la literatura nacional, en que se utilizó metodología diferente, como son los cultivos para algunos de estos agentes, en el mismo grupo de pacientes de alto riesgo, encontrándose 30/o de Virus Herpes y 160/o de Clamydias, cifras que nos hacen pensar que los criterios citológicos, utilizados actualmente para verificar la presencia de estos agentes infecciosos en el PAP, no serían muy sensibles.

TABLA Nº 1

**PRESENCIA DE INFECCIONES CERVICALES DETECTADAS POR PAP DISTRIBUIDAS
POR GRUPOS ETARIOS EN MUJERES DE ALTO RIESGO DEL CENTRO CONTROL
VENEREO, DURANTE 1985**

1985	≤ 20	21-25	26-30	31-35	36-40	> 40	Total
Presencia de Infección	8	79	82	59	41	25	294
Ausencia de Infección	14	188	226	135	105	79	747

TABLA Nº 2

**TIPOS DE AGENTES INFECCIOSOS DETECTADOS POR PAP, DISTRIBUIDOS POR EDAD
1985**

1985	≤ 20	21-25	26-30	31-35	36-40	> 40	Total
Trichomonas	8	63	78	55	41	23	268
Monilias	1	5	2	3	—	—	11
Virus Condiloma	—	6	3	1	—	1	11
Virus Herpes	—	1	—	—	—	—	1
Clamydias	—	1	—	1	—	1	3
Sin infección	14	188	226	135	105	79	747
TOTAL	23	264	309	195	146	104	1.041

42. CITOLOGÍA CERVICAL ALTERADA Y PRESENCIA DE INFECCIONES DETECTADAS POR PAP EN MUJERES DE ALTO RIESGO (1984-1985)

Drs. Jaime Sáez y Rafael Arroyave
(Servicio de Salud Metropolitano Oriente y Centro de Control Venéreo de Santiago)

Desde hace varios años se discute la asociación entre patología infecciosa cervical, especialmente viral, y la citología alterada, demostrable por Papanicolaou (PAP) y/o biopsia. Desde este punto de vista, en el presente trabajo se estudió, en un grupo de mujeres de alto riesgo, la presencia de neoplasias cervicales y de infecciones asociadas, que pueden ser detectadas simultáneamente en un examen de PAP.

Material y Métodos

Se recolectó los resultados de los exámenes de Citología cervical, de las mujeres atendidas en el Centro de Control Venéreo de Santiago, durante los años 1984 y 1985, que fueron analizados por el Servicio de Citopatología y Prevención del Cáncer, Fac. Medicina, U. de Chile.

El número total fue de 2.267 PAP.

Se realizó un estudio de casos y controles, seleccionando como casos todas aquellas mujeres cuyo PAP fue positivo para células neoplásicas. Como controles se utilizó una muestra de igual número, extraída del mismo grupo poblacional y con similar distribución por edad, pero que presentarían PAP negativo para células neoplásicas. En ambos grupos se estudió la presencia de factores infecciosos detectados por el mismo PAP.

Resultados y Conclusiones

En los dos años estudiados se encontró 92 casos de citología (+) para células neoplásicas, lo que corresponde al 40/o de todas las muestras analizadas.

Su distribución, de acuerdo a grados de lesión, fue: un 530/o (48) displasias leves, 360/o (32) displasias moderadas, 100/o (11) Ca. in situ y sólo 1 caso con citología sugerente de cáncer invasivo.

Respecto de la asociación cuantitativa de agentes infecciosos, detectados en una misma mujer, con la técnica del PAP, no se aprecian diferencias entre ambos grupos, encontrando como promedio un 720/o sin infección, el 270/o con sólo 1 agente infeccioso pesquisable, y 1 caso con 2 factores infecciosos asociados. En esta muestra no se presentaron casos ni controles con 3 o más infecciones simultáneas.

Al analizar los datos en forma cualitativa, para conocer cómo se distribuyen los diferentes agentes, encontramos diferencias entre ambos grupos. En la Tabla 2 se aprecia que el 110/o de los casos tiene Trichomonas o Monilias, en comparación con un 270/o de los controles. La diferencia mayor se encuentra en la presencia de infección por virus, la cual aparece en 150/o de los casos y sólo 10/o de los controles, siendo principalmente virus Condiloma.

Si bien, con los resultados obtenidos no podemos sacar conclusiones con significación estadística, se visualiza una tendencia a la asociación de la patología viral con la presencia de PAP (+) para células neoplásicas, sin discriminar en qué sentido va esta asociación, lo cual sería posible de resolver utilizando un método de pesquisa para infecciones cervicales más sensible que el PAP.

TABLA Nº 1

DISTRIBUCION DE LAS MUESTRAS POR GRUPOS ETARIOS (1984-1985)

	≤ 20	21-25	26-30	31-35	36-40	40 +	Total
Citología cervical positiva Neoplasia (Casos) 1		28	35	15	10	3	92
Citología cervical negativa Neoplasia (Controles) 2		25	31	17	9	8	92

TABLA Nº 2

**DISTRIBUCION CUALITATIVA DE LOS DIFERENTES AGENTES
INFECCIOSOS DETECTADOS POR PAP**

	(+) cél. neoplásicas Casos	(-) cél. neoplásicas Controles
Monilias o Trichomonas	10	25
Virus	14	1
Virus más Trichomonas o Monilias	1	—
Sin Infección	67	66
Total	92	92

43. INFECCION PUERPERAL EN LA MATERNIDAD DEL HOSPITAL BARROS LUCO JULIO A DICIEMBRE 1985

Sras. María S. Espinoza y Silvia Campano, Srs. Miguel Alvarado, Julio Brito, Jorge Calderón,
Alberto Contado y Juan Escudero, y Srtas. Adela Contreras y María de la Fuente
(Depto. de Salud Pública, División Ciencias Médicas Sur, Facultad de Medicina, Universidad de Chile)

La Infección Puerperal, como complicación obstétrica, ha existido desde tiempos antiguos y a pesar del avance de la quimioterapia y de la tecnología médica, sigue hasta el día de hoy constituyendo un problema de salud para la madre como complicación y aún como causa de muerte.

Molina y Colaboradores, destacan el descenso de la mortalidad materna en base, fundamentalmente, a la mayor cobertura del parto, no así el de esta complicación de "Infección", que sigue siendo la primera causa de muerte obstétrica en la mortalidad materna chilena.

La Infección Puerperal (I.P.) se define como el conjunto de procesos sépticos cuya puerta de entrada es el aparato genital femenino después del parto o aborto.

Este tema ha sido de especial preocupación del Servicio de esta Maternidad y del Departamento de Salud Pública Sur. En 1983, con un grupo de alumnos de Medicina, se realizó una revisión de fichas clínicas de los meses de Enero a Abril, encontrando 171 casos de Infección Puerperal (4,60/o de los 3.708 partos ocurridos a esa fecha). Se encontró que el 800/o de la Infección Puerperal se producía en mujeres sometidas a operación cesárea, de las cuales el 550/o eran primíparas, siendo la frecuencia mayor en el grupo de 25 a 29 años de edad.

Posteriormente al sismo de Marzo de 1985 se consideró nuevamente de interés revisar el problema sospechando un aumento del 0/o de padres púperas infectadas, con las consiguientes implicancias de salud y económicas para la madre, su familia y el Servicio.

Objetivo General

Describir las Infecciones Puerperales más frecuentes y algunos factores predisponentes que se presentan en madres púperas atendidas en el Servicio de Maternidad del Hospital Barros Luco, en los meses de Julio a Diciembre de 1985.

Objetivos Específicos

1. Identificar la frecuencia de Infecciones Puerperales ocurridas el 2º semestre de 1985 en el Servicio de Maternidad del S.S.M.S.
2. Conocer algunos antecedentes del parto de madres con Infección Puerperal ocurridas en ese período y lugar.
3. Identificar frecuencias de patologías del embarazo asociados a Infección Puerperal en el grupo en estudio.
4. Identificar la frecuencia de Infecciones en madres púperas de parto según edad y paridad.
5. Relacionar las Infecciones Puerperales con las complicaciones ocurridas en la atención del parto.

Material y Método

La población en estudio está constituida por mujeres púperas de partos asistidos en la Maternidad Hospital Barros Luco, durante los meses de Julio a Diciembre de 1985.

La información fue obtenida del Libro de Registro de Atenciones del Servicio (PIP) de la Maternidad. Se registraron 100 casos diagnosticados como Infecciones Puerperales durante el 2º semestre de 1985. Lamentablemente, sólo algunos casos tenían N° de ficha, lo que dificultó su ubicación; en el SOME de Maternidad se logró ubicar el N° de ficha de 90 casos. En Archivos del Servicio se ubicó 87 fichas, 3 no se ubicaron en las carátulas correspondientes. Existe la duda si los 13 casos fueron madres que se atendieron su parto en el Servicio de Maternidad del Hospital Barros Luco u otro Servicio. Se realizó la recolección de datos de 87 casos en ficha preparada ad-hoc.

Conclusiones

- En el semestre en estudio fueron atendidos 4.083 partos en la Maternidad, con un 40/o de Infecciones Puerperales.
- En el estudio realizado en 1983 (Enero a Abril) el número de partos fue de 3.708, con un 4,60/o de Infección Puerperal. Como vemos, el número de partos se ha reducido casi a la mitad, lo que no ha ocurrido con las Infecciones Puerperales cuya frecuencia se mantiene más o menos igual.
- De estas últimas, se observa una mayor frecuencia de Infecciones Puerperales en partos terminados en forma patológica 55,20/o (operación cesárea y forceps), esto podría en parte deberse al mayor riesgo que significa para la madre cualquiera maniobra obstétrica en el momento de atención del parto (Tabla Nº 1).
- Cabe destacar que, al igual que en 1983, la frecuencia de Infecciones Puerperales se observa en el grupo de mujeres jóvenes de 20 a 29 años, edad señalada como ideal para la reproducción humana, ya sea en partos terminados normales, 620/o como los patológicos el 740/o (Tabla Nº 1).
- De las Infecciones Puerperales totales, la Endometritis es la más frecuente, 380/o, en los partos normales fue del 51,30/o y asociada con Infección de la Episiotomía fue del 180/o más, haciendo un total de 69,30/o. La Endometritis en partos patológicos (operación cesárea) fue del 23,80/o y asociada ésta con la infección de la herida operatoria 23,80/o más, tenemos que este grupo constituyó el 57,60/o (Tabla Nº 2).
- Del total de Infecciones Puerperales estudiadas, el 520/o correspondió a primíparas, jóvenes de 20 a 24 años los porcentajes más altos, tanto en partos terminados patológicos como normales.
- Entre las Infecciones Puerperales en relación a la paridad encontramos que el porcentaje de Endometritis fue alto, tanto en primíparas como en multiparas de 1 ó 2 partos, 28,90/o, 500/o y 37,50/o respectivamente (Tabla Nº 2). En mujeres secundíparas consideradas de menor riesgo, encontramos alto porcentaje de Endometritis más herida operatoria infectada, 37,50/o, y los casos de Peritonitis también se encuentran en este grupo.
- En cuanto al inicio del control del embarazo el 520/o lo hizo antes de las 20 semanas.
Respecto de los antecedentes del control del embarazo y antecedentes maternos, un alto porcentaje no tenía esta información consignada, lo que no permitió la posibilidad de establecer una relación directa entre ambas etapas: embarazo e Infección Puerperal posterior.
- En cuanto a frecuencia de tactos vaginales consignados en las fichas clínicas, observamos que el 490/o tuvo 4 a 7 tactos vaginales, existiendo casos con 8 y más tactos, a pesar del número de partos terminados en operación cesárea, partos en que las gestantes regularmente no completan la dilatación cervical.
- Se considera como norma que la hospitalización de una gestante en promedio debería ser de 3 días parto normal. En este estudio encontramos que el 810/o de las madres permanecieron entre 5 y 16 días y un 80/o entre 17 y 28 días en tratamiento por su Infección Puerperal, generando un alto costo para el Servicio, madre y familiares.

TABLA Nº 1

**FRECUENCIA DE INFECCION PUERPERAL SEGUN GRUPO DE EDAD
Y TIPO TERMINO DEL PARTO
MATERNIDAD BARROS LUCO. JULIO A DICIEMBRE 1985**

Grupo de edad (años)	Partos Patológicos				Partos Normales	
	Operación Cesárea		Forceps		No	o/o
	No	o/o	No	o/o		
15 o menos	(-)		(-)		(-)	
16 a 19	6	14,3	(-)		10	25,7
20 a 24	13	31,0	2	33,3	18	46,2
25 a 29	18	43,0	3	50,0	6	15,4
30 a 34	4	96,0	1	16,7	4	10,2
35 a 39	1	21,0	0		1	2,5
40 y más	0	(-)	0		0	
TOTALES:	42	48,3	6	6,9	39	44,8
TOTAL PARTOS PATOLOGICOS				55,20/o		

TABLA Nº 2

**FRECUENCIA INFECCION PUERPERAL SEGUN DIAGNOSTICO Y TIPO DE PARTO
MATERNIDAD BARROS LUCO JULIO A AGOSTO 1985**

Diagnósticos	Partos Patológicos				Partos Normales		T o t a l	
	Op. Cesárea		Forceps					
	Nº	o/o	Nº	o/o	Nº	o/o	Nº	o/o
Endometritis	10	23,8	3	50,0	20	51,3	33	38,0
Infección herida operatoria	10	23,8	0	0	0	0	10	11,5
Infección Episiotomía o Perineotomía	0	0,0	2	33,0	11	28,2	13	15,0
Endometritis + infección herida operatoria	18	43,0	0	0	0	0	18	20,6
Endometritis + infección Episiotomía	0	0,0	1	17,0	7	18,0	8	9,2
Peritonitis	4	9,4	0	0	0	0	4	4,6
Tromboflebitis	0	0,0	0	0	1	2,5	1	1,1
TOTALES	42	100,0	6	100,0	39	100,0	87	100,0

44. PESO DE NACIMIENTO Y CONDICION ECONOMICO-SOCIAL

Sr. Luis Marchant y Drs. Manuel Martínez e Iván Serra.
(Escuela de Salud Pública, Facultad de Medicina, Universidad de Chile)

El peso de nacimiento es una importante condición que establece, en gran medida, el pronóstico de morbilidad y mortalidad del recién nacido. Un peso entre 2.500 y 3.000 gramos es un factor de mayor riesgo y uno menor de 2.500 es un elemento indiscutible de aumento de la mortalidad neonatal.

Se han establecido factores obstétricos que influyen en esta importante variable: se sabe que aumenta con la edad materna (hasta los 30-34 años), con la paridad (hasta el tercer hijo) y con el sexo fetal masculino. También se han estudiado la influencia del intervalo intergenésico, duración del embarazo, grado de crecimiento uterino y algunas enfermedades (diabetes, infección urinaria, colestasia idiopática, toxemia gravídica) además de la atención médica prenatal.

Existen también los llamados factores ambientales entre los cuales están las condiciones socio-económicas. Su eventual impacto ha sido mucho menos estudiado por la dificultad de su precisión. El objetivo de este trabajo es contribuir a un avance en esta materia.

Material y Método

Se ha elegido la población de dos maternidades del sector público o estatal y de dos privadas. Se consideró como universo de estudio el total de partos en los cuatro establecimientos, 22.682 en el año 1984. Se tomó una muestra del 50% en las estatales (de mayor tamaño, con unos 10.000 partos anuales cada una) y del 100% en las privadas (de menor tamaño, con unos 1.500 cada una) para asegurar una buena representatividad.

Se consideraron en la madre las siguientes variables: edad, comuna de residencia, previsión, días de estada, intervención quirúrgica y diagnóstico obstétrico. Para el recién nacido: condición al nacer y al alta de la madre, sexo y peso de nacimiento.

Los resultados se procesaron por computación y analizaron estadísticamente.

Resultados

El peso promedio de los recién nacidos en las maternidades privadas analizadas es significativamente mayor que en las del sector público. Este hecho puede estar asociado a las diferencias observadas en la estructura por edad de las madres atendidas en los cuatro establecimientos. Para controlar la influencia de esta variable se compararon los pesos promedios por grupos de edad de las madres, observando diferencias significativas parciales en los grupos de 20-24 y 25-29 años. Estos grupos concentran más del 58% del total de partos.

Discusión

El peso de nacimiento de los recién nacidos en distintos Servicios de Salud es diferente, incluso dentro de la Región Metropolitana. De allí la importancia de discriminar la ponderación de los factores de riesgo en diferentes grupos de población. Se ha comprobado aparentemente la estimación inicial de que las poblaciones que se atienden en las maternidades privadas son diferentes a las del sector público. Las diferencias no son sólo de orden económico-social.

Este estudio se ha concentrado en algunos de los factores llamados ambientales, y entre éstos, los socio-económicos por considerarlos una variable de gran importancia. Al utilizar la hoja de egreso se han podido estudiar, en esta oportunidad, sólo dos de ellos: condición previsional y comuna de residencia. Esto último determina en forma estadística, no individual, una presunción de nivel socio-económico.

El hecho de que el peso promedio de los recién nacidos en maternidades privadas sea significativamente más alto que en las del sector público, corresponde a lo esperado. También se ha confirmado que las madres del primer grupo son más jóvenes pero su ponderación ha resultado, aparentemente, mayor que lo previsible.

Es evidente la multicausalidad del peso de nacimiento, y este trabajo pretende aportar nuevos elementos de juicio en esta materia.

45. FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LA INCIDENCIA DE NIÑOS CON BAJO PESO DE NACIMIENTO - AÑO 1985

Dras. Margarita Solari y Lorna Luco y Sra. Ana Ayala
(Departamento Programas de las Personas, Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente)

La incidencia de los niños con Bajo Peso de Nacimiento (BPN), se asocia con la mayoría de las defunciones que ocurren en la primera semana de vida, aumentando además las dificultades para la adaptación al medio y las complicaciones de tipo neurológico y nutricional en el período de Recién Nacido y Lactante.

En el año 1985, en el S.S.M.S.O., se registraron 807 nacimientos de niños de menos de 2.500 grs. (7,12% del total de Nacidos Vivos). Esta cifra es similar a la de la Región Metropolitana (7,30%) y a cifras parciales del país para el mismo año.

En la literatura se citan diversos factores asociados a la condición de Bajo Peso al nacer. Estos factores incluyen principalmente durante el embarazo y el parto.

Esta investigación busca determinar si la incidencia de niños con BPN del S.S.M.S.O. está influida por las variables señaladas o presenta diferencias en algún aspecto.

El diagnóstico realizado permitirá determinar con mayor precisión a los grupos de riesgo, para programar las acciones de salud.

Como objetivo específico, nos planteamos determinar la influencia de veintinueve variables en la muestra estudiada.

Material y Método

El diseño corresponde a un estudio de Casos y Controles. Se define como "Caso" a todo Recién Nacido con Peso de Nacimiento de 2.500 grs. y menos. "Control" es el Recién Nacido con peso de nacimiento de 2.501 grs. y más.

Se realiza un muestreo aleatorio simple, estratificado por Consultorio, considerando todos los nacimientos ocurridos durante el año 1985, en las maternidades de los Hospitales Sótero del Río y San José de Maipo, S.S.M.S.O.

Los partos atendidos en estos lugares corresponden a embarazadas controladas en nueve Consultorios de Atención Primaria de este Servicio y el Consultorio Adosado del Hospital San José de Maipo.

Para el estudio de la muestra, correspondiente a 88 casos y 91 controles, se revisan las Tarjetas de Control Maternal, usadas en Atención Primaria, y las fichas clínicas, con los antecedentes de la hospitalización.

Se diseña un instrumento para la recopilación de antecedentes. Este instrumento se prueba en el 100% de la muestra y realizadas las modificaciones atinentes, se aplica al total.

Se revisan variables, que comprenden antecedentes prenatales de la madre, antecedentes del embarazo y parto.

Ambos grupos seorean por Consultorios de Control Prenatal y por mes de nacimiento.

Resultados

Se investigan veintinueve variables, citadas en la bibliografía como factores de riesgo determinantes del Bajo Peso de Nacimiento.

Se concluye que la escolaridad de la madre, la actividad, el tipo de unión en la pareja y los antecedentes de ingestión de alcohol y tabaco, no determinan diferencias de peso al nacer.

Entre los antecedentes maternos, resulta significativa la edad al momento de la gestación, siendo mayor el número de niños con BPN, hijos de madres menores de 18 años y mayores de 30 años.

La influencia del estado nutritivo, que no está claramente definida, muestra diferencias significativas en este análisis, presentando el mayor riesgo los grupos de madres enflaquecidas y subnormales al inicio del embarazo. Esto condiciona el nacimiento de un producto con peso inadecuado.

El número de niños con BPN fue significativamente mayor en madres con antecedentes de Recién Nacidos con Bajo Peso en embarazos anteriores.

En relación al número de controles prenatales, se observa una mayor incidencia de menores con BPN, en madres con menor número de atenciones.

La Patología Obstétrica, constituye uno de los factores más importantes de la determinación del peso de nacimiento. Las diferencias fueron altamente significativas entre el grupo de estudio y el grupo control ($\chi^2 = 87.406$). (Tabla Nº 2). El síndrome Hipertensivo del embarazo fue el diagnóstico más frecuente (18,80/o). Otras patologías asociadas fueron la Rotura Prematura Ovular (17,00/o), Colestasia Grávida (12,50/o) y alteraciones en el volumen del líquido amniótico (11,40/o).

El 400/o de las madres con niños BPN presentaron síntomas de parto prematuro; este antecedente se dio sólo en un 7,70/o del grupo control.

Un 380/o de los partos de los niños con BPN se resolvió mediante cesárea, mientras que este antecedente ocurre sólo en un 90/o de los niños de más de 2.500 grs. Esta diferencia podría deberse a la necesidad de evitar traumatismos cuando hay antecedentes de riesgo.

Un 500/o de los menores BPN, fueron producto de partos ocurridos antes de las 36 semanas de gestación (PrTAEG). El 500/o restante son niños de término, pequeños para la edad gestacional (PEG). Esta cifra es superior a la señalada en la literatura. En el grupo control sólo un 90/o de los casos corresponden a embarazos de pre-término.

Comentario

Con respecto al objetivo planteado al inicio de este estudio, se determina que la incidencia de niños BPN en el S.S.M.S.O. está asociada a la edad y estado nutricional de la madre, el antecedente de patología obstétrica y partos anteriores con productos de BPN, al número de controles prenatales y síntomas de parto prematuro.

La alta asociación con la Patología Obstétrica orienta a replantear las normas establecidas para el manejo de la embarazada considerada de Alto Riesgo en este Servicio de Salud.

TABLA Nº 1

**VARIABLES ESTUDIADAS EN RELACION A LA INCIDENCIA DE
BAJO PESO DE NACIMIENTO**

Variables Asociadas		R.R.	Significación Estadística
Edad de la madre	Menor de 18 años	1,6	< 0,05
	Mayor de 30 años	2,2	
Estado Nutritivo	Enflaquecida	3,9	< 0,05
	Sub-Normal	1,2	
Antecedentes de partos anteriores con niños de BPN	Entre 1.001-2.499 g.	17,1	< 0,05
Patología Obstétrica	Síndrome Hipertensivo del Embarazo; Rotura Prematura Ovular; Colestasia Gravídica	32,1	< 0,05
Edad Gestacional	Entre 28 y 36 semanas	4,1	< 0,05
Síntoma Parto Prematuro	Presente	7,9	< 0,05

TABLA Nº 2

**NUMERO Y PORCENTAJE DE LAS PATOLOGIAS OBSTETRICAS
ASOCIADAS A RECIEN NACIDO DE BAJO PESO DE NACIMIENTO**

Patologías	Nº	o/o
– Síndrome Hipertensivo del Embarazo	16	18,8
– Rotura Prematura Ovular	15	17,0
– Colestasia Gravídica	11	12,5
– Hidroamnios	10	11,4
– Infección Urinaria	8	9,1
– Diabetes Gestacional	5	5,7
– Embarazo Múltiple	5	5,7
– Metrorragia I Trimestre	5	5,7
– Metrorragia III Trimestre	4	4,5
– Anemia	4	4,5
– Eclampsia	3	3,4
– Metrorragia II Trimestre	2	2,3
TOTAL	88 (*)	100,0

(*) Esta cifra corresponde a 76 embarazadas con antecedentes de Patología Obstétrica, de las cuales un 56,60/o presentaron más de un diagnóstico.

46. EFECTO DE LA DESNUTRICION MATERNA CRONICA EN LA COMPOSICION Y METABOLISMO DE LA PLACENTA Y SU RELACION CON EL PESO DEL RECIEN NACIDO

Dra. Julia Araya y Sra. Ana M. Aguilera, Denise Mendeveille, Carmen Urteaga, Ramiro Molina y Germán Farías
(Departamento de Nutrición División Norte, Facultad de Medicina, Universidad de Chile)

Se estudia el efecto de la desnutrición crónica materna en las características químicas y bioquímicas de la placenta humana de término y la relación con el peso del recién nacido.

Se seleccionaron 100 embarazadas con edades entre 20 y 30 años, sin patologías obstétricas y con una paridad no mayor de dos hijos, pertenecientes a una población urbana del área Norte de Santiago, con un nivel socioeconómico medio o bajo. Durante el control prenatal, fueron atendidas en los Consultorios de esta Área y en el momento del parto, en las Maternidades del Hospital Clínico de la Universidad de Chile o en la Maternidad del Hospital San José, pertenecientes al S.N.S. Se distinguieron embarazadas Controles (C), entre aquellas con una relación peso/talla corregido por edad gestacional de 100 a 1050/o y embarazadas desnutridas entre aquellas que mantuvieron durante todo el curso del embarazo una relación peso talla corregida por edad gestacional menor que 900/o pero mayor que 750/o.

Se obtuvieron cuarenta placentas inmediatamente después del parto, de las cuales 19 correspondieron a partos de término de embarazadas con desnutrición crónica y 21 a placentas de término de controles. Se determinó la composición química de estos órganos a través del contenido de DNA, RNA, proteínas, lípidos totales y fosfolípidos. La evaluación de las características metabólicas de las placentas se enfocó hacia el estudio de algunas enzimas relacionadas con la generación de energía metabólica: Piruvato Kinasa (PK), Adenilato Kinasa (AK) y Citocromoxidasa (a_3), y con la función de transporte y detoxificación: Gamaglutamil transpeptidasa (GGT), fosfatasa alcalina termoestable (FATE).

Las características de las embarazadas, peso del recién nacido y peso de la placenta se informan en Tabla Nº 1. La ingesta de energía (Kcal/día) y proteína (g/día) del grupo con desnutrición moderada fueron inferiores a las recomendaciones propuestas por FAO/OMS/UNU, para embarazadas. El peso de los recién nacidos y de la placenta, fueron significativamente menores en este grupo con respecto al grupo C ($p < 0.001$).

La desnutrición materna crónica, alteró la composición química de la placenta (Tabla 2), disminuyendo el contenido de DNA, indicando un menor número de células y aumentando el contenido de lípidos totales a expensas del aumento de los fosfolípidos y esteroides. Las actividades de las enzimas expresadas como milimoles, umoles o mumoles de sustratos transformado por gramo de placenta, o por mg de proteína o por órgano total, se encontraron significativamente disminuidas a excepción de la FATE, cuya actividad se observó significativamente aumentada en este grupo en relación al Control.

Se concluye que la desnutrición moderada crónica de la madre embarazada afecta la composición química de la placenta y la actividad de algunas enzimas involucradas en el metabolismo aeróbico y energético, y en la función de transporte y metabolismo de compuestos azufrados. Estas alteraciones indican un cambio en la funcionalidad de la placenta, que podría ser responsable del menor peso observado en los recién nacidos de madres desnutridas.

TABLA Nº 1

**CARACTERISTICAS ANTROPOMETRICAS, INGESTA DE ENERGIA Y PROTEINAS
DE EMBARAZADAS CONTROLES Y CON DESNUTRICION MODERADA.
PESO DEL RECIEN NACIDO Y DE LA PLACENTA**

GRUPO	CONTROL	DESNUTRICION MODERADA
Edad (años)	° 23.08 ± 3.0	22.8 ± 2.2
Talla (cm)	154.6 ± 5.8	153.5 ± 7.3
Peso (kg)	70.5 ± 4.9	a 51.1 ± 4.0
Area Muscular (mm ²)	3.285.0 ± 556.0	c 2.828.0 ± 383.0
Area Grasa (mm ²)	2.247.0 ± 727.0	a 1.046.0 ± 410.0
Ingesta energía Kcal/día	2.623.0 ± 643.0	* 1.995.0 ± 569.0
Ingesta proteínas (g/día)	79.4 ± 19.3	** 59.2 ± 8.2
Edad gestacional (semanas)	39.7 ± 0.9	38.7 ± 1.0
Peso recién nacido (g)	3.608.0 ± 230.0	b 2.767.0 ± 265.0
Peso placenta (g)	479.0 ± 61.0	b 355.0 ± 48.0

° Valor promedio ± Desviación Estándar

a p < 0.001 Desnutridas versus Control

b p < 0.001 Desnutridas versus Control

c p < 0.02 Desnutridas versus Control

* 80% de la recomendación FAO/OMS/ONU

** 77% de la recomendación FAO/OMS/ONU

TABLA Nº 2

**COMPOSICION QUIMICA Y ACTIVIDADES ENZIMATICAS EN PLACENTAS
DE TERMINO DE EMBARAZADAS CONTROLES Y CON DESNUTRICION MODERADA**

GRUPO	CONTROL	DESNUTRICION MODERADA	
DNA (g/placenta)	° 1.36 ± 0,20	1,18 ± 0.20	p < 0.05
RNA (g/placenta)	0,43 ± 0,12	0,39 ± 0,11	NS
Proteína (g/placenta)	32,7 ± 5,72	31,2 ± 6,60	NS
Lípidos totales (mg/DNA)	3,85 ± 0,80	4,46 ± 0,64	p < 0.01
Fosfolípidos (mg/DNA)	1,82 ± 0,14	2,06 ± 0,21	p < 0.01
Esteroles (mg/DNA)	0,55 ± 0,11	0,77 ± 0,28	p < 0.01
GGT (umol/g placenta)*	200,00 ± 50,00	144,00 ± 44,00	p < 0.01
FATE (mmol/g placenta)**	3,15 ± 0,57	4,16 ± 0,68	p < 0,001
PK (umol/g Placenta min ⁻¹)***	27,2 ± 5,3	21,00 ± 4,2	p < 0,01
AK (umol/mg prot)****	178,7 ± 57,4	108,00 ± 47,5	p < 0,01
a ₃ (m umol/mg prot.)*****	37,4 ± 2,4	30,8 ± 1,6	p < 0,02

° Valor promedio ± Desviación Estándar.

Las actividades enzimáticas se informan como umoles, mmoles o m umoles de sustrato transformado.

* Gamaglutamil transpeptidasa (GGT)

** FATE Fosfatasa alcalina termoestable (65° C)

*** PK Piruvato kinasa

**** AK Adenilato kinasa (mitocondrial)

***** a₃ Citocromoxidasa (mitocondrial)

47. VALIDACION DEL PUNTAJE DE RIESGO DE MUERTE NEONATAL

Drs. José Gatica, Ernesto Núñez y Sra. Inés Aguayo
(Hospital Las Higueras Talcahuano)

Se han determinado numerosos puntajes de riesgo para seleccionar la población obstétrica de alto riesgo de morbilidad perinatal, pero son muy escasos los puntajes de riesgo de morbilidad neonatal solamente.

Basados en un estudio realizado los años 1983 y 1984 en el Servicio de Pediatría del Hospital Las Higueras de Talcahuano, se confeccionó un puntaje de riesgo de muerte neonatal, el cual totalizaba 46 puntos como máximo (Tabla 1).

El principal objetivo de este estudio, fue el de comprobar la validación de dicho puntaje, como indicador de riesgo de mortalidad neonatal.

Se comparó el puntaje obtenido de 30 recién nacidos (R.N.) fallecidos consecutivos, con 30 R.N. enfermos que no fallecieron, ingresados en forma consecutiva a la Unidad de Neonatología y con 30 R.N. sanos egresados de la Unidad de Puerperio obtenidos por muestreo sistemático con factor de dispersión 30.

De acuerdo a los resultados obtenidos, el puntaje de riesgo analizado discrimina fácilmente entre los R.N. sanos y los R.N. hospitalizados no fallecidos, y entre los R.N. sanos y los R.N. fallecidos, con un 100% de sensibilidad y de especificidad.

Al comparar los R.N. hospitalizados no fallecidos y los R.N. fallecidos, se demuestra un alto índice de sensibilidad (80%), especificidad (93,3%), valor predictivo positivo (92,3%) y negativo (82,4%) para aquellos con puntaje igual o superior a 24.

Por sobre 32 puntos la letalidad fue de un 100% (Tabla 2).

Este trabajo, es un primer intento de validación de un puntaje de riesgo de muerte neonatal y esperamos reunir un mayor número de casos para obtener conclusiones más significativas.

TABLA Nº 1

PUNTAJE DE RIESGO DE MUERTE NEONATAL		
1.	Presencia de patología neonatal	6.5 puntos
2.	Apgar al minuto menor de 7	5.5 "
3.	Edad gestacional menor de 37 semanas	5.5 "
4.	Apgar 5 minutos menor de 7	5.0 "
5.	Peso nacimiento menor de 2.500 gramos	5.0 "
6.	Presencia de anomalías congénitas	4.0 "
7.	Rotura prematura de membranas mayor de 24 horas	3.0 "
8.	Embarazo no controlado	2.5 "
9.	Embarazo múltiple	2.0 "
10.	Patología del embarazo	2.0 "
11.	Ruptura espontánea de membranas	2.0 "
12.	Parto distósico	1.5 "
13.	Déficit nutricional materno	1.5 "

TABLA Nº 2

LETALIDAD SEGUN PUNTAJE

	Nº R.N. Fallecidos	Nº R.N. Hospitalizados no fallecidos	Total
24 puntos o más	24	2	26
23 puntos o menos	6	28	34
TOTAL	30	30	

Sensibilidad : 80,00/o

Especificidad : 93,30/o

Valor predictivo positivo: 92,30/o

Valor predictivo negativo: 82,40/o

48. ANALISIS DE LA MORTINATALIDAD EN EL SERVICIO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA DEL HOSPITAL BARROS LUCO TRUDEAU DURANTE 1985

Srs. Oscar Alarcón, Gonzalo Armijo, Orietta Carmona, María Guerra, Jorge González y Alberto Estay
(División Sur, Facultad de Medicina, Universidad de Chile)

Es sabido que la mortinatalidad obedece a un sinnúmero de factores: patologías maternas, fetales, ovulares y factores de orden socioeconómicos y culturales. Los objetivos de este estudio fueron determinar la tasa de mortinatalidad durante el año 1985 en el Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Barros Luco Trudeau (HBLT), comparar dicha tasa respecto a años anteriores en el mismo servicio y determinar los factores asociados más frecuentes a la mortinatalidad.

Se analizan todos los mortinatos de más de 1.000 g registrados de Enero a Diciembre de 1985 en la Maternidad del HBLT y las fichas clínicas maternas correspondientes. De éstas se extraen datos sobre edad, paridad, características del embarazo y parto, patologías concomitantes, características de los mortinatos e informe de autopsias. Durante este período se registraron 68 mortinatos de más de 1.000 g en mujeres entre 20 y 29 años. El 39,70/o correspondió a primíparas y el 22,10/o a múltiparas de uno. La mayor incidencia de muerte fetal ocurrió en el mes de Febrero, le siguen Junio y Agosto. El antecedente de mortinatos sólo se encuentra en el 16,20/o de las embarazadas y el antecedente de aborto sólo en el 29,40/o.

Aproximadamente el 940/o de las embarazadas fueron controladas, de las cuales el 200/o fueron derivadas a Policlínico de Alto Riesgo Obstétrico y Perinatológico (CAROP). En la mayoría de los casos el parto ocurrió en forma espontánea y sólo un 50/o fueron cesáreas de urgencia. Cerca de la cuarta parte de las fichas maternas no describen patologías asociadas; el 20,60/o de los mortinatos presentaron sufrimiento fetal agudo, y el 160/o se asocia a pre-eclampsia. Las distocias de presentación y el desprendimiento prematuro de placenta normo-inserta corresponden al 130/o. Aproximadamente la mitad de los mortinatos tuvieron un peso al nacer entre 2.000 y 3.500 g y la edad gestacional fluctuó entre 28 y 41 semanas de embarazo.

Sólo al 14,70/o de los casos se les realizó necropsia. La distribución de los mortinatos por sexo fue equitativa, lo que indica que la muerte fetal no estaba influenciada por el sexo.

Aparentemente existen factores de riesgo asociados a mortinatalidad no pesquisables en Policlínicos Periféricos debido a que sólo un 200/o de las pacientes fueron derivadas a CAROP.

Cerca del 750/o de las pacientes ingresaron a la maternidad sin latidos cardiorfetales, lo que indica que la muerte fetal ocurre en forma súbita y no es pesquisable antes del parto.

La mayoría de los mortinatos presentaron peso y edad gestacional compatibles con la vida post parto y al 850/o de los mortinatos no se les efectuó necropsia, por lo cual queda aún más oscura la causa de su muerte.

En HBLT la tasa de mortinatalidad para el período considerado fue de 7,8 por mil, cifra que ha permanecido constante durante los dos años anteriores.

49. PROGRAMA DE DETECCION DE MALFORMACIONES CONGENITAS Y GENOPATIAS EN GINECO-OBSTETRICIA

Drs. Jorge Robinovich, Mario Herrera y Sra. Elba Rubio
(Hospital Paula Jaraquemada)

En 1983, el análisis estadístico de la mortalidad neonatal precoz de la Maternidad del Hospital Paula Jaraquemada, nos informa como primera causa de muerte, las malformaciones congénitas: 36,20/o (33 casos en 91 muertes). En ese año nacieron 284 niños entre malformaciones y genopatías (2,50/o de los nacimientos).

El descenso, entre los años 1975-1982, de la mortalidad infantil fue de un 54,70/o, realizado en base a la disminución de la tasa de mortalidad infantil tardía (60,50/o) y de la tasa de mortalidad neo-natal tardía (66,60/o). El descenso de la mortalidad neo-natal precoz sólo fue de un 37,80/o.

Propósito:

Disminuir la morbi-mortalidad perinatal por malformaciones congénitas y genopatías.

Objetivos Específicos

1. Contribuir a la disminución de la mortalidad perinatal.
2. Contribuir a la disminución de la tasa de mortalidad infantil.
3. Contribuir al diagnóstico precoz y oportuno de las malformaciones congénitas y genopatías.
4. Contribuir a la disminución de la incidencia de recién nacidos con malformaciones congénitas y genopatías.
5. Corregir con oportunidad las malformaciones y genopatías cuando sea posible.

Estrategias

1. Pre-concepcional

- 1.1. Detectar precozmente parejas con riesgo de hijos con malformaciones congénitas o genopatías.
 - 1.1.1. Mujeres de 35 años o más y hombre de 40 o más años.
 - 1.1.2. Portadores de malformaciones congénitas.
 - 1.1.3. Antecedentes familiares de anomalías congénitas o alteraciones cromosómicas.
 - 1.1.4. Antecedentes de aborto habitual de causa no precisada.
 - 1.1.5. Portadores de infecciones crónicas causantes de malformaciones congénitas (lúes, virales, bacterianas o parasitarias).
 - 1.1.6. Parejas sometidas a riesgo de malformaciones en su descendencia por sustancias tóxicas.

2. Concepcional

- 2.1. Captar precozmente a la embarazada con riesgo de malformaciones congénitas o genopatías:
 - 2.1.1. Madres de 35 años o más y padre de 40 años o más.
 - 2.1.2. Hijo previo con defecto del tubo neural y/o cromosomopatía.
 - 2.1.3. Antecedentes de aborto habitual de causa no precisada.
 - 2.1.4. Cifras elevadas de alfa feto-proteína en suero materno.
 - 2.1.5. Desórdenes metabólicos diagnosticados por líquido amniótico.

Recursos

1. Local

- 1.1. Clínica equipada en Policlínico de Alto Riesgo de la Maternidad del Hospital Paula Jaraquemada.
- 1.2. Unidad de Ultrasonografía del Hospital Paula Jaraquemada.

2. Personal

Nivel I

- 2.1. Médicos obstetra y Matronas de las Unidades Maternales de Atención Primaria.

Nivel II

- 2.2. Un médico obstetra.

Nivel III

- 2.3. Asesoría, Servicios de Apoyo y Hospitalización.
 - Un genetista.
 - Laboratorio citogenético Hospital Calvo Mackenna.
 - Un ecografista - Un anatómo-patólogo.
 - Laboratorio Central.
 - Servicio Obstetricia-Ginecología y Neonatología.

Técnicas

1. Ingreso.

- Confección ficha.
- Tarjeta Kardex (tarjetero calendario).
- Carnet citaciones.
- Registro Estadístico de actividades.

2. Acciones

- Esquema de flujo.
- Estudio clínico y de laboratorio, de la pareja.
- Educación. Consejo Genético (obstétrico y genetista).

3. Controles

- Seguimiento de control de Embarazo de Alto Riesgo.
- Indicaciones terapéuticas cuando corresponden.

4. Altas

- Altas con indicación a su Consultorio habitual en caso de estudio negativo.
- Estudio positivo: alta al término del embarazo y citación para estudios posteriores en períodos intergenésicos.

Procedimientos

1. Captación

- Unidades Maternales, Medicina Adulto, Servicio de Ginecología-Obstetricia y Neonatología.

2. Sistema de Registro

- Ficha clínica de la Unidad de Genética, Tarjeta de seguimiento.
- Carnet de citaciones.
- Libro de citaciones.

3. Referencia e Interconsulta.

- Formularios de Interconsulta.

Coordinación

Nivel I: Para captación.

Nivel II: Policlínico Alto Riesgo para atención.

Apoyo: Genetista-Lab. Central, Ultrasonografía y Rayos. Endoscopia, Anatomía Patológica. Servicio Social. Laboratorio citogenética.

Nivel III: Servicio Obstetricia, Ginecología y Neonatología, Pediatría, Neurología Infantil, otros Servicios.

Evaluación y Estadísticas

1. Informe diario habitual: Consultas y Procedimientos.
2. Evaluación de objetivos.
3. Cortes y Estudios.

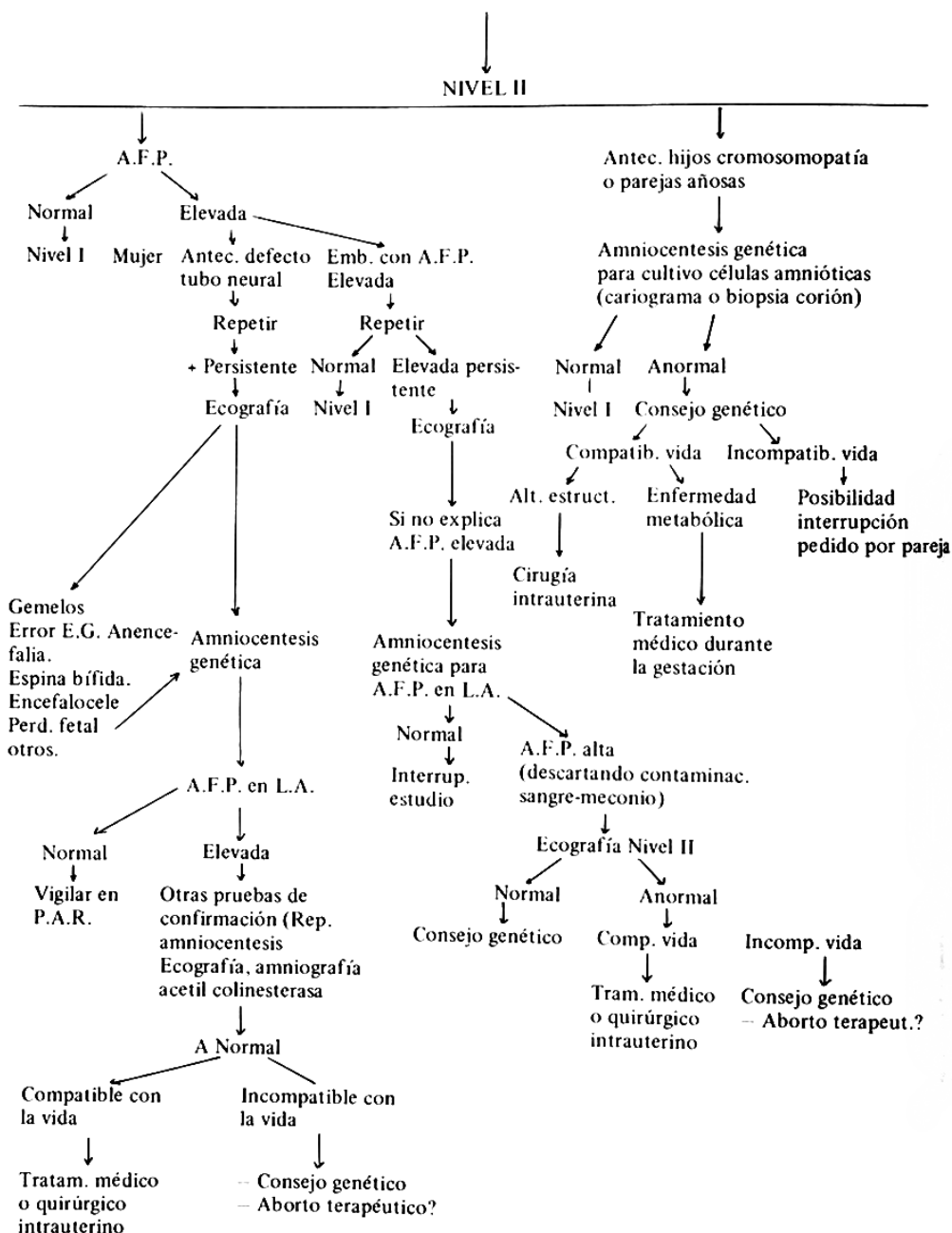
TABLA Nº 1

ACTIVIDADES REALIZADAS JULIO 1984-JUNIO 1986

Nº pacientes en control	154
Nº casos detectados	5 (32,50/oo versus 3.00/oo)
Alfafetoproteínas en suero materno	112
Alfafetoproteínas en L.A.	32
Ecografía Nivel I	39
Ecografía Nivel II	130
Amniogenesis Genética	35
Cariogramas informadas	27

FLUJOGRAMA

NIVEL I PAREJAS CON RIESGO DE HIJOS CON MALFORMACION CONGENITA Y GENOPATIA



50. CARACTERÍSTICAS DEL RECIÉN NACIDO Y SU MADRE EN EL PRIMER CONTROL DE SALUD

Drs. Carlos Medina, Oscar Molina, Hugo Molina y Alejandro Cerda
(Hospital Roberto del Río y Consultorio Batuco)

El período de recién nacido en el niño incluye los primeros 28 días de su vida; constituye un lapso de alto riesgo desde el punto de vista de la salud y representa la transición entre el medio intra-uterino y el medio ambiente muchas veces hostil. El Ministerio de Salud, con el objeto de cautelar la salud de dichos niños, ha desarrollado los Programas Maternal e Infantil, los que aseguran control durante el período pre y post natal en el nivel primario de atención. Es en dicho nivel en donde se efectúan las acciones de fomento, prevención y protección de la salud; para tales efectos es necesario que a nivel primario se conozcan las características de los recién nacidos que atienden y la de sus madres, con el fin de optimizar sus acciones.

El presente estudio intenta describir algunas características de los recién nacidos controlados por primera vez en el Consultorio Batuco (Corporación de Salud Ilustre Municipalidad de Lampa) entre Julio de 1985 a Junio de 1986, y sus madres. En relación a la madre, se averiguó su edad, paridad, edad gestacional al momento de iniciar los controles de embarazo, evolución del embarazo y tipo de parto. Respecto al niño, se precisa su edad gestacional al nacimiento, sexo, Apgar, número de orden de nacimiento, peso al nacer, variación de peso observada y diagnóstico en el primer control de salud.

Material y Método

El grupo en estudio correspondió a la totalidad de los recién nacidos controlados por primera vez en el Consultorio Batuco en el período mencionado, cuya población asignada es mayoritariamente beneficiaria y de nivel socio económico bajo. Los datos se extrajeron de la ficha médica del niño y se procesaron manualmente.

Resultados

Un 84^o/o de las madres tiene entre 18 y 34 años de edad y un porcentaje similar, 3 hijos o menos. La mayoría (57^o/o) controló su embarazo desde las 14-23 semanas (Md: 18 semanas) y hubo solamente 2 (1,3^o/o) que no lo controlaron. La evolución del embarazo fue mayoritariamente normal (80^o/o), un 65^o/o de los partos fue eutócico y más del 25^o/o correspondió a cesáreas; la mayoría de los partos fue atendido en el Hospital San José y hubo sólo 1 parto domiciliario en el grupo.

En cuanto a los recién nacidos, el 50,3^o/o son de sexo masculino y más del 90^o/o son producto de embarazo a término (9,8^o/o pre-término). El 95^o/o no tuvo asfisia neonatal y sólo 1 niño presentó asfisia severa. El 71,2^o/o pesó 3.000 g o más. La mediana de la edad al momento de su primer control de salud fue de 7 días (rango 3-27 días). La variación de peso observada respecto al nacimiento muestra que un 11,1^o/o bajó más de 10^o/o y un 58,2^o/o lo mantuvo. El diagnóstico de sano se hizo en un 41,2^o/o de los niños controlados, correspondiendo el resto, en su mayoría, a Síndrome Ictérico (30^o/o) y a patología infecciosa (19,6^o/o).

Conclusiones

El conocer las características de las madres y los recién nacidos que acceden al primer control de niño sano, resulta de interés para evaluar y adecuar la acción en salud. Las madres de estos niños controlaron su embarazo y a sus hijos en forma precoz, lo que traduce un reconocimiento de la población usuaria a dichas acciones.

51. CONTROL DE SALUD DEL RECIEN NACIDO, LACTANTE Y PREESCOLAR Y SU RELACION CON FACTORES DE LA MADRE Y EL NIÑO

Sras. Leticia Marzolo, Ilse López y Dra. Aída Kirschbaum
(Escuela de Salud Pública, Facultad de Medicina, Universidad de Chile)

El grado de cumplimiento del programa de Control de Salud en los primeros 6 años de vida es una actividad aparentemente poco explorada, ya que las publicaciones de estudios relativos a ello es escasa. Esta fue una de las razones que motivó a los autores para realizar el trabajo que se presenta.

Objetivos

- 1) Describir el grado de cumplimiento a control de salud en las etapas de: recién nacido, lactante y preescolar.
- 2) Determinar el grado de cumplimiento del control de salud en cada uno de los primeros 6 años de vida del niño en relación a los siguientes factores: edad y escolaridad de la madre, orden del nacimiento y tipo de parto del niño.
- 3) Analizar el grado de cumplimiento del control de salud en las distintas edades del niño según variables de la madre y el niño simultáneamente.

Material y Método

El grupo en estudio está constituido por los 1.200 niños inscritos como recién nacidos entre Enero y Diciembre de 1977, en el Consultorio Alejandro del Río en Puente Alto. Este pertenece al Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente. Se tomó una muestra de 600 niños que permanecieron bajo control o consultaron por morbilidad hasta cumplir 6 años.

La información se extrajo desde la historia clínica y complementada con la tarjeta de actividades infantiles. Se describen las características de las madres y el grado de cumplimiento a control durante los 6 años de vida, luego se analiza la relación entre las variables antes mencionadas y el control salud.

Los resultados indican que se trata de un grupo de madres jóvenes, ya que el 74,20/o tenía menos de 30 años al nacimiento del hijo, de buena escolaridad, el 60,80/o de ellas tiene más de 7 años de estudio, y con paridad baja, 690/o tenía entre 1 y 2 hijos. El 81,30/o de los niños nacieron de parto normal y sólo un 130/o por cesárea.

El grupo está compuesto por igual número de varones que de mujeres. Menos de un 50/o presentó un bajo peso al nacer (< 2.500 grs.).

El peso promedio de las niñas al nacer resultó ser significativamente más bajo que el promedio de peso de los niños.

Al analizar conjuntamente edad y escolaridad de la madre y edad de la madre con orden del nacimiento, se observa lo esperado, es decir, a mayor edad menor escolaridad, y a menor edad menor número de hijos, lo cual es concordante con la relación entre orden del nacimiento y escolaridad, ya que lo esperado es que cuanto mayor sea esta última menor será el número de hijos.

El cumplimiento a control de salud se clasificó en bueno, regular y malo, de acuerdo al número de controles programados para cada edad.

La proporción de niños con un buen cumplimiento del control de salud es ligeramente variable según la edad. Un poco más de 2 tercios de los recién nacidos presentan un cumplimiento óptimo; en cambio, cuando el niño tiene entre 1-11 meses, el buen cumplimiento llega al 960/o de ellos, edad en que se alcanza su máximo.

Entre 1 y 5 años, las cifras para esta categoría oscilan entre 66,40/o (4 años) y 90,70/o (2 años). La cifra promedio es de 78,70/o, sin observarse una tendencia clara al aumentar la edad.

La categoría de "mal cumplimiento" cobra importancia a partir de los 3 años. De un 1,70/o sube a 2,20/o a los 4 años y a 4,80/o entre los niños de 5 años.

Cabe destacar que el grupo se mantiene íntegro en control hasta los 2 años de vida, disminuyendo sólo en un 290/o a los 3 años; en un 70/o a los 4 años y en un 200/o a los 5 años.

El grado de cumplimiento a Control de Salud de los niños estudiados no aparece relacionado con la edad de la madre, el número de orden del nacimiento, el tipo de parto ni la escolaridad de la madre, excepto para esta última variable al año de vida, en que la proporción de niños

con buen cumplimiento es mayor cuanto más alta es la escolaridad de la madre.

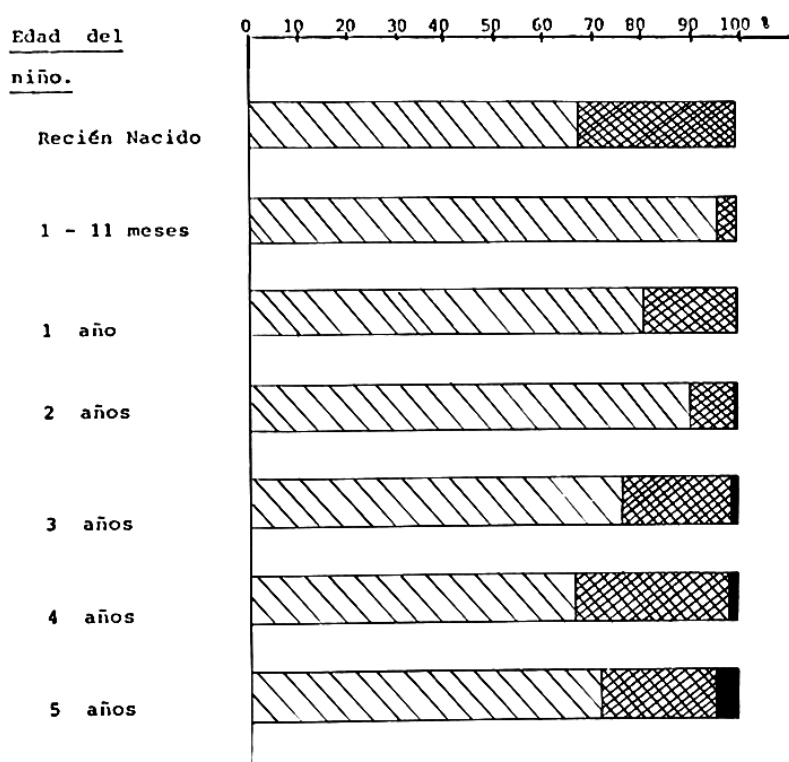
Al analizar el grado de cumplimiento a Control de Salud, considerando conjuntamente otras dos variables, se encontró que tanto: edad y escolaridad de la madre, edad y número de orden del nacimiento, escolaridad y número de orden del nacimiento, en general no determinan diferencias significativas. Se exceptúan las madres de 20 a 29 años, quienes, al tener un solo hijo, cumplen mejor el programa cuando el niño tiene 1 a 11 meses y 3 a 5 años. Al no encontrar diferencias significativas entre las distintas dimensiones definidas para las variables de la madre y el buen grado de cumplimiento a control de salud, no se continuó profundizando en el análisis del conjunto de variables.

Es probable que esta falta de asociación encontrada se deba a los siguientes factores:

- buen escolaridad de las madres, 60% con más de 7 años de estudio.
- mujeres jóvenes, 3 de cada 4 tenían menos de 30 años al nacimiento del niño, y
- a las sostenidas acciones educativas del Consultorio que durante muchos años han motivado el cumplimiento del Control de Salud de los niños de la Comuna de Puente Alto.

TABLA Nº 1

**GRADO DE CUMPLIMIENTO A CONTROL DE SALUD
EN CADA EDAD DEL NIÑO**



Grado de cumplimiento : Bueno - Regular - Malo

TABLA Nº 2

**PORCENTAJE DE NIÑOS CON BUEN GRADO DE CUMPLIMIENTO A CONTROL SALUD
SEGUN EDAD DE LA MADRE EN CADA EDAD DEL NIÑO**

Edad de la madre	Edad del niño						
	R.N.	1-11 ms.	1 año	2 años	3 años	4 años	5 años
	o/o	o/o	o/o	o/o	o/o	o/o	o/o
16 – 17 años	67,7	93,5	80,6	77,4	77,4	48,4	54,8
18 – 19 años	68,8	97,9	76,0	88,5	82,3	64,6	47,9
20 – 24 años	68,3	94,0	84,7	92,9	78,1	69,4	67,8
25 – 29 años	65,8	96,7	80,8	94,2	70,0	55,8	50,8
30 – 34 años	69,6	96,4	78,6	87,5	73,2	57,1	53,6
35 – 39 años	62,2	94,6	89,2	94,6	73,0	67,6	67,6
40 y más	66,7	100,0	66,7	83,3	66,7	66,7	66,7
Promedio de o/o	67,0	96,2	79,5	88,3	74,4	61,4	58,7
Rango	7,4	6,5	13,2	17,2	12,3	21,0	19,9

52. SEGUIMIENTO DEL NIÑO MENOR DE 1 AÑO: EL PRIMER SEMESTRE DE VIDA

Dr. Mario Vildoso y Nutr. Patricia Salinas
(Consultorio Los Sauces)

El Lactante Menor presenta una serie de características en su interrelación con los Servicios de Salud, siendo el Control de Salud y la Consulta Médica de Morbilidad unas de las más relevantes. El objetivo de este trabajo es conocer lo que sucede al realizar un seguimiento de niños nacidos durante un año y seguir su evolución y vida a través del Control de Salud y la Consulta de Morbilidad. Esta presentación reseña lo ocurrido en el primer semestre de vida.

Se estudian 122 niños controlados en el Consultorio General Rural de Los Sauces y sus postas dependientes, ubicados en la Región de la Araucanía, específicamente en la provincia de Malleco.

Estos niños son de sexo femenino en su mayoría (55,70/o), nacieron con peso adecuado (entre 3.001 y 3.800 g) en un 53,0/o, hijos de madres entre los 19 y 34 años (79,50/o), con un 95,50/o de atención profesional del parto y un 45,90/o de residencia urbana.

Esta cohorte dio origen a 608 controles de Salud en el semestre, o sea 4,98 controles por niño, sin diferencias notorias derivadas de la procedencia.

La evolución nutricional, según el parámetro Peso para la Talla, muestra un progresivo incremento porcentual de sobrepesos (20,0 a 51,20/o al cuarto mes de vida), reducción de los eutróficos (desde 72,9 a 43,00/o al quinto mes), aumento de los riesgos de desnutrir (desde 1,7 a 11,60/o). Los desnutridos muestran un bajo porcentaje y muy variable. Sin embargo, al comparar el estado nutricional por el parámetro Peso para la Edad se observa un 38,80/o de sobrepesos y un 10,70/o de desnutridos.

Respecto de las Consultas de Morbilidad, se verifican un total de 192 demandadas por 81 lactantes, o sea, 1,61 consultas por niño (global) y 2,42 consultas por niño que consulta. La primera consulta se produce preferentemente en el primer trimestre de vida (50,80/o); no registrando consultas un total de 41 lactantes (33,60/o) durante todo el período estudiado. Tanto en la proporción de consultas por niño como en el porcentaje de niños no consultantes, hay diferencias entre los que son residentes de Los Sauces (urbano) y aquellos considerados rurales.

Los episodios mórbidos se concentran preferentemente en las enfermedades respiratorias, infecciosas de la piel, dermatológicas y diarreicas.

Antes del mes de vida se producen 32 episodios originados por 28 niños (1,14 episodios por niño consultante), siendo las causas principales las enfermedades respiratorias agudas altas (21,90/o), dermatitis del pañal (15,60/o), alergia (15,60/o), enfermedades respiratorias agudas bajas (9,40/o) y enfermedades piógenas de la piel (9,40/o).

En el período que media entre el mes y los dos meses de edad, se producen 73 episodios en 46 lactantes (1,59 episodios por niño), siendo las causas preferenciales las enfermedades respiratorias agudas altas (24,60/o), id. bajas (13,750/o), sarna (12,30/o) y enfermedades piógenas de la piel (9,60/o).

Por último, en el segundo trimestre de vida se registran 97 episodios mórbidos ocurridos en 46 lactantes (1,59 episodios por niño). Las enfermedades respiratorias agudas bajas (34,00/o) id altas (18,60/o), sarna (11,30/o), enfermedades piógenas de la piel (8,20/o) y enfermedades diarreicas agudas (5,20/o) son las causas más importantes de consulta en este período.

Al final del semestre había fallecido un lactante a la edad de 2 meses originando una mortalidad para la cohorte estudiada de 8,3 por 1.000 nacidos vivos.

53. ESTIMACIONES DEL CRECIMIENTO DE NIÑOS DE BAJO PESO AL NACER DURANTE SU PRIMER SEMESTRE DE VIDA

Enf. Carmen Campusano, Rosa Apablaza y Dr. Antonio Salvadó
(Universidad de Antofagasta)

Los niños de bajo peso al nacer, o sea, de 2.500 g o menos, inician su crecimiento post natal con desventajas en comparación con niños de embarazos de término y peso corporal adecuado.

El peso y la estatura son menores durante el primer y segundo año de vida, diferencia que se reduce al utilizar la edad concepcional. Más tarde alcanza valores normales, tardando más tiempo los más pequeños. Algunos niños permanecen definitivamente con peso y talla en un nivel inferior, lo que se atribuye a factores genéticos, ambientales, etc.

El objetivo de nuestro estudio fue analizar durante un año el crecimiento de estos niños de bajo peso, identificando la edad que alcanzan los valores del crecimiento pondoestatural de niños de peso adecuado.

Material y Método

Se realiza un análisis retrospectivo estudiando las características del crecimiento de 120 niños con peso inferior a 2.500 g, controlados en dos consultorios del sector Norte del Servicio de Salud Antofagasta.

Para conocer la relación con la normalidad se utiliza como parámetro las tablas de peso y talla de M. Sempé y los incrementos recomendados por las normas del Ministerio de Salud.

Comentarios

En relación al peso de nacimiento, al 60,80/o se sitúa entre 2.200 y 2.500 g, este porcentaje disminuye hacia los pesos inferiores, ubicándose sólo el 40/o de los niños entre 1.150 y 1.600 g. Se observa lo mismo en ambos sexos.

El 750/o de los niños en estudio alcanza incrementos ponderales entre 100 y 1760/o de lo esperado en su primer trimestre de vida. El 250/o tiene incremento bajo el 1000/o de lo esperado, y un 650/o bajo el 750/o del incremento esperado. Estos últimos corresponden a niños cuyo peso de nacimiento es de 2.000 y más.

En relación a la talla se observa que el 570/o de los niños alcanza incrementos sobre el 1000/o de lo esperado. El 430/o de estos niños tiene incrementos bajo un 1000/o, destacándose que el 120/o no logra el 750/o, porcentaje esperado para su edad.

Hay una clara relación entre peso de nacimiento e incremento de talla, observándose una asociación directa: a mayor peso de nacimiento mayor incremento en el trimestre.

Al relacionar el peso con la tabla de Sempé se observa, al cumplir tres meses de edad, que el 340/o de niños de sexo masculino se encuentra con su peso en el promedio de normalidad, al considerar la primera desviación estándar inferior el porcentaje aumenta al 720/o.

Al analizar el comportamiento en el sexo femenino se observa que un 400/o alcanza el promedio para la edad. Al considerar las desviaciones hacia izquierda y derecha el porcentaje aumenta a un 630/o, todo esto a los tres meses de vida.

Al cumplir 6 meses de vida cabe hacer notar que el sexo masculino alcanza el 36,10/o, el promedio esperado para la edad; al considerar la desviación estándar inferior aumenta al 770/o; al comparar el sexo femenino, el 500/o alcanza el promedio para la edad. Al incluir las desviaciones estándar inferior y superior se llega al 860/o de niños en sus niveles normales.

Analizando los crecimientos logrados hasta el 30 y 60 mes de vida, podemos decir que aumentan paulatinamente los niños que van alcanzando la normalidad para su edad.

Conclusión

Se observa que los incrementos peso/talla son mayores de lo esperado. El crecimiento de peso tiende a disminuir en el segundo trimestre, en cambio la talla tiene tendencia a aumentar.

TABLA Nº 1

RELACION DEL PESO AL SEXTO MES CON VALORES TABLA DE SEMPE POR SEXO

Valores de Sempe	Sexo Masculino		Sexo Femenino		Total	
	Nº	o/o	Nº	o/o	Nº	o/o
3 Ds.	3	8,3	2	4	5	5,8
2 Ds.	5	13,8	5	10	10	11,6
1 Ds.	15	41,6	15	30	30	34,8
Promedio	13	36,1	25	50	38	44,1
+ 1 Ds.	--	--	3	6	3	3,4
TOTAL	36	100,0	50	100	86	100,0

TABLA Nº 2

INCREMENTOS EN TALLA, PRIMER TRIMESTRE EN RELACION A PESO AL NACER

Incrementos Talla	Peso al Nacer								Total	
	-1200	1201 1400	1401 1600	1601 1800	1801 2000	2001 2200	2201 2500		Nº	o/o
25 - 50	---	---	---	---	---	---	1		1	1,0
51 - 75	---	1	---	1	1	1	8		12	11,0
76 - 100	---	---	1	2	1	5	25		34	31,0
101 - 125	1	---	---	3	2	6	24		36	33,0
126 - 150	---	---	1	2	1	3	15		22	20,0
151 - 175	---	---	---	---	1	2	---		3	3,0
176 y +	---	1	---	---	---	---	---		1	1,0
TOTAL	1	2	2	8	6	17	73		109	100,0

54. CUMPLIMIENTO DE ESTRATEGIAS SOBRE LACTANCIA MATERNA EN EL SERVICIO DE SALUD VALPARAISO-SAN ANTONIO

Dr. Raúl Horta y Enf. Elvira Varas
(Servicio de Salud Valparaíso-San Antonio)

En 1983 el Servicio formuló un conjunto de normas técnicas y administrativas tendientes a cumplir objetivos relacionados con aumento de la lactancia materna. Ello se formalizó a través de una Directiva Permanente Interna y ulterior discusión de la materia por los equipos de salud; se operacionalizó mediante la realización de talleres sobre Lactancia Materna, dirigidos a profesionales, personal paramédico y voluntarios de la comunidad.

La evaluación de la eficiencia del programa se efectuó a través de cortes censales semestrales de las modalidades de alimentación de los niños menores de 6 meses categorizados por edad en el área del Servicio.

En el presente trabajo se exponen algunos aspectos de la evolución histórica del comportamiento de la lactancia en el medio urbano, expresadas en el gráfico adjunto, donde, además, se relaciona la lactancia con la ocurrencia de la mortalidad por diarrea dentro de la mortalidad infantil tardía, en el período de estudio.

La tabla presenta la variación porcentual por edad de la modalidad de alimentación, entre el corte diagnóstico y el último efectuado en Julio de 1986.

De lo expuesto en el gráfico, se evidencia una rápida alza de la lactancia a expensas, fundamentalmente, de la modalidad de pecho exclusivo. Concomitantemente, se observa, ya desde el primer corte, una disminución de la modalidad artificial de alimentación y es evidente una mejoría del registro al disminuir el porcentaje de casos ignorados. Como indicador de impacto, se señala la evolución de la proporción de la mortalidad por diarrea en la mortalidad infantil tardía. Sin embargo, no tenemos elementos para definirlo como una relación de causalidad.

En el segundo corte de 1985, se aprecia una interrupción de la tendencia al alza de la alimentación natural, que se recupera al corte siguiente de Enero de 1986. Igualmente, en ese corte se evidencia un aumento de la alimentación mixta y un aumento del porcentaje de ignorados.

La tabla muestra las variaciones más importantes de las modalidades de alimentación en el período de estudio, que afectan principalmente al pecho exclusivo, en los niños de 28 días a 3 meses en primer lugar, y a los niños de 0 a 27 días, en segundo lugar. Estas variaciones se produjeron especialmente por traspaso de casos de alimentación mixta a pecho exclusivo, especialmente en el grupo de 28 días a 3 meses.

Comentarios

La acción concertada del Equipo de Salud logró aumentar sustancialmente la lactancia materna en el área urbana del Servicio de Salud Valparaíso-San Antonio. Hay que tener presente que el diagnóstico mostró cifras satisfactorias y que el 790/o de los niños de 3-6 meses eran beneficiarios de lactancia total o parcial. Esta cifra no se ha modificado de Julio de 1976 (71,10/o), pero su composición es diametralmente opuesta por el aumento de la alimentación con pecho exclusivo en los niños de 28 días a 3 meses.

Siendo reconocidas las ventajas de la lactancia materna, su impacto es evaluable a largo plazo y con estudios prospectivos de morbilidad y mortalidad. Por lo tanto, el presente estudio sólo muestra eficiencia de un programa.

Sin embargo, en el período de estudio se ha observado un aumento de la cobertura del control del lactante menor de 6 meses, y aumento de la precocidad de la captación del recién nacido, derivado, a su vez, de una mejoría de la captación de la embarazada, que involucra también una precocidad del inicio de su control. El porcentaje de los niños estudiados corresponde a un 73,70/o de la población esperada, a un 940/o de lo programado y un 990/o de la población control, al corte de Julio de 1986.

Las variaciones de Julio 1985, se han interpretado como consecuencia del sismo y permiten asumir que la desorganización social, consecutiva a una catástrofe, representa per se un impacto negativo sobre la lactancia natural, ya que el Servicio no varió la calidad de la atención luego del sismo.

El desarrollo del programa, la eficiencia observada y la calidad del registro se han obtenido con los recursos propios del Servicio, sin inversión adicional, obteniéndose, además, satisfacción del Equipo de Salud.

**LACTANCIA Y MUERTES INFANTILES TARDIAS POR DIARREA
LACTANTES MENORES DE 6 MESES BAJO CONTROL EN LOS CONSULTORIOS
URBANOS DEL SERVICIO DE SALUD VALPARAISO-SAN ANTONIO
ENTRE SEPTIEMBRE 1983 Y JULIO 1986**

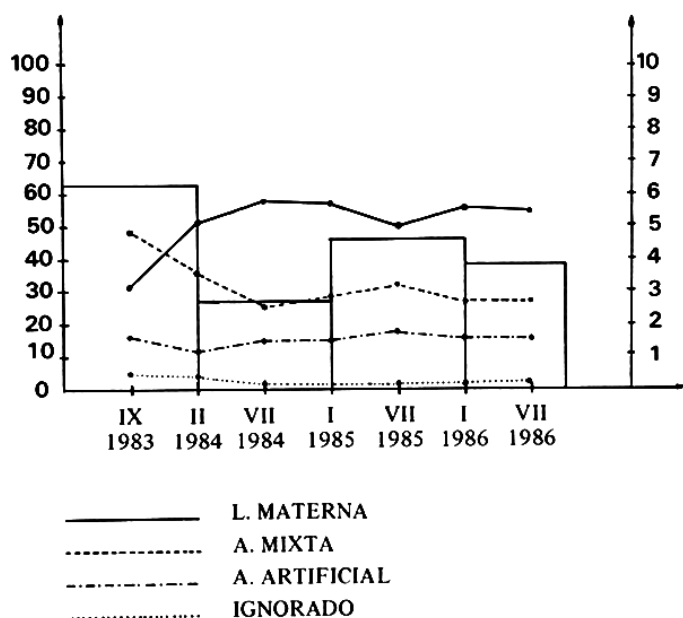


TABLA Nº 1

VARIACION PORCENTUAL POR EDADES DE MODALIDADES DE ALIMENTACION DE LACTANTES MENORES DE 6 MESES
BAJO CONTROL EN LOS CONSULTORIOS URBANOS DEL SERVICIO DE SALUD VALPARAISO-SAN ANTONIO
SEPTIEMBRE 1983-JULIO 1986

Tipo de Alimentación	Septiembre 1983			Julio 1986			o/o Variación		
	0-27 d.	28-3 m.	3-6 m.	0-27 d.	28-3 m.	3-6 m.	0-27 d.	28-3 m.	3-6 m.
Lactancia Materna	69,0	25,0	31,0	87,0	68,2	30,7	+ 26,1	+ 172,8	- 1
Alimentación Mixta	12,0	53,0	48,0	9,6	20,6	40,4	- 20,0	- 61,3	- 15,8
Alimentación Artificial	1,0	20,0	17,0	2,0	9,0	28,1	+ 100,0	- 55,0	+ 65,3
Ignorados	18,0	2,0	4,0	1,4	2,3	0,8	- 92,2	+ 15,0	- 80,0
TOTAL	100	100	100	100	100	100			

Censados R.N. - 28 días 395 497
Censados 28 d. - 6 m. 2.430 2.591
Total - 6 meses 2.835 3.058

55. LACTANCIA MATERNA Y CRECIMIENTO PONDO-ESTATURAL DURANTE EL PRIMER AÑO DE VIDA

Sras. Sonia Jaimovich, M. Cecilia Campos, Isabel Hodgson, Ilse López y M. Silvia Campos
(Escuela de Enfermería y Escuela de Medicina, Universidad Católica, y Escuela de Salud Pública,
Facultad de Medicina, Universidad de Chile)

Lactancia Materna a lo largo de los años. Diversos estudios demuestran que el niño alimentado al pecho crece bien, aunque no hay una opinión unánime en relación al tiempo en que debería recibir leche materna exclusiva.

El objetivo del presente estudio es describir el crecimiento pondo-estatural durante el primer año de vida, de un grupo de niños de clase media, alimentados con lactancia materna exclusiva durante seis meses o más, comparando su crecimiento con los estándares del "National Center of Health Statistics" (N.C.H.S.).

Material y Método

La población en estudio está constituida por 164 niños nacidos en la Maternidad del Hospital Clínico de la Pontificia Universidad Católica de Chile comprendido entre el 1º de Marzo y el 30 de Septiembre de 1982, con P. de Nacimiento de 2.500 g. y más, sin patología neonatal, controlados en el Centro de Diagnóstico de la Universidad Católica (CEDIUC), y con lactancia materna exclusiva por un mínimo de 6 meses (alimentación láctea constituida sólo por leche materna).

La información se recolectó de los registros de Control existentes en la historia clínica, analizando datos de sexo, número de orden del niño, peso y talla de nacimiento y a las edades de 1, 2, 3, 4, 5, 6, 8, 10 y 12 meses; edad de introducción de alimentos sólidos, duración de la lactancia y edad materna.

Para los efectos del seguimiento del crecimiento pondo-estatural se consideraron los datos del peso y la talla de los niños que concurren a control a la edad respectiva, ± 3 días en los primeros 3 meses y ± 5 días para los meses restantes; lo que determinó que el total estudiado en cada edad fuera diferente.

Resultados

Se estudiaron 164 niños de los cuales el 47,20/o eran mujeres y el 52,80/o, hombres. El P. de nacimiento \bar{X} del grupo fue de 3.454 g. y la talla, 50 cms. El 560/o corresponde a primeros hijos y el 22,60/o, a segundos hijos.

Los niños recibieron leche materna como único alimento lácteo en promedio hasta los 7,6 meses (D.S. = 1,71). La edad de incorporación de fruta y de comida oscila entre los 3 y los 8 meses, coincidiendo la mediana y el promedio en los 5 meses para ambos alimentos. El total de niños recibió suplemento vitamínico A - C - D desde los 15 días de vida hasta alrededor de los 6 meses.

En relación a la edad materna, un 350/o tenía 25-29 años y un 290/o, 20-24 años. Sólo un 20/o era menor de 20 años.

El crecimiento pondo-estatural de los niños estudiados, expresado en $\bar{X} \pm 1$ D.S. (Tabla 1), confirma un crecimiento acelerado durante los primeros 3 meses, y un ritmo algo menor en los meses siguientes. Los incrementos de peso observados son superiores a los recomendados para el primer trimestre, y algo inferiores en el segundo y tercer trimestre. Pese a esto, el incremento total durante el primer año alcanza a 6.620 g.

Las medianas de peso y talla para cada sexo (Tabla 2) se compararon con los estándares del N.C.H.S. El peso de las mujeres evoluciona por el percentil 75 hasta los 6 meses, bajando hacia el percentil 50 al finalizar el primer año de vida. El peso de los hombres evoluciona entre el percentil 50 y 75 hasta los 6 meses, manteniéndose luego hasta los 12 meses levemente bajo el percentil 50. En talla, se observa que las mujeres crecen por el percentil 50 a lo largo de todo el primer año. La talla de los hombres evoluciona por el percentil 50 hasta los 4 meses, manteniéndose durante el resto del año entre el percentil 25 y 50. La relación Peso/Talla para ambos sexos cursa entre el percentil 50 y 75 del estandar N.C.H.S.

El análisis del peso y la talla de los niños estudiados muestran que es posible obtener un crecimiento comparable con estándares internacionales.

TABLA Nº 1

PESO Y TALLA PARA LA EDAD EN LOS NIÑOS ESTUDIADOS DE 0-12 MESES
($\bar{X} \pm 1 \text{ D.S.}$)

Edad (ms)	n	Peso (g)	Talla (cm)
Nac.	163	3454 \pm 408.4	49.9 \pm 1.89
1	133	4360 \pm 499.9	53.9 \pm 1.78
2	130	5451 \pm 581.5	57.3 \pm 1.93
3	128	6271 \pm 628.8	60.2 \pm 2.04
4	122	6932 \pm 789.4	62.5 \pm 2.29
5	115	7450 \pm 781.2	64.8 \pm 2.36
6	104	7872 \pm 846.9	66.2 \pm 2.20
8	82	8628 \pm 896.2	69.4 \pm 2.24
10	48	9222 \pm 951.0	72.1 \pm 2.08
12	52	9949 \pm 889.3	74.5 \pm 2.18

TABLA Nº 2

MEDIANA (p50) DE PESO Y TALLA OBSERVADAS SEGUN EDAD Y SEXO

Edad (ms)	n	Hombres		n	Mujeres	
		Peso (g)	Talla (cm)		Peso (g)	Talla (cm)
Nac.	86	3535	50.0	77	3370	49.5
1	69	4500	55.0	64	4235	53.0
2	69	5600	58.0	61	5200	56.5
3	73	6400	61.0	55	6000	59.0
4	63	7150	63.5	59	6570	62.0
5	65	7500	65.0	50	7125	63.8
6	51	7700	67.0	53	7680	65.5
8	43	8550	70.0	39	8480	68.8
10	24	9365	72.0	24	8750	72.0
12	24	10145	75.5	28	9600	73.0

56. EDAD DE LA MARCHA: ALGUNAS VARIABLES SOCIO-CULTURALES ASOCIADAS

Sra. Sylvia Pessoa O.

(Escuela de Salud Pública, Facultad de Medicina, Universidad de Chile)

La edad al inicio de la marcha sin apoyo está determinada por la maduración del sistema nervioso central y este hito presenta una gran variabilidad en los meses que el niño comienza su deambulación.

Sobre esta variabilidad o rango de variación en la edad de la marcha en los menores, se controlan variables convencionales como: el peso al nacer; el estado nutricional; el número de orden de nacimiento; el sexo; la duración del embarazo; el tipo de parto; clase social; etnia (raza), y en las cuales no se encuentran diferencias significativas de acuerdo a los diferentes estudios realizados a nivel nacional como en otros países.

Esto lleva a ratificar el peso que tiene la madurez neurológica en este proceso, sin embargo, diferentes autores insisten en la posibilidad que existan algunas asociaciones con causas genéticas, culturales, sociales, etc., en la variabilidad que presentan los niños en la edad de la marcha.

En esta línea de investigación, el estudio realizado en el año 1985 en el Consultorio La Pincoya, en un grupo de 550 niños que asistían a control entre 8 y 18 meses de edad, se controlaron las variables anteriormente mencionadas. Se concluye que no se presentan diferencias significativas, sin embargo, se llama la atención sobre la "permanencia de los niños en Salas Cunas de Jardines Infantiles", que para el grupo estudiado demostraban ser más tardíos en el momento del inicio de la marcha.

Como una forma de controlar esta variable de "permanencia en Salas Cunas", se diseñó este estudio agregando, además, las siguientes variables: número de horas que la madre pasa fuera de la casa; número de horas que la madre está dentro de la casa; número de horas que la madre dedica al niño; actividad de la madre; estado civil de los padres; edad de la madre, y número de adultos en el hogar y que atienden al menor.

El objetivo del trabajo fue conocer la edad en que el niño que asiste a Sala Cuna de los Jardines Infantiles comienza a caminar, y su posible relación con otras variables de la madre y de su medio ambiente.

Los objetivos específicos fueron poder describir características del niño que asiste a las Salas Cunas y que han iniciado la marcha, relacionadas con las variables mencionadas anteriormente.

Material y Método

Durante los meses de Marzo a Junio del presente año, se observaron 86 niños que constituían el universo de 5 Salas Cunas de Jardines Infantiles y ubicados en diferentes comunas de la Región Metropolitana: Estación Central, San Bernardo, La Cisterna, San Miguel y Santiago.

Se consideraron todos los menores que se encontraban entre las edades de 8 a 18 meses de edad, estuvieran éstos caminando o no. Los datos se obtuvieron de la ficha individual del niño y se complementó con una entrevista a la madre.

Conclusiones

El estudio permite alcanzar las siguientes conclusiones: las variables ya controladas en otros estudios (nacionales y de otros países), como el peso al nacer; el estado nutricional; el sexo; la duración del embarazo; el tipo de parto; el número de orden de nacimiento, no discriminan en el grupo estudiado. Las nuevas variables introducidas como "horas que la madre dedica al niño"; horas que la madre pasa fuera del hogar; horas que la madre pasa dentro del hogar; no presentan diferencias significativas.

Llama la atención que el promedio de adultos en la casa ofrece una diferencia entre los niños que han iniciado la marcha más temprana en relación con aquellos que han iniciado la marcha en forma más tardía.

Si bien el número de niños observados es pequeño, para futuros estudios sería conveniente considerar el número de adultos que diariamente están en contacto con los niños en el hogar, además de considerar la regularidad con que los niños asisten a las Salas Cunas.

Comparando los resultados encontrados en el estudio realizado en niños que asisten al Consultorio La Pincoya, la distribución por cuartiles es semejante a la encontrada en los niños de los Jardines Infantiles.

MARCO DE REFERENCIA QUE INTERRELACIONA LAS VARIABLES INTERVINIENTES INDEPENDIENTES Y DEPENDIENTES PARA EL ESTUDIO DE LA EDAD AL INICIO DE LA MARCHA SIN APOYO. NIÑOS DE LAS SALAS CUNAS DE LOS JARDINES INFANTILES

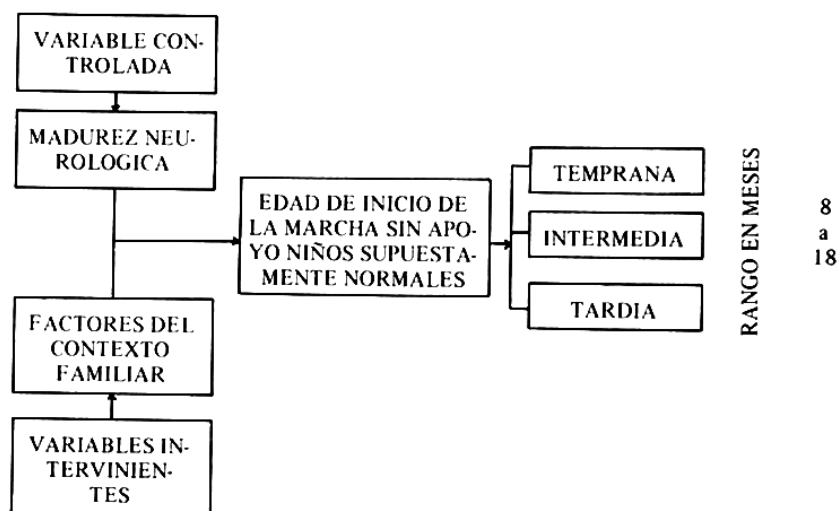


TABLA Nº 1

EDAD DE INICIO DE LA MARCHA SEGUN NUMERO DE ADULTOS EN LA VIVIENDA

Nº de adultos que viven con el niño en el hogar	EDAD DE INICIO DE LA MARCHA									
	12		13		14		15		16	
	F	o/o	F	o/o	F	o/o	F	o/o	F	o/o
1	1	8.3	2	16.7	—	—	1	16.7	—	—
2	5	41.7	6	50.0	5	71.4	3	50.0	2	100
3	1	8.3	1	8.3	1	14.3	1	16.7	—	—
4	2	16.7	—	—	1	14.3	1	16.7	—	—
5	1	8.3	—	—	—	—	—	—	—	—
6	1	8.3	1	8.3	—	—	—	—	—	—
7 y más	1	8.3	2	16.7	—	—	—	—	—	—
	12	100,0	12	100,0	7	100,0	6	100,0	2	100

TABLA Nº 2

EDAD DE INICIO DE LA MARCHA SEGUN DEDICACION HORARIA DE LA MADRE

Nº de horas que la madre dedica al niño	EDAD DE INICIO DE LA MARCHA									
	12		13		14		15		16	
	F	o/o	F	o/o	F	o/o	F	o/o	F	o/o
3	1	8.3	—	—	3	42.8	2	33.3	—	—
4	2	16.7	2	16.7	1	14.3	1	16.7	—	—
5	3	25.0	6	50.0	1	14.3	2	33.3	1	50.0
6	4	33.3	3	25.0	2	28.6	1	16.7	—	—
7 y más	2	16.7	1	8.3	—	—	—	—	1	50.0
	12	100,0	12	100,0	7	100,0	6	100,0	2	100

57. MORBILIDAD EN EL PRIMER AÑO EN NIÑOS CONTROLADOS EN UN ESTABLECIMIENTO DEL EXTRA SISTEMA

Sras. María Cecilia Campos, Sonia Jaimovich, Ilse López y María Sylvia Campos
(Universidad Católica y Escuela de Salud Pública, Facultad de Medicina, Universidad de Chile)

El conocimiento y análisis de los problemas más frecuentes de salud que afectan a los niños, como los motivos por los cuales los padres solicitan atención, son para el equipo de salud una fuente importante de información. Ello permite identificar los aspectos ante los cuales se puede intervenir precozmente, a fin de procurar que los niños reciban los cuidados requeridos durante los primeros años de vida y facilita el diseño de programas educativos de fomento, protección y recuperación, basados en necesidades reales.

La consulta de morbilidad y el control de salud, elegidos libremente por los padres, proporcionan información que permite apreciar algunas facetas de la preocupación de estos por la salud de sus hijos. Es importante tener presente que a través de ellos sólo se pueden conocer aquellos problemas que demandan y obtienen atención.

El inicio de un programa de atención infantil en el Centro de Diagnóstico de la Pontificia Universidad Católica de Chile (CEDIUC) en 1982, motivó la necesidad de realizar un estudio para conocer la problemática de salud, detectada durante el primer año de vida, en los usuarios de este sistema de atención, los cuales poseen características sociales y económicas diferentes de la población atendida en el Sistema Nacional de Servicios de Salud (S.N.S.S.).

Los objetivos de dicho estudio fueron:

1. Caracterizar a los niños bajo control en CEDIUC en cuanto a peso al nacer, orden del nacimiento, frecuencia de controles de salud, consultas por morbilidad y duración de la lactancia materna.
2. Describir la morbilidad diagnosticada y referida durante el primer año de vida según: motivo de consulta, diagnósticos y tipo de consulta.
3. Analizar la relación entre:
 - a) Consultas de morbilidad y controles de salud realizados en CEDIUC;
 - b) Número de episodios diagnosticados y orden del niño;
 - c) Prolongación de lactancia materna exclusiva y episodios de diarreas y afecciones respiratorias.

Se incluye 244 niños nacidos entre Marzo y Septiembre de 1982, en la maternidad del Hospital Clínico Universidad Católica, que iniciaron su control en CEDIUC antes de 2 meses de edad y se mantuvieron todo su primer año en dicho centro.

La fuente de datos fue la ficha clínica y la "Hoja de Estructura Familiar". El estudio se basa en el supuesto que todo episodio de morbilidad, presentado por los niños, quedó consignado en la ficha clínica ya sea como episodio diagnosticado o referido por la madre.

Resultados

En cuanto a la edad de la madre, se destaca una mayor proporción (38,0%) en el quinquenio 25 a 29 años, lo cual difiere de lo observado en estudios realizados en consultas del S.N.S.S. en que la cifra más alta corresponde a los 20-24 años; un 12,60% eran mujeres de 35 y más años y sólo un 3,10% tenía menos de 20. En relación a previsión, el 82,60% pertenece a Fonasa, un 13,70% se atiende en forma particular y sólo 3,70% es asegurada.

De los 244 niños, 121 son mujeres; en cuanto al peso al nacer, un 4,90% tiene bajo peso. La cifra es más alta entre las niñas (7,40%), en cambio éstas son menos frecuente entre los pesos altos, 3,30%. Los varones con más de 4.000 g. alcanzaron a un 15,50%. Casi 2 de cada 3 niños son primeros hijos, uno de cada 5 es segundo y sólo 2,20% es cuarto o quinto.

En relación a los controles de salud: 850% registra 9 ó 10, lo que corresponde a lo programado; el mínimo fue de 6 controles y ello se observó en 2 casos.

La concentración de consultas por morbilidad indica que un 180% de los niños no consultó en CEDIUC por enfermedad; un 530% lo hizo 1 ó 2 veces. La mediana es 2 y el promedio, 1,95, lo que no difiere de estudios realizados en niños controlados en el intra sistema, aunque la frecuencia sin consultas es mayor en este caso.

La lactancia materna para el 71,30/o de los niños fue de 3 ó más meses, la mediana alcanzó a 6 meses.

Morbilidad: se tabularon 1.373 diagnósticos realizados tanto en consultas de morbilidad como en control salud. Se recogió información sobre 291 episodios referidos, los "motivos" de consulta en el 700/o de los casos se refieren a diarrea, fiebre y resfrío.

Tanto en hombres como en mujeres, las tres primeras causas de consultas están constituidas por enfermedades del aparato respiratorio, de la piel e infecciosas y parasitarias.

Se logró 0,96 diagnósticos por consulta de morbilidad y 0,37 diagnósticos por Control de Salud.

En consulta de morbilidad cerca de la mitad de los diagnósticos corresponden a afecciones respiratorias, un 22,10/o a infecciosas y parasitarias. En control salud, en cambio, el primer lugar lo ocupan las enfermedades de la piel con un 28,40/o, luego las respiratorias con un 24,20/o y en tercer lugar las infecciosas y parasitarias con un 12,90/o. Del total de afecciones a la piel casi el 600/o son dermatitis amoniaca y de contacto. En cuanto a los episodios referidos por las madres, no diagnosticados ni atendidos en CEDIUC, coinciden con los grupos de causas diagnosticadas en consulta de morbilidad.

En la relación entre controles de salud y consulta por morbilidad, aun cuando la frecuencia de niños con menos controles que los programados es de sólo 15,50/o, se observó una relación inversa, es decir, menos consultas por morbilidad a mayor número de controles de salud; al relacionar el promedio de episodios por niños con el número de orden del nacimiento no se encontró variación, algo semejante se observó entre promedio de episodios por diarrea y enfermedades respiratorias con duración de lactancia materna exclusiva. Los promedios totales fueron respectivamente 0,3 y 1,8.

Conclusiones

Se observa una cifra no despreciable (19,20/o) de niños bajo control en CEDIUC con pesos al nacimiento inferiores a 3.000 g. En estudios realizados en consultorios del Servicio Nacional de Salud de Santiago, se han observado cifras inferiores a 250/o. Estos niños provienen de familias en su mayoría con sólo uno o dos hijos. Con madres de escolaridad alta. El control de salud, a pesar de ser costeadado por la madre, presenta un alto grado de cumplimiento. La lactancia materna, a diferencia de lo que se podría pensar, presenta una mediana de 6 meses.

La morbilidad consultada presenta una mediana de 2, bastante menor que la encontrada en niños controlados en establecimientos del intra sistema, en que se han observado cifras de 3-4 y hasta cerca de 5 entre menores de un año.

Las tres primeras causas de morbilidad, ya sea diagnosticadas o referidas por la madre, son enfermedades del aparato respiratorio, infecciosas y parasitarias, y de la piel. Su importancia relativa no difiere de otros grupos de consultantes.

En control de salud se detectan en primer lugar enfermedades de la piel, y luego respiratorias.

TABLA Nº 1
CARACTERÍSTICAS DE NIÑOS CONTROLADOS
EN CEDIUC. 1982-1983

Variable	Categorías	o/o
Edad de la madre (n = 159)	— 20	3,1
	20 — 24	25,8
	25 — 29	38,0
	30 — 34	20,5
	35 y más	12,6
Peso al nacer (gramos)	— 2500	4,9
	2501 — 3000	14,3
	3001 — 4000	71,3
	4001 y más	9,4
Orden de nacimientos	1º	63,1
	2º	21,3
	3º	13,3
	4º ó 5º	2,2
Duración lactancia materna exclusiva	— 1 mes	17,7
	1 — 2 m. 29 ds.	11,1
	3 — 5 m. 29 ds.	23,8
	6 m. y más	47,5
Previsión	FONASA	82,6
	Particular	13,7
	S.S.S.	3,7

TABLA Nº 2

**EPISODIOS DE MORBILIDAD SEGUN FORMA DE DETECCION
244 NIÑOS CONTROLADOS EN CEDIUC. 1982-1983**

Grupos de Causas	Consulta Morbilidad	Control Salud	Referidos por la madre
Respiratorias	45,2	24,2	54,3
Infecciosas y parasitarias	22,1	12,9	19,6
De la piel	8,8	28,4	—
Sistema Nervioso y órganos de los sentidos	8,8	8,2	5,9
Digestivos	3,5	4,4	4,1
Genito urinario	2,4	3,2	1,0
Anomalías congénitas	2,6	2,2	0,7
Nutrición	1,5	7,3	0,4
Traumatismos y envenenamientos	1,8	0,9	2,7
Otras	3,3	8,3	11,3
o/o	100,0	100,0	100,0
TOTAL			
n	456	917	291

58. CAUSAS Y FRECUENCIA DE CONSULTAS EN EL PREESCOLAR

Sras. Leticia Marzolo, Ilse López y Dra. Aída Kirschbaum
(Escuela de Enfermería Universidad Católica y Escuela de Salud Pública, Facultad de Medicina,
Universidad de Chile)

Los servicios de atención al preescolar en América Latina y el Caribe han cobrado mayor importancia en los últimos años. Esto puede atribuirse al reconocimiento de la influencia de los factores ambientales en el desarrollo infantil, a la comprobación que determinadas carencias ambientales, en edades tempranas, tienen efectos negativos difíciles de remediar posteriormente, a una creciente preocupación por el gran contingente de familias de nivel socioeconómico bajo, con niños que se desarrollan en un medio ambiente que no les permite satisfacer sus necesidades básicas. Por otra parte, se sabe que los servicios existentes en la actualidad son insuficientes para cumplir las demandas en forma cuali y cuantitativa, y que la cobertura está concentrada en zonas urbanas. Surge entonces la necesidad de utilizar los recursos en la mejor forma posible. Para esto es indispensable conocer las necesidades. Estas, en parte se logran realizando estudios específicos. Algunas de las necesidades surgen cuando el niño enferma, de allí que el análisis de la morbilidad centre el interés de algunos investigadores. Sin embargo, vale tener presente que las necesidades que surgen son muy distintas según sea la fuente de información que se utilice los egresos hospitalarios, por ejemplo, informan sobre las situaciones de más gravedad y que, por lo tanto, requieren de mayor inversión de recursos; la consulta ambulatoria, en cambio, tiene una mayor cobertura en cuanto al volumen de cosas y de diagnósticos, los exámenes de salud de niños que asisten a sala cuna o Jardín Infantil entregan una información más completa por niño, pero la cobertura es menor. Cualquiera sea la metodología, los resultados contribuyen al conocimiento de un cierto tipo de necesidades.

En esta oportunidad se pretendió:

- 1) Determinar la tasa de consultas por morbilidad nueva a los 2, 3, 4 y 5 años de edad.
- 2) Determinar la importancia relativa de los 17 grupos de causas definidas en el manual de clasificación de enfermedades, y las causas específicas más frecuentes de consultas por morbilidad de los preescolares a las distintas edades, y
- 3) Describir la concentración de consultas por morbilidad en cada edad.

Se analizó una cohorte de 600 niños, desde los 2 años hasta el momento de cumplir los 6. Este grupo da una muestra del 500/o del total de inscritos como recién nacidos en 1977 en el consultorio Alejandro del Río de Puente Alto (Servicio Salud Metropolitano Sur Oriente). Son niños de nivel socio económico bajo, cuyos padres tienen, en su mayoría, un ingreso económico mínimo, aun cuando el 600/o de sus madres registran una escolaridad básica completa.

Resultados

La cohorte, que inicialmente fue de 600 niños, disminuyó en 14 casos a los 3 años; en 43 a los 4 años y a los 5 años sólo 477 niños. La tasa de consultas por primera vez, en cada edad, varió de 77,10/o a los 2 años, a 68,20/o a los 3 años y se estabilizó en casi 620/o entre los 4 y 5 años.

La concentración o frecuencia de consultas por niño tiende a disminuir con la edad, lo cual se evidencia al aumentar la proporción que no consulta o que lo hacen una vez en cada año. Los primeros (cese consulta) aumentan de 22,80/o a los 2 años para llegar a 37,20/o a los 5 años; los que fueron una vez en el año al consultorio, por enfermedad, aumentan de 24,20/o a 28,90/o a los 5 años. Por lo tanto, las cifras de quienes consultan 4 o más veces en el año van de 17,40/o a los 2 años; 12,30/o a los 3 años; 11,50/o a los 4 años y, finalmente, 9,80/o a los 5 años.

Los grupos de causas más frecuentes corresponden a los descritos en estudios realizados en otros establecimientos. Las enfermedades del aparato respiratorio a los 2 años significan el 43,10/o de las 1.191 consultas registradas por los niños del estudio, cifra que disminuye a poco más de un tercio entre 4 y 5 años. Le siguen las infecciosas y parasitarias con cifras poco variables en las distintas edades, 23,10/o a los 2 años, 20,70/o a los 5.

Las afecciones a la piel ocupan el tercer lugar de importancia y se observa un franco aumento a medida que niño crece, 5,70/o en el período. Las enfermedades de la nutrición presentan cifras muy estables, alrededor del 60/o en cada uno de los 4 años, al igual que el grupo que incluye sistema nervioso y órganos de los sentidos, cuya importancia relativa es de 5,70/o a 7,50/o. Los accidentes son tanto o más frecuentes que las enfermedades del aparato digestivo, y aumentan levemente con la edad. Las mentales, si bien son menos frecuentes que los grupos antes mencionados, presentan entre 1,10/o y 3,20/o de las consultas, aumentando con la edad del niño.

Al analizar lo que ocurre en término de diagnósticos específicos más frecuentes, las bronquitis y amigdalitis ocupan los primeros lugares en las edades 2, 3 y 4 años; a los 5 años la bronquitis es desplazada por la parasitosis tutertinal, diagnóstico que anteriormente ocupaba el cuarto o tercer lugar. El resfrío y la desnutrición leve también son comunes en los 4 años que se estudian.

Se puede concluir que la importancia relativa de los 6 primeros diagnósticos a los 2 y 3 años es coincidente, y que con respecto a los 4 y 5, la única diferencia la presenta la ausencia de diarrea.

La importancia relativa de estos diagnósticos en el total de consultas varía de 660/o a los 2 años hasta 530/o a los 5.

La diarrea ocupa el tercer lugar a los 2 y 3 años, para luego perder importancia y ser reemplazada por el impétigo a los 4 años y la otitis a los 5 años.

TABLA Nº 1

**IMPORTANCIA RELATIVA DE CADA GRUPO DE CAUSAS DE CONSULTAS NUEVAS
DE PREESCOLARES POR AÑO DE EDAD**

Nº de orden	Grupos de Causas	Edad de los preescolares			
		2 años o/o	3 años o/o	4 años o/o	5 años o/o
1.	Enfermedades del aparato respiratorio	43,1	40,0	35,4	36,9
2.	Infecciosas y parasitarias	23,1	24,1	22,2	20,7
3.	Enfermedades de glándulas endocrinas y de la nutrición	7,7	6,6	6,0	6,5
4.	Enfermedades de la piel y tejido celular subcutáneo	5,7	8,6	10,3	10,0
5.	Sistema nervioso y órganos de los sentidos	5,7	5,1	5,2	7,5
6.	Enfermedades del aparato digestivo	4,0	3,8	4,0	3,5
7.	Traumatismos y envenenamientos	3,5	3,0	5,3	4,3
8.	Enfermedades del aparato genito urinario	2,9	3,9	5,3	3,2
9.	Mal definidas	1,8	1,4	1,9	1,8
10.	Mentales	1,1	1,9	2,8	3,2
11.	Enfermedades del sistema osteo muscular y tejido conjuntivo	1,0	1,5	1,0	1,5
12.	Anomalías congénitas	0,3	0,0	0,0	0,3
13.	Enfermedades de la sangre	0,1	0,0	0,5	0,3
14.	Tumores	0,0	0,1	0,0	0,3
15.	Enfermedades aparato circulatorio	0,0	0,0	0,1	0,0
TOTAL o/o		100,0	100,0	100,0	100,0
TOTAL Nº		1.191	938	811	600

TABLA Nº 2

**PORCENTAJE DE NIÑOS SEGUN CONCENTRACION DE CONSULTAS NUEVAS
EN CADA AÑO DE EDAD**

Nº de consultas nuevas	2 años	3 años	4 años	5 años
	o/o	o/o	o/o	o/o
0	22,8	31,7	38,5	37,2
1	24,2	27,2	22,5	28,9
2	21,7	17,4	18,2	15,9
3	14,0	11,4	9,3	8,2
4	8,2	6,1	5,0	5,7
5	3,2	2,9	2,9	1,2
6	3,2	1,7	1,8	1,5
7	1,0	0,9	0,7	0,8
8	1,0	0,2	0,2	0,2
9	0,5	0,3	0,2	0,2
10	0,3	0,2	0,7	0,2
TOTAL	100,0	100,0	100,0	100,0
Nº total cohorte	600	586	557	477
Mediana	2	1	1	1
	3	2	2	2

59. DESCRIPCION DE LA MUERTE SUBITA DEL LACTANTE, CHILE, 1985

Drs. Lionel Grez, Maritza Pedemonte y María I. Romero
(Depto. Pediatría, Universidad Católica de Chile y Clínica Miguel de Servet)

El Síndrome de muerte súbita en el niño se define como "la muerte brusca de un lactante o preescolar menor, inesperada y en la cual, en un acabado estudio anátomo patológico post-mortem, no se encuentran causas definidas".

Este síndrome ha cobrado creciente interés en la literatura pediátrica internacional. En nuestro medio, a medida que otras causas de mortalidad infantil van decreciendo, esta entidad adquiere una importancia relativa mayor.

El presente trabajo tuvo como objetivo definir la magnitud real del problema de muerte súbita del lactante en nuestro país, considerando la necropsia como un requisito indispensable para validar tal diagnóstico.

Metodología

Correspondió a un estudio descriptivo, retrospectivo, utilizando como fuente de la información la totalidad de los certificados de defunción con dicho diagnóstico en menores de un año durante 1985, obtenido del Registro Civil.

La información consideró las siguientes variables: sexo, edad gestacional, peso al nacer, fecha de la defunción, edad, estado nutricional, localidad y lugar de ocurrencia, así como datos de los padres. El análisis se realizó en forma manual usando el sistema de tarjetas de perforación marginal. Se analizó por separado el grupo con necropsia del sin necropsia para poder inferir si eran homologables.

Resultados más Relevantes

Un total de 112 muertes de lactantes con diagnóstico de muerte súbita, de los cuales sólo un 40% cumplía con el requisito de necropsia. La V región tenía proporcionalmente más casos con necropsia y la VIII, la máxima de casos sin necropsia del total de regiones.

La tasa nacional alcanza a 16,79 por 100.000 nacidos vivos, lo cual corresponde a la décima parte de lo observado en múltiples publicaciones extranjeras. El rango fluctúa entre 100,4 a la XII región y 0 en las regiones III y XI. La Región Metropolitana presenta una tasa de 5,93 por 100.000 N.V.

La distribución proporcional según edad, muestra que el 74,50% de las muertes ocurren antes del cuarto mes de vida, correspondiendo la cifra más alta al segundo mes con 27,90%. No se producen muertes después de los nueve meses de edad.

Un 77% de los niños falleció en el hogar y un 16% en hospital. La época del año con más concentración de muertes fue a fines de invierno, observándose un alza en el mes de diciembre. El bajo peso de nacimiento, el déficit nutricional, la menor edad materna y el estado civil de la madre soltera, surgieron como factores asociados a una mayor incidencia del síndrome.

Del estudio surge la necesidad de motivar a los profesionales médicos para realizar un diagnóstico adecuado cuando se sospeche la muerte súbita como causa de muerte, lo cual, de acuerdo a la definición del síndrome, implica un estudio necrópsico. Asimismo parece interesante la realización de trabajos prospectivos en el tema.

TABLA Nº 1
DISTRIBUCION SEGUN REGION GEOGRAFICA

Regiones	Número	Tasa x 100.000
I.	1	0,67
II.	4	48,40
III.	—	0,00
IV.	1	9,88
V.	12	43,66
VI.	3	23,61
VII.	1	6,01
VIII.	6	17,23
IX.	4	24,23
X.	3	16,21
XI.	—	0,00
XII.	3	100,40
Metropolitana	6	5,93
TOTAL	44	16,79

TABLA Nº 2
DISTRIBUCION SEGUN EDAD EN MESES

Edad	Número	o/o
< 1 mes	6	14,0
1	12	27,9
2	8	18,6
3	6	14,0
4	4	9,3
5	3	7,0
6	1	2,3
7	2	4,6
8	1	2,3
9	—	—
10	—	—
11	—	—
con dato	43	100,0
sin dato	1	
TOTAL	44	

60. LA CONDUCTA CORRECTIVA DEL ADULTO SOBRE EL MENOR: UN MODELO

Sra. Sylvia Pessoa
(Escuela de Salud Pública, Facultad de Medicina, Universidad de Chile)

El Síndrome del Maltrato Físico del Menor constituye una realidad que ha sido detectada clínicamente en la atención médica de los consultorios, como en las urgencias de los hospitales de menores. De otra parte, a través de los Juzgados de Menores, se conoce sólo aquellos casos que se denuncian. Otros estudios aportan mayor información sobre el tema y se observa que estamos frente a una situación impactante por el aumento que el maltrato al menor tiene en nuestra sociedad.

En nuestro país se han realizado algunos intentos con el objetivo de poder intervenir sobre los adultos agresores y proteger al menor que está en riesgo de ser afectado por este síndrome. En este aspecto es importante destacar que, por medio de una coordinación entre la clínica que actúa con el diagnóstico, la acción oportuna del trabajador social y el juez de menores, se ha logrado detectar y actuar sobre los adultos responsables de los menores, que en la mayoría de los casos, son los propios padres de los niños.

El maltrato al menor ofrece muchas interrogantes que incluye otras situaciones y que ofrecen diferentes grados de vulnerabilidad en el niño. El maltrato aparece como el problema menos estudiado y como sujeto de Derecho menos protegido, debido en parte a que este síndrome se presenta asociado a la familia.

La violencia sobre los menores en el núcleo familiar es la que requiere principal atención, en virtud que es en la familia donde debe encontrarse el elemento básico para el desarrollo integral del menor, que genera la existencia del hombre, su formación comunitaria y su preparación para vivir e integrarse a su mundo social.

Como se presenta el tema tratado, aparece en primer término el daño que recibe el menor y que clínicamente está relacionado a su magnitud, volumen (frecuencia) y trascendencia (secuela). Esta última, muy difícil de estudiar, ya que implicaría realizar un estudio de seguimiento del caso identificado para determinarla en el tiempo. En el aspecto jurídico se fundamenta en el diagnóstico médico que actúa como instrumento de fe, y como tal, justifica la acción de sanción sobre el o los agresores. Reafirma la sanción el hecho de que se trata de menores que por su corta edad no están en condiciones de defenderse del adulto agresor. Sin embargo, la Justicia tiene, a pesar de estos aspectos, también sus propias limitaciones en el derecho que se le concede a los padres sobre corrección sobre sus hijos, y que constituye una de sus funciones. Vemos, entonces, que abordar este tema requiere considerar estos aspectos para una mejor comprensión del ámbito de acción que puede desarrollarse o realizarse para intervenir en su disminución y a largo plazo en la no existencia de conductas agresoras en estas etapas correctivas de los hijos.

La elaboración del marco de referencia nos lleva a la conceptualización, o sea, en primer término, a lo que vamos a entender por "SÍNDROME DEL MALTRATO FÍSICO DEL MENOR". Para este estudio tendrá el siguiente significado: "aquellos menores que enfrentan y sufren, ocasional o habitualmente, actos de violencia física, ejecutados por acción siempre intencional —no accidental— por padres, tutores, o personas responsables de éstos.

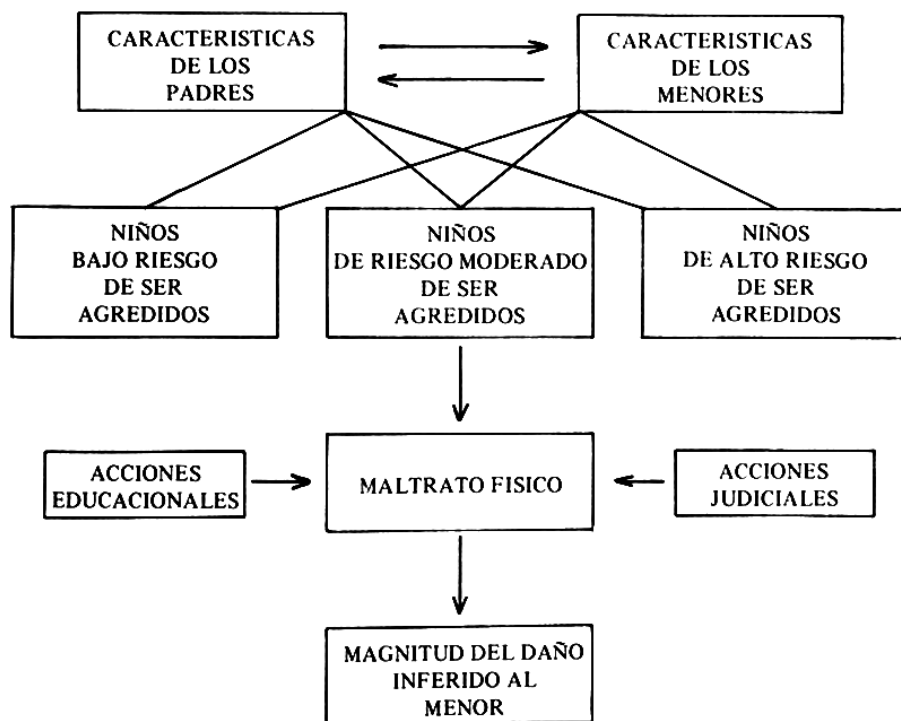
De acuerdo a esta definición, y para los efectos del estudio, los menores estarán constituidos por los niños que asistan a los Jardines Infantiles de los Niveles Medio y de Transición (3 a 6 años) de ambos sexos. La frecuencia con la que el niño enfrenta estas situaciones de agresión será considerada en la variable tiempo, que en este estudio es cada semana mientras dure el estudio en los Jardines Infantiles. La violencia física será medida por el daño infligido al niño, que quedará determinada por el recurso utilizado para su atención y que puede ser leve o grave. Aquí está relacionada con el diagnóstico médico clínico. La intencionalidad está supuestamente relacionada con medidas correctivas que se aplican sobre el niño y que siempre corresponderá a un adulto.

La investigación de este problema se realizará observando todos los elementos a los que se les atribuye o pueden influir en esta problemática con el objeto de sacar patrones o esquemas correctivos y poder identificar cuál de ellos tiene más ponderación en los grupos observados.

Hay ciertas características que poseen los menores que frecuentemente son más maltratados físicamente. La variable **sexo del menor**: se agrede con más frecuencia al sexo masculino. La variable **edad del menor**: aparecen en más alto riesgo los pre-escolares porque son absolutamente dependientes, indefensos y no pueden acusar al agresor. La variable **indiferencia del menor hacia sus padres**: los menores que presentan esta conducta tienen más riesgos de ser agredidos físicamente.

En relación a los adultos agresores se han estudiado las siguientes características: la variable **progenitores del menor**: aparecen como agresores ambos padres. La variable **edad de los padres**: son más agresores los padres que se encuentran entre los 30 años o menores que esta edad. La variable **antecedentes correctivos de los padres**: son más agresores aquellos padres o adultos que tuvieron antecedentes de maltrato en su propia niñez. La variable **grado de violencia y sexo**: el agresor de mayor violencia es el femenino, generalmente la madre. La variable **estado civil de los padres**: aparecen las madres solteras con mayor incapacidad de otorgar afecto y rechazo a aceptar el rol de madre. La variable **relación o comunicación con el hijo**: aparece con mayor conducta agresiva aquella madre que tiene una percepción mala de su hijo. Las variables que han sido controladas contribuyen a determinar el marco de referencia para el estudio y que relacionará el maltrato físico al menor con características del menor y las de sus padres.

MARCO DE REFERENCIA QUE REPRESENTA LA RELACION ENTRE VARIABLES EN ESTUDIO



Objetivos del Estudio

Lograr un mayor conocimiento del maltrato físico inferido por los adultos. Los objetivos específicos fueron: cómo los adultos agresores definen lo que es mal comportamiento por parte de los menores; clasificar las acciones correctivas que los padres aplican; conocer la opinión de estas acciones correctivas por los padres; determinar si los padres reproducen en sus hijos las mismas formas correctivas que a ellos aplicaron; determinar quién es el que presenta la conducta más agresiva en cuanto a sexo; conocer las formas de gratificación que los padres utilizan en sus hijos; conocer las características de la relación afectiva entre padres e hijos y modos de castigo.

Material y Método

Para cumplir con los objetivos definidos en este estudio, el universo quedó constituido por todos los niños entre 3 y 6 años de edad y que se encontraban en los niveles medio y de transición de los Jardines Infantiles. Estos establecimientos educacionales podían ser de la Junta Nacional de Jardines Infantiles o de entidades privadas. La unidad de análisis estuvo constituida por madres de hijos de ambos sexos que asistían al nivel medio y de transición en los Jardines Infantiles de la Región Metropolitana. La muestra quedó representada por 100 madres, 50 madres de mujeres, 50 madres de varones. Las comunas a las que pertenecían los Jardines Infantiles fueron: Santiago, Pudahuel, Quinta Normal, La Cisterna; La Florida; La Reina; Cerro Navia; San Miguel; Ñuñoa; La Granja. El período de estudio se realizó entre los meses de Abril a Junio del presente año 1986. El instrumento utilizado para el acopio de datos fue la entrevista.

Resultados

El estudio nos permitió observar la reiteración de encuentros anteriores. Aparece la mujer como la más agresora; el varón es más castigado que la mujer; el castigo tiene un rango que va desde la amonestación verbal al castigo físico, este último es aceptado como normal; está también presente el castigo psicológico. El porcentaje más alto de castigo físico lo aplican los padres que recibieron igual trato cuando niños; la conceptualización que los padres hacen de portarse mal, en un 79% corresponde al incumplimiento de las normas establecidas por los adultos; en un 21% a una reacción agresiva del niño, y le siguen en un porcentaje inferior la actitud de indiferencia del niño hacia ellos y la actitud egocéntrica.

Conclusiones

Este estudio, como una primera etapa y de tipo exploratorio, entrega aspectos relevantes sobre la forma en que los adultos enfrentan la etapa correctiva de los menores. Llama la atención la alta frecuencia de conducta autoritaria y donde el sexo del niño no discrimina. Las características sociales y económicas de las madres demuestran que se trata de mujeres que están en el intervalo de edad 20-20 años; en un 70% se trata de mujeres casadas; el 80% de las madres tienen escolaridad sobre la básica completa; en relación con la actividad, un 58% son dueñas de casa y un 37% son empleadas; en relación a la vivienda, un 46% son propietarios; 20%, arrendatarios; el 28% de allegados corresponde a mujeres solteras de la muestra.

TABLA Nº 1

**FRECUENCIA DE CASTIGO RECIBIDO. MADRES ENTREVISTADAS.
DISTRIBUCION POR SEXO DEL HIJO**

Adulto más castigador	M A D R E S			
	Niños		Niñas	
	Nº	o/o	Nº	o/o
Madre	22	44	17	34
Padre	14	28	11	22
Ambos padres	7	14	3	6
Madre por ausencia del padre	2	4	2	4
Parientes (tíos, abuelos, madrina, tutores)	3	6	13	26
Ninguno de los dos	1	2	3	6
No responde	1	2	1	2
TOTAL	50	100	50	100

TABLA Nº 2

CONDUCTA MANIFIESTA ANTE EL MAL COMPORTAMIENTO DEL HIJO

¿Qué hace Ud. cuando su hijo se porta mal?	M A D R E S			
	Niños		Niñas	
	Nº	o/o	Nº	o/o
Establece comunicación y orientación verbal	13	14,8	13	19,7
Privarlo de una satisfacción material	18	20,4	15	22,7
Presentar conducta indiferente	3	3,4	4	6,1
Conducta de agresividad física	30	34,1	15	22,7
Conducta de agresividad verbal	24	27,3	19	28,8
TOTAL	88	100	66	100

61. MANEJO PARENTAL DE LA CONDUCTA DEL NIÑO PRE-ESCOLAR Y ESCOLAR

Sr. Diego Salazar, Dra. Paula Bulnes y Sres. Francisco Moraga y Mario Martínez
(Escuela de Salud Pública, Facultad de Medicina, Universidad de Chile)

Un importante grupo de teorías psicológicas y psiquiátricas enfatizan la hipótesis según la cual la infancia es el período en el que se desarrollan las causas de muchos problemas de salud mental del adulto, y la hipótesis adicional del importante papel que tienen los padres, a través de su conducta con el niño, en esas causas. La relación de los padres con el niño está determinada tanto por las características de unos como por las del otro, o más precisamente, por las conductas de ellos en relación mutua. Tal como ya lo hemos señalado en un trabajo anterior, las pautas de educación del niño en el hogar estarían configuradas básicamente por la persecución de tres valores centrales, todos ellos fuertemente represivos: el respeto, la obediencia y la responsabilidad.

Estos valores suelen quebrarse al llegar el individuo a la adolescencia, para ser sustituidos por la "rebeldía" (opuesta a obediencia), el "atreimiento" (opuesto a respeto) y la irresponsabilidad. Es posible que el quiebre de estos valores, que en sí no tendrían por qué ser nocivos, se deba a que los padres los persiguen en grado y modo inadecuados al desarrollo del niño. En el fondo, este esquema de educación del niño, aplicado en Chile, nace de una regla cultural de estirpe Spinoziana: en el seno de la familia, el que puede más por su edad y/o contribución a la vida de la familia, tiene más y mejores derechos en relación a los que pueden menos. Es decir, los derechos parecen estar en relación, no con las necesidades de cada cual, sino con el poder que tengan dentro de la familia.

Si esta regla corresponde a la realidad de la dinámica familiar, entonces hay poco lugar para un buen pronóstico en cuanto a la salud mental del adulto y a su capacidad de relación con los demás, a menos que otros factores presentes en la vida familiar moderen, equilibren o modifiquen el efecto de este esquema represivo de manejo del niño.

El objetivo de este trabajo fue identificar los elementos conductuales de padres e hijos que determinan el tipo de relación que mantienen en el seno de la familia.

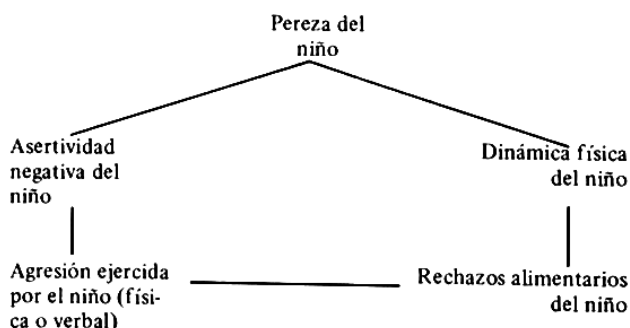
Materiales y Métodos

El estudio se basó en las respuestas de 150 madres a un cuestionario relativo a problemas de crianza de los hijos. Las respuestas eran abiertas y fueron elaboradas por Análisis Componencial en búsqueda de identificar los segregados que componen la solución a los problemas de crianza de los hijos. Para lograr esta identificación se trabajó con los "comunes denominadores" de las respuestas.

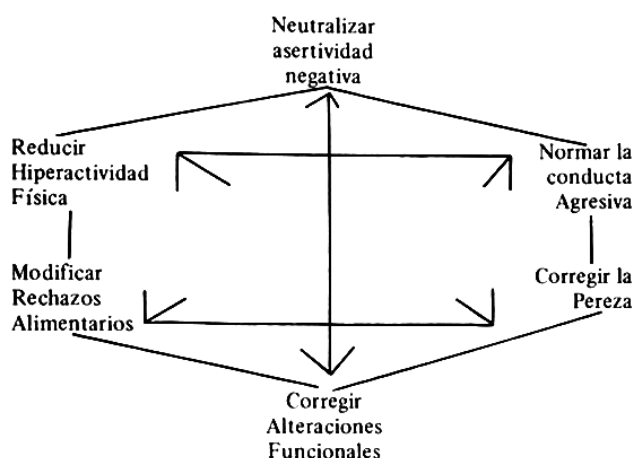
Resultados y Conclusiones

El análisis de los datos entregó información en diferentes áreas que se señalan a continuación:

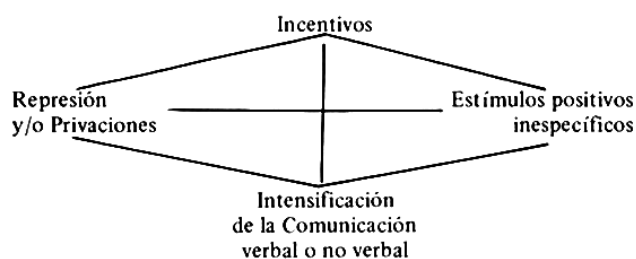
(a) Motivos de conflicto con los hijos:



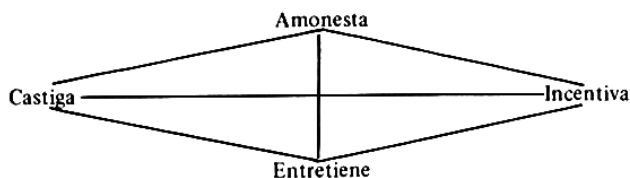
- (b) Tipos de problemas enfrentados por la madre en su relación con el niño:



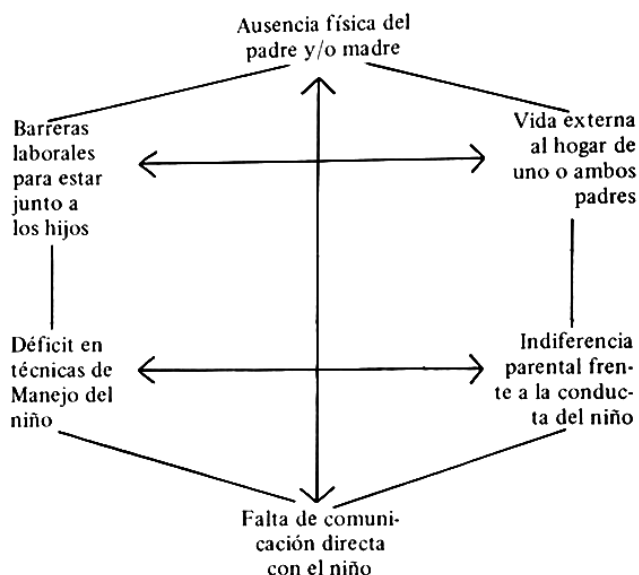
- (c) Técnicas de Manejo empleadas por la madre y/o el padre para resolver los problemas de relación con el hijo:



- (d) Técnicas de manejo empleadas por el padre para colaborar en la educación del niño en el hogar:



(e) Factores potenciadores de problemas de relación entre padres e hijos:



La conclusión que se podría deducir de estas configuraciones es que en ellas no aparece un esquema de desarrollo del niño sino sólo un plan de control exógeno de su conducta. Lo óptimo sería un esquema de desarrollo del control endógeno en esta figura familiar.

62. PARÁLISIS CEREBRAL: ENFOQUE EPIDEMIOLÓGICO DE NIÑOS ATENDIDOS POR PRIMERA VEZ EN EL INSTITUTO DE REHABILITACIÓN INFANTIL DE SANTIAGO, 1975-1985

Drs. M. Antonieta Blanco y Ximena Díaz
(Instituto de Rehabilitación Infantil de Santiago)

La Parálisis Cerebral (PC) es actualmente la primera causa de enfermedad crónica invalidante en los niños y a la vez es un síndrome que puede ocasionar múltiples discapacidades en un mismo niño.

No hay suficientes datos sobre los cambios de la incidencia del síndrome en relación a la atención del recién nacido.

En Estados Unidos se dice que su incidencia es de 1,5 a 5 por 1.000 nacidos vivos¹ con una prevalencia de 2,5 por 1.000 entre las edades de 0 a 20 años². En el Reino Unido se encontró una prevalencia de 2,8 por 1.000 entre los niños de 0 a 5 años.

Actualmente en el Instituto de Rehabilitación Infantil (IRI) de Santiago se cuenta con una población activa de 6.080 casos (Junio 1986) y de éstos, 3.152 (51,80/o corresponden a niños con diagnóstico de Parálisis Cerebral (PC). De esta población se decidió estudiar una muestra de niños atendidos por primera vez en 1975 y en 1985.

Objetivo

1. Conocer diagnóstico etiológico del síndrome y establecer ciertas características de los niños que consultan por primera vez en la institución.
2. Comparar estos factores etiológicos y clínicos en los dos grupos de niños atendidos con un intervalo de 10 años.
3. Destacar algunos factores de autosuficiencia y de integración logrados por el grupo de niños atendidos en 1985.
4. Destacar acciones preventivas en base a los resultados obtenidos.

Material y Método

Se revisaron 177 fichas clínicas. 100 fichas correspondientes al año 1975 de un total de 196 casos de PC atendidos en el año y 77 fichas correspondientes a casos atendidos en el primer semestre de 1985 de un total de 253 casos en el año.

El registro de datos se realizó en una plantilla diseñada especialmente, consignando edad del niño, antecedentes de enfermedades familiares y condiciones socioeconómicas; antecedentes de período gestacional, período de parto y período de recién nacido; patología postnatal; diagnóstico específico del tipo de PC y patología asociada.

También se registraron datos de autosuficiencia, de escolaridad y tratamientos realizados.

Análisis de Resultados

En 1975 la incidencia del diagnóstico de PC dentro de las primeras consultas correspondió a un 62,80/o y esta incidencia bajó a un 45,30/o en 1985.

En ambos años la mayoría de los pacientes consultaron antes de los 5 años de edad, pero en 1985 hay una mayor incidencia de niños que consultaron antes de los 2 años.

Los datos referentes a período gestacional, parto y recién nacidos, no son fidedignos en ambos grupos, siendo esto más evidente en las fichas del año 1976. No fue posible precisar causa efecto, pero se observa que la mayoría de las posibles causas actúan en período perinatal y el síndrome se ve con más frecuencia en niños de bajo peso de nacimiento.

Un hecho llamativo es lo que se refiere al tipo de PC que está relacionado con el pronóstico. En 1975 predominan los cuadros de Diplegia y Hemiplegia doble, y estas últimas son mayormente de forma severa y grave. Favorablemente se observa que en 1985 predominan las formas de Hemiplegia y las formas leves. La menor incidencia de casos y el menor número de casos graves hacen plantear que la mejor atención de la gestante y del recién nacido es una excelente medida preventiva.

En este estudio no se detectó un aumento de causas etiológicas en período postnatal, especialmente en lo que se refiere a lesiones y accidentes.

TABLA Nº 1

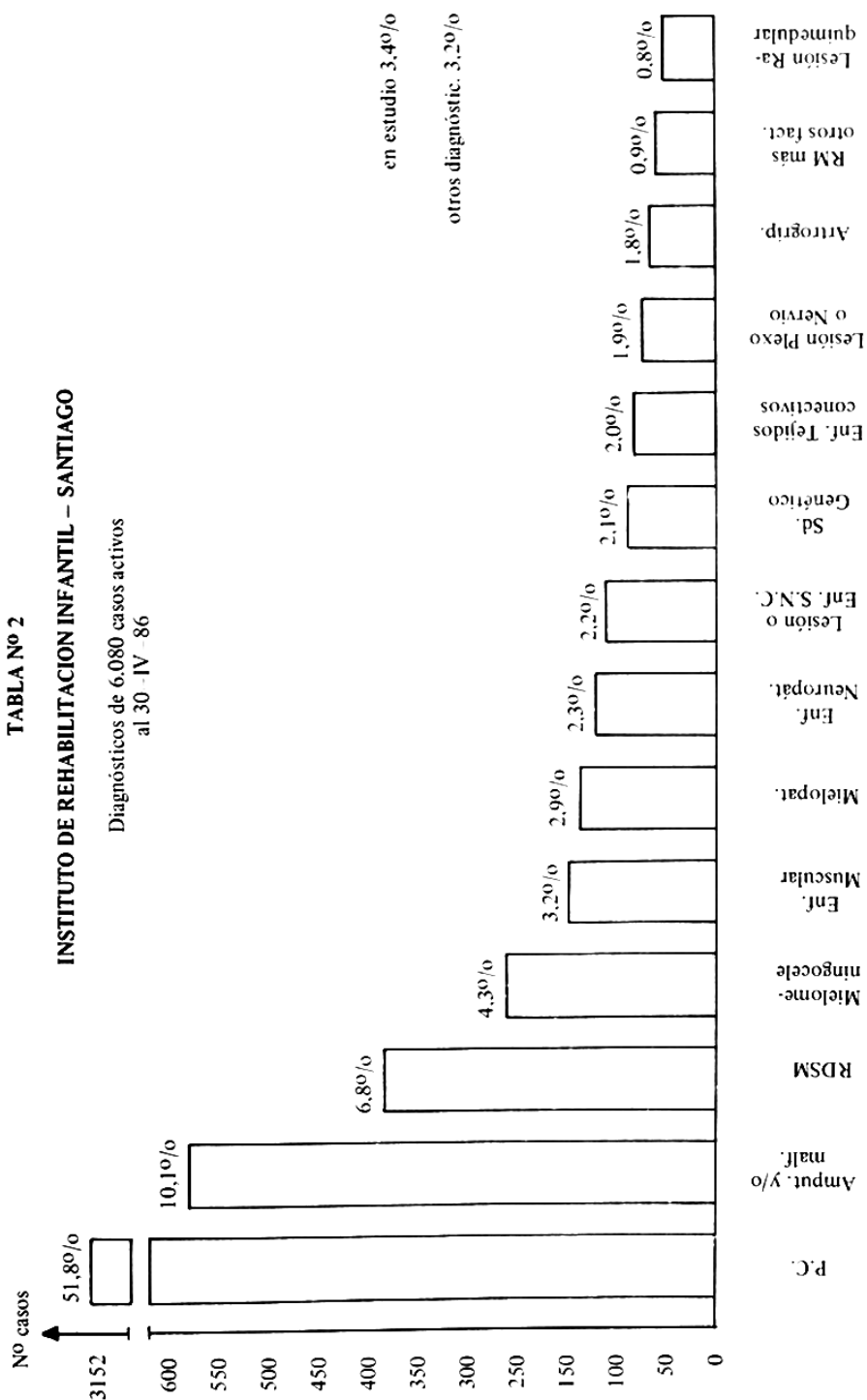
**GRUPO ETARIO Y SEXO DE PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE PC,
CORRESPONDIENTE AL AÑO 1985**

Meses	— 2 años	2 a 5	5 a 10	10 a 15	15 a 18	Total	Sexo	
							Fem.	Masc.
Enero	6	5	7	3	—	21	11	10
Marzo	5	4	4	4	—	17	9	8
Abril	5	11	10	1	1	28	12	16
Mayo	8	7	3	—	—	18	8	10
Junio	5	4	4	1	—	14	7	7
Julio	7	5	2	2	3	19	9	10
Agosto	11	9	3	4	—	27	14	13
Septiembre	6	5	—	—	—	11	4	7
Octubre	6	10	7	6	—	29	8	21
Noviembre	9	12	5	5	4	35	18	17
Diciembre	8	13	8	4	1	34	14	20
TOTAL	76	85	53	30	9	253	114	139

TABLA Nº 2

INSTITUTO DE REHABILITACION INFANTIL – SANTIAGO

Diagnósticos de 6,080 casos activos
al 30-IV-86



63. IMPORTANCIA DEL CONTROL DE SALUD EN LA MORBILIDAD DEL PREESCOLAR

Sras. Leticia Marzolo, Ilse López y Dra. Aída Kirschbaum
(Escuela de Enfermería, Universidad Católica y Escuela de Salud Pública, Facultad de Medicina,
Universidad de Chile)

El control de salud del niño está dirigido de preferencia al recién nacido y lactante, por ser estas etapas de mayor riesgo en la salud infantil. En la etapa preescolar éste continúa con dos controles anuales. Un buen grado de cumplimiento de este programa en las etapas de recién nacido y lactante contribuiría en gran medida a prevenir y disminuir los problemas de salud del preescolar y por ende las del adulto, ya que muchas patologías de éste son secuelas de la niñez. Consideramos que es importante conocer la morbilidad demandada por el preescolar, y la forma de satisfacer esta demanda y verificar su asociación con el grado de cumplimiento del Programa de Control de Salud en los primeros 6 años de vida.

Esto llevó a las autoras a realizar un estudio cuyos objetivos son: 1. Comparar la frecuencia de consultas por morbilidad en las distintas edades de los preescolares (2-3-4 y 5 años), considerando el grado de cumplimiento a control de salud en las etapas de recién nacido, lactante menor y lactante mayor; 2. Comparar las tasas de incidencia por morbilidad de los preescolares a los 2-3-4 y 5 años, según los distintos grados de cumplimiento a control de salud en los dos primeros años de vida.

Material y Método

Se estudia una muestra aleatoria de 600 niños que constituye el 500/o de los niños nacidos entre Enero y Diciembre de 1977 y que fueron inscritos en el Consultorio Alejandro del Río de Puente Alto para su control de salud. Se trata de un estudio retrospectivo en que se analiza tanto el cumplimiento del control de salud como la frecuencia de consulta por morbilidad de esta cohorte de niños, desde que cumple 2 años hasta el día antes de cumplir 6 años.

La información se extrajo de la ficha clínica. Son niños de nivel socioeconómico bajo. El cumplimiento a control de salud se clasificó en bueno, regular y malo de acuerdo al número de controles programados para cada edad. Referente a la consulta por morbilidad se trabajó en el supuesto que si el niño no acudió al consultorio es porque no presentó una patología grave, ya que de lo contrario, al recurrir al Servicio de Urgencia respectivo, habría sido referido posteriormente al Consultorio y por lo tanto, habría quedado registrado este episodio. Por otra parte, este Consultorio, en el período que comprende el estudio, no registra rechazos de atención por morbilidad.

Resultados

El grado de cumplimiento a control de salud en la etapa de recién nacido fue "Bueno" para dos de cada tres niños, y el tercio restante, regular. En la etapa de lactante menor la proporción con buen cumplimiento sube a 95,70/o, y en la etapa de lactante mayor el buen cumplimiento alcanza al 81,30/o de los niños, lo que estaría mostrando un grupo mayoritario de la cohorte muy bien controlado y, por lo tanto, homogéneo en cuanto a la variable en estudio, lo que dificulta el hallazgo de diferencias significativas al relacionarla con la morbilidad, lo cual se corroboró al analizar año a año de edad la relación entre ambas variables.

Las tablas que se presentan a continuación no incluyen niños con mal cumplimiento, ya que al aplicar la escala preestablecida a ninguno le correspondió esa clasificación.

Al comparar la distribución de niños por concentración de consulta a los 2 años, 3 años, 4 años y 5 años, según cumplimiento de control de salud "Bueno" y "Regular" en las etapas de recién nacido y lactante, se observa que no hay diferencias significativas entre ambas categorías, es decir, es igualmente frecuente acudir al consultorio por enfermedad en cualquiera de las edades mencionadas.

A los 3 años sólo cabe destacar algunas diferencias puntuales: la proporción de niños que a los 3 años no consultó por enfermedad, es mayor entre los que tuvieron un "Buen cumplimiento" del control de salud como Recién Nacido (34,10/o) en comparación con los de regular cumplimiento en la misma etapa (26,80/o). El resto de las cifras son muy parecidas. En la etapa de lactante mayor el buen grado de cumplimiento a control de salud determina una mayor proporción de niños con una sola consulta por morbilidad a los 3 años (28,70/o) en los de regular cumplimiento (20,20/o). Se determina una mayor proporción de niños con más consultas cuando el cumplimiento a control de salud fue regular. Un 21,20/o con control regular consultó dos veces, en comparación con un 16,60/o de los de buen control de salud y un 22,90/o y 16,40/o respectivamente consultó 3 ó 4 veces.

La incidencia por morbilidad a los 2 años fue 77,10/o para el total de niños, a partir de los 3 años esta cifra baja y se estabiliza en alrededor de 620/o. Al comparar las tasas de incidencia por morbilidad a los 2-3-4 y 5 años, se aprecian algunas diferencias que afirmarían la hipótesis que un mejor cumplimiento del control de salud en los primeros meses de vida produciría menos morbilidad entre los 2 y 5 años. Esto ocurre cuando el niño tiene 2 años y se comparan los cumplimientos a control en las etapas de lactante menor y mayor; a los 3 años con el cumplimiento entre recién nacido y lactante menor; a los 4 años sólo ocurre con el control como lactante mayor y a los 5 años ocurre con el control durante la etapa de recién nacido y lactante mayor. Sin embargo, estas diferencias en ningún caso fueron estadísticamente significativas.

TABLA Nº 1

**DISTRIBUCION DE NIÑOS POR CONCENTRACION DE CONSULTA A LOS 3 AÑOS
SEGUN CUMPLIMIENTO DE CONTROL DE SALUD "BUENO Y REGULAR"
EN LAS ETAPAS DE RECIEN NACIDO, LACTANTE MENOR Y LACTANTE MAYOR**

Número de consultas nuevas a los 3 años	Grado de Cumplimiento a Control de Salud					
	Recién Nacido		Lactante Menor		Lactante Mayor	
	Bueno o/o	Regular o/o	Bueno o/o	Regular o/o	Bueno o/o	Regular o/o
0	34,1	26,8	32,3	20,0	31,6	32,1
1	26,8	27,9	27,8	12,0	28,7	20,2
2	18,0	16,0	16,4	40,0	16,6	21,1
3	11,0	12,3	11,0	20,0	10,5	15,6
4	5,3	8,0	6,4	0,0	5,9	7,3
5	2,0	4,8	2,4	4,0	2,9	2,8
6	1,5	2,1	1,8	0,0	2,1	0,0
7 y más	1,3	2,1	1,4	4,0	1,7	0,9
TOTAL	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Nº	399	187	561	25	477	109

TABLA Nº 2

TASAS DE INCIDENCIA POR MORBILIDAD A LOS 2-3-4 Y 5 AÑOS, SEGÚN GRADO DE CUMPLIMIENTO A CONTROL DE SALUD EN LAS ETAPAS DE RECIÉN NACIDO, LACTANTE MENOR Y LACTANTE MAYOR

E d a d	Grado de cumplimiento	A Ñ O S D E E D A D						5 años		
		2 años			3 años			4 años		
		Consul- ta	Buen Cumpl.	Tasa	Consul- ta	Buen Cumpl.	Tasa	Consul- ta	Buen Cumpl.	Tasa
Recién nacido	B R	318 145	408 192	77,9 75,5 z = 0,6	263 137	399 187	65,9 73,3 z = 1,8	238 104	379 178	62,8 58,4 z = 1
Lactante Menor	B R	441 22	574 26	76,8 84,6 z = 0,9	380 20	561 25	67,7 80,0 z = 1,3	329 13	533 24	61,7 54,2 z = 0,8
Lactante Mayor	B R	373 90	488 112	76,4 80,4 z = 0,9	326 74	477 109	68,3 67,9 z = 0,08	272 70	453 104	60,0 67,3 z = 1,4
TOTAL		77,1			62,2			61,4		
								62,9		
								61,9 67,4 z = 0,8		

64. EVALUACION DE LAS CONDICIONES DE EFICIENCIA DE SALA CUNA Y JARDIN INFANTIL MEDIANTE PAUTAS DE ACREDITACION

Dra. María I. Romero y Sra. Noemí Arrizaga, Juan C. Flores, Eduardo Villaseca, Alvaro González y Patricio González
(Universidad Católica de Chile, Facultad de Medicina, Depts. Pediatría y Salud Pública)

La eficacia de una institución se mide por el grado en que responde a las necesidades que se ha propuesto satisfacer. Para evaluarla, se pueden utilizar diversas técnicas que analicen cuantitativa y cualitativamente las acciones que se realizan, los recursos humanos y materiales existentes y cómo éstos se organizan.

En el área de salud, se ha utilizado la metodología de ACREDITACION para medir cuantitativamente los recursos humanos y físicos con que cuenta un establecimiento y sus interrelaciones.

Dada la importancia que Salas Cunas y Jardines Infantiles han adquirido como Instituciones de apoyo social y su íntima relación con salud, se diseñó el presente trabajo con el propósito de evaluar las condiciones de eficiencia de estas Instituciones a partir de las experiencias de evaluación de Instituciones de Salud.

Objetivos

1) Adaptar la metodología de acreditación de establecimientos de salud a Salas Cunas y Jardines Infantiles, elaborando pauta de requisitos agrupados en diferentes factores previo estudio de las normas y reglamentos de la Junta Nacional de Jardines Infantiles. 2) Aplicar la pauta a dos establecimientos y analizar el grado de cumplimiento de los requisitos a fin de proponer las modificaciones pertinentes, si proceden. 3) Diseñar, de acuerdo a dicha experiencia, una pauta modelo de acreditación susceptible de ser aplicada a nivel de Instituciones Estatales o Privadas.

Metodología

Consistió en el análisis de las normas vigentes, el diseño de una pauta de observación y registro seleccionando y ponderando diferentes factores y la aplicación en terreno. Posteriormente se ajustaron factores, ponderaciones y puntajes por consenso de los investigadores. Se utilizó un Establecimiento que tiene Sala Cuna y Jardín Infantil perteneciente a una Institución Privada.

Resultados

Demonstraron la aplicabilidad de la técnica de acreditación y la pertinencia del estudio de los factores seleccionados: 1) Personal, 2) Diseño y habilitación, 3) Espacios y requerimientos, 4) Condiciones físico-ambientales, 5) Condiciones de Seguridad y 6) Material didáctico.

Los Establecimientos analizados en conjunto (Sala Cuna y Jardín Infantil), alcanzaron un grado de eficiencia global de 71,30/o, siendo el rubro material didáctico el más bajo con 100/o de cumplimiento, seguido por diseño y habilitación con 330/o, porcentaje que disminuye por superficie insuficiente, y que son compensadas por un alto porcentaje en espacios y requerimientos, tanto en Sala Cuna y Jardín, que alcanzan al 900/o.

Cabe señalar que el rubro material didáctico es de relativa fácil corrección por su menor costo en relación a los otros factores y porque se puede conseguir la cooperación de los padres. La superficie total y construida, en cambio, es muy difícil de mejorar.

Finalmente, se destaca que la aplicación de este tipo de pautas, al señalar las áreas deficitarias, es un mecanismo que contribuye a mejorar la calidad de las acciones realizadas; su uso sistemático y periódico debería ser considerado por las Instituciones y Personal que trabaja en ellas.

TABLA Nº 1
ACREDITACION DE SALA CUNA Y JARDIN INFANTIL
RESUMEN DE FACTORES EVALUADOS

FACTOR	PUNTAJE		o/o Cumplimiento
	Observado	Máximo	
Personal	105	130	81,0
Diseño y Habitación	20	60	33,0
Espacios y Requerimientos Sala Cuna	90	100	90,9
Espacios y Requerimientos Jardín Infantil	45	50	90,0
Condiciones Físico Ambientales	85	100	85,0
Condiciones de Seguridad	35	50	70,0
Material Didáctico	5	50	10,0
TOTAL	385	540	71,3

65. SALUD Y ENFERMEDAD DE PARVULOS ASISTENTES A JARDINES INFANTILES

Dra. María I. Romero y Srs. Eduardo Villaseca, Alvaro González, Juan C. Flores, Patricio González y Noemí Arrizaga
(Universidad Católica, Facultad de Medicina, Deptos. de Pediatría y Salud Pública)

En las etapas del crecimiento y desarrollo infantil, el período comprendido entre 1 y 5 años de edad se caracteriza por una rápida adquisición de habilidades, un rápido desarrollo intelectual y una progresiva incorporación al medio social extrafamiliar.

Las Salas Cunas y Jardines Infantiles cumplen en Chile un importante rol estimulador de estos progresos, así como también un rol protector del niño cuya madre se ha incorporado a la fuerza laboral o de aquél que por diversas situaciones socio-económico-culturales lo requiera. El impacto en lo cualitativo ha sido evidente, aún cuando en lo cuantitativo podría mejorar la cobertura.

Objetivo General

El objetivo general del presente trabajo es evaluar la situación de salud y enfermedad de párvulos de 1 a 5 años de madres trabajadoras, de nivel socio-económico medio bajo a medio alto, asistentes a dos Salas Cunas y 3 Jardines Infantiles, de una institución privada durante 1985 y 1986. Se establecieron dos objetivos específicos:

1. Describir las características de salud y enfermedad de los niños a través de sus antecedentes de salud desde el período perinatal, su estado nutritivo actual y en el año anterior y la frecuencia, tipo e impacto de la morbilidad presentada en 1985.
2. Evaluar el cumplimiento de las normas de salud de estos Establecimientos y proponer medidas para su mejoría si procediera.

Metodología

Corresponde a un estudio retrospectivo de 260 niños asistentes a Sala Cuna/Jardín Infantil en 1985-1986. La información se obtuvo de registros de los establecimientos y de encuesta individual de los padres, recolectándose en instrumentos diseñados para tal objeto y procesados por los autores.

Resultados

Los más relevantes mostraron: Entre los antecedentes, un 180/o de embarazo patológico con predominio de Síndrome Hipertensivo (340/o), amenaza de parto prematuro (180/o), Diabetes Gestacional (140/o) y Colestasia (90/o). Los pesos de nacimiento promedio fueron 3.467 gr. en varones y 3.312 gr. en mujeres, ligeramente superiores a los nacionales. El estado nutritivo evaluado con los estándares recomendados por OMS (NCHS/USA) muestra que los varones se encuentran en el promedio \pm , una desviación standard del peso/edad en 700/o, de la talla/edad en 680/o y del peso/talla en 700/o. Las niñas se encuentran en dichos rangos en 720/o, 750/o y 520/o respectivamente. Cabe destacar que utilizando el criterio talla/edad, el 240/o de los varones y el 160/o de las mujeres presentan valores inferiores a menos 1 desviación estándar, pero al utilizar el criterio peso/edad, la situación se invierte, encontrando al 200/o de los varones y al 250/o de las niñas sobre más 1 desviación estándar. La situación es más llamativa al utilizar el criterio peso/talla en que el grupo más arriba de 1 desviación estándar alcanza al 270/o de los valores y al 440/o de las niñas, revelando un problema nutricional por exceso que amerita mayor estudio para implementar medidas de control.

Con respecto a la morbilidad, se encontró que el 640/o de los niños tenía antecedentes de episodios el año 1985 con 167 niños y 622 episodios, lo que da una tasa de 3,72 episodio/niño/año, siendo respiratorias, infecciosas y dermatológicas las más frecuentes; con respecto a su impacto, las bronconeumonías produjeron 21,6 días de ausentismo en promedio, las varicelas 18,7 y las neumonitis 17,6 días, encontrándose en el extremo inferior el resfriado común con 1,99 días. Sólo se registraron dos hospitalizaciones, debido a cirugía electiva.

Al estudiar las normas, se encontró que un tercio de los niños no tenía datos de vacunas; de los niños con registro, un 220/o tenía calendario incompleto para su edad. El examen parasitológico de ingreso no estaba registrado en un quinto de los niños; de quienes lo tenían, el 190/o era positivo, predominando giardia lamblia (830/o) y ameba histolytica (110/o). Sólo en 18 de 622 episodios de morbilidad, el niño presentó certificado médico que autorizara su ingreso.

Conclusiones

Parece interesante destacar la tendencia al sobrepeso y obesidad, especialmente en las niñas, que debe llevar a una evaluación de la alimentación por el Jardín y la familia, en conjunto. El promedio de 3,72 episodios de morbilidad/niño/año, inferior a lo encontrado en encuestas en la Región Metropolitana, puede deberse a un registro incompleto, (no improbable en un estudio retrospectivo) o a que se trata de una población de menor riesgo por sus condiciones socioeconómicas. Especial mención merecen los déficits encontrados en el cumplimiento de normas referentes a vacunaciones y exámenes parasitológicos que deberían cumplirse en forma estricta a fin de evitar situaciones de riesgo colectivo para la salud de un grupo hermano aún vulnerable y de estrecha y permanente convivencia.

TABLA Nº 1

**ESTADO NUTRITIVO INICIAL Y FINAL DURANTE 1985 SEGUN CRITERIOS
COMBINADOS DE PESO/TALLA/EDAD SEGUN SEXO
DISTRIBUCION PORCENTUAL**

Estado Nutritivo y Criterio (1)	Niños		Niñas	
	Inicial (2)	Final (3)	Inicial (2)	Final (3)
PESO/EDAD				
Normal	69,7	7,0	68,8	75,3
Déficit	11,2	8,6	4,1	1,4
Exceso	19,1	21,4	27,1	23,3
TALLA/EDAD				
Normal	72,2	63,0	74,7	75,0
Déficit	17,8	31,5	15,8	16,7
Exceso	10,0	5,5	9,5	8,3
PESO/TALLA				
Normal	69,0	71,5	45,7	60,8
Déficit	1,1	1,4	4,3	2,7
Exceso	29,9	27,1	50,0	36,5

- 1 Normal : valor corresponde a Mediana \pm 1 DE
 Déficit : valor inferior a menos 1 desviación estándar
 Exceso : valor superior a más 1 desviación estándar

TABLA Nº 2

**CARACTERISTICAS DE LA MORBILIDAD DE PREESCOLARES
ASISTENTES A JARDIN INFANTIL
1985**

Causas	Episodios Totales	Episodio por Niño/Año	Ausentismo (días) Promedio
Resfrío común	186	2,60	1,99
Bronquitis aguda	126	1,90	7,13
Faringoamigdalitis	41	1,30	4,22
Otitis media aguda	32	1,40	5,82
Neumonitis	7	1,00	—
Bronconeumonía	5	1,00	21,60
Otras respiratorias	20	—	—
Enteroparasitosis	35	1,06	s/d
Síndrome diarreico	33	1,40	3,68
Ectoparasitosis	25	1,40	4,34
Conjuntivitis	18	1,20	3,13
Rubeola	14	1,00	2,40
Parotiditis	9	1,00	s/d
Otras exantemáticas	8	—	—
Otras infecciones	31	—	—
Dermatitis alérgica	14	1,30	s/d
Otras dermatológicas	3	—	—
Infección Urinaria	5	1,25	6,20
Otras Genitourinarias	2	—	—
Resto	8	—	—
TOTAL	622	3,72	—

66. ESTUDIO DEL CRECIMIENTO DE ESCOLARES RESIDENTES DE DOS HOGARES DE UNA INSTITUCIÓN DE PROTECCIÓN

Srs. Alvaro González, Patricio González, Cristián Kottman, Eduardo Villaseca, Drs. Andreína Cattani, María Inés Romero y Srta. Noemí Arizaga
(Depto. de Pediatría, Escuela de Medicina, Universidad Católica de Chile)

Como se ha expresado en numerosas publicaciones, la desnutrición, la extrema pobreza, y la privación psicosocial son, entre otros, factores importantes en la génesis y mantención de alteraciones del crecimiento y desarrollo.

Existen instituciones de protección, que mantienen a menores en situación irregular, entre cuyos fines figuran el minimizar los factores antes mencionados.

Objetivos

El presente trabajo tiene como objetivo, evaluar el crecimiento y desarrollo antropométrico y puberal de una población de 6 a 18 años en situación irregular, internados en dos hogares de una institución de protección (Sociedad Protectora de la Infancia, Puente Alto), y comparar estas variables según sexo y antecedentes nutricionales.

Metodología

Corresponde a una investigación descriptiva longitudinal retrospectiva realizada en una población de 453 niños (162 hombres y 291 mujeres) que residen en los hogares antes mencionados, los cuales tuvieron un tiempo promedio de observación de tres años y seis meses, con aproximadamente dos controles por año.

Se revisaron las fichas médicas activas hasta el primer semestre de 1986 de los niños ingresados a partir de 1978. Los controles fueron realizados por internos de medicina, capacitados para evaluar las variables peso/edad, talla/edad, peso/talla, maduración sexual según grados de Tanner y existencia de patología asociada. Además, se consignaron los datos de peso y talla de nacimiento, antecedentes nutricionales previos al ingreso a la institución y edad de la menarquia obtenida por interrogatorio.

Para el análisis de los datos, los niños se agruparon de acuerdo a su sexo y estado nutricional previo al ingreso.

La situación antropométrico-nutricional se evaluó comparando los valores obtenidos con los patrones del Centro Nacional de Estadísticas de Salud, E.E.U.U. (NCHS) y los nacionales de Avendaño, Patri, Valenzuela y cols.

La información se resume en tablas de distribución proporcional: cuando procede, se aplican pruebas estadísticas de diferencia de proporciones.

Resultados

Los resultados más relevantes muestran que el 240/o de los niños presentaba antecedentes de desnutrición moderada o grave, previo al ingreso sin diferencias por sexo.

Entre los antecedentes de peso y talla de nacimiento se encuentran cifras similares a las publicadas por autores nacionales, encontrándose un peso de nacimiento significativamente menor ($p < 0.01$) en los varones con antecedentes de desnutrición.

La evaluación antropométrico nutricional mostró lo siguiente:

En hombres sin antecedentes de desnutrición, siguen en promedio una curva de crecimiento en talla entre el percentil 10 (p10) y p25 de las tablas de la NCHS, y en peso una curva alrededor del percentil 25. Estos mismos niños no se apartan en forma importante de los promedios en peso y talla de las tablas nacionales.

Los hombres con antecedentes de desnutrición tienen una curva de talla bajo el p5, y de peso entre el p5 y p10 de las tablas NCHS; ellos, asimismo, se encuentran bajo -1 DS. de las tablas nacionales.

En las mujeres sin antecedentes de desnutrición, la curva de talla va alrededor del p10 y la de peso entre los p25 y p50 de las tablas NCHS. En relación a las tablas nacionales la talla se mantiene entre el promedio y -1 DS., y el peso se mantiene un poco menor al promedio hasta los 15 años, y posteriormente lo sobrepasa.

En mujeres con antecedentes de desnutrición, la curva de talla se encuentra entre el p5 y p10 hasta los 10 años y alrededor del p5 posteriormente, y una curva de peso alrededor del p25 hasta los 10 años y entre p10 y p25 posteriormente. Al compararlas con las tablas nacionales la curva de peso parte bajo -1 DS., sobrepasándola posteriormente, quedando entre el promedio y -1 DS. cercano a los 18 años de edad; en talla parten alrededor de -1 DS., y terminan entre el promedio y -1 DS. mejorando levemente.

Con respecto a la maduración sexual, en los varones el desarrollo genital muestra que el grado II se alcanza en promedio a los 11 años 11 meses, y el grado V a los 16 años 2 meses. Con respecto al vello púbico, el grado II se alcanza a los 12 años 10 meses, y el grado V a los 16 años 7 meses. En ninguno de los dos parámetros hay diferencias significativas según estado nutricional.

En las mujeres el desarrollo mamario grado II (telarquia) se produce en promedio a los 11 años 1 mes, y el grado V a los 15 años 9 meses. Con respecto al vello púbico el grado II se alcanza a los 12 años 4 meses, y el grado V a los 16 años 1 mes; tampoco se encontraron diferencias significativas según antecedentes nutricionales. La edad promedio de la menarquia fue de 13 años 3 meses.

Cabe comentar finalmente que, no habiendo diferencias sustanciales entre los subgrupos estudiados, se encuentran algunas al comparar la maduración sexual con los trabajos de Avendaño, Patri y Valenzuela, existiendo algunos meses de retraso en la aparición de los eventos puberales en el grupo de los niños internados, aunque no existían diferencias importantes en los otros parámetros antropométricos estudiados.

TABLA Nº 1

**EVOLUCION DE LOS PROMEDIOS DE PESO Y TALLA DE NIÑOS CON Y SIN
ANTECEDENTES DE DESNUTRICION SEGUN SEXO.
UBICACION EN PERCENTILES PATRON OMS-NCHS/USA**

Edad	Varones				Mujeres			
	Antecedentes desnutrición				Antecedentes desnutrición			
	Negativos		Positivos		Negativos		Positivos	
	Peso	Talla	Peso	Talla	Peso	Talla	Peso	Talla
6a	25	10-25	10	< 5	50	10-25	25	5
6a 6m	25	10	10	< 5	50	10	25-50	5-10
7a	50	10	10	< 5	50	10	25-50	5-10
7a 6m	25-50	10	10	< 5	25-50	10	25	5-10
8a 6m	25-50	10	10	< 5	50	10-25	25	5-10
8a 6m	25-50	10	10	5	25-50	10	25	10
9a	25	10	5	< 5	25-50	10	25	10
9a 6m	25-50	10-25	10	< 5	25-50	10-25	10-25	5-10
10a	25-50	10-25	10	< 5	25-50	10-25	10-25	5-10
10a 6m	25	10-25	10	5	25	10	10-25	5
11a	25-50	25	10	< 5	25-50	10-25	10-25	5
11a 6m	25	10-25	10	< 5	25-50	10	10-25	5
12a	25-50	10-25	10	< 5	25	10	10-25	5
12a 6m	25	10-25	5-10	< 5	25-50	10	10-25	5
13a	25	10-25	5	< 5	25-50	5-10	10-25	< 5
13a 6m	25	10-25	5	< 5	50	10	10-25	< 5
14a	25	10	5-10	5	25-50	5	10-25	< 5
14a 6m	10-25	10-25	5-10	5	50	10	10-25	< 5
15a	25	10-25	5-10	< 5	25	5-10	10-25	5
15a 6m	25	10-25	5	< 5	50	10-25	25	10
16a	25	10-25	5-10	< 5	25-50	5-10	10-25	5-10
16a 6m	25	10-25	5-10	< 5	25-50	10-25	10	5-10
17a	10-25	10	5-10	< 5	25-50	5-10	10-25	5
17a 6m	10-25	10	5-10	< 5	25-50	10-25	10-25	5
18a	10-25	10	10	< 5	—	—	—	—

TABLA Nº 2

**PROMEDIO DE EDAD AL ALCANZAR GRADOS DE MADURACION SEXUAL
(TANNER) SEGUN SEXO**

Grados de maduración sexual	Promedio de edad	
	Varones	Mujeres
Vello pubiano		
II	12a 10m	12a 4m
III	14a 1m	13a 5m
IV	15a 2m	14a 3m
V	16a 7m	16a 1m
Desarrollo genital		
II	11a 11m	
III	13a 7m	
IV	14a 10m	
V	16a 2m	
Desarrollo mamario		
II		12a 4m
III		13a 5m
IV		14a 3m
V		16a 1m
Menarquia		13a 3m

67. PROGRAMA DE ATENCIÓN ODONTOLÓGICA INCREMENTAL

Dres. Adriana Malschafsky, Gladys Larrondo y Leopoldo Stuardo
(Servicio de Salud Metropolitano Oriente, Consultorio Barnechea)

Este trabajo muestra un programa de atención Odontológica incremental, iniciado en 1984 con los primeros básicos de la Escuela Nº 239 "Diego Aracena", ubicada en la Comuna de Las Condes, o mejor, en la futura Comuna de Barnechea. Esta escuela cuenta con una Clínica Dental que depende administrativamente del Consultorio Barnechea.

Se muestra el seguimiento de estos niños hasta Julio de 1986 pretendiendo abarcar en forma progresiva hasta completar el 8º básico.

El Objetivo General del Programa es mejorar el nivel de Salud Bucal de los escolares de enseñanza básica pertenecientes al Servicio de Salud Metropolitano Oriente.

Se efectuó el diagnóstico del estado de Salud Bucal de todos los alumnos de los dos primeros básicos de la Escuela antes mencionada y se utilizaron las siguientes estrategias:

1. Atención del 100% de las Urgencias.
2. Incremento de la consulta odontológica de prevención y recuperación.
3. Se efectúa un programa educativo de salud bucal a los profesores de enseñanza básica de la Escuela y a padres y apoderados de los niños para promover una actitud favorable en el cumplimiento del programa.
4. Se evalúa la presencia de placa bacteriana sobre los dientes de estos niños.
5. Se desarrolla un programa de prevención específica de caries dentales con enjuagatorios de flúor.

El Universo del año 1984 fue 77 alumnos, en los cuales, para el diagnóstico de Salud bucal, se utilizaron los siguientes índices C.O.P. (Piezas Cariadas, Obturadas, Perdidas en dentadura permanente); C.E.O. (Piezas Cariadas Extraídas, Obturadas en dentadura temporal); I.H.O. (Índice de higiene Oral, que mide la presencia de placa bacteriana en las 6 superficies dentarias de cada niño).

Promedio de Caries: Una vez terminado el diagnóstico se inició la atención de recuperación con acciones de Obturaciones, endodoncia (Pulpotomías) y Ortodoncia preventiva.

Dados de alta los alumnos se les cita a control cada 6 meses.

Como conclusiones, hasta Julio de 1986 se encontró que en la comparación de los índices C.O.P. y C.E.O. no hay cambios significativos, lo que es lógico, ya que es la historia natural de las caries.

Si tomamos en cuenta el promedio de caries, se ve que es factible mejorar este promedio mediante el programa incremental que hemos analizado.

Por último, a través de la comparación del I.H.O. se concluye que la Educación en Salud Bucal, tanto del alumno como de sus padres, es fundamental para disminuir dicho índice.

TABLA Nº 1

Año	C.O.P.	C.E.O.	\bar{X} Caries	I.H.O.
1984	1.5	7.4	6.6	2.31
1985	2.1	6.8	3.4	2.04
1986	2.2	6.0	1.08	1.5

68. PROGRAMA DE PREVENCIÓN DE CARIES EN ESCOLARES

Dra. Olaya Fernández
(Servicio de Salud Metropolitano Oriente)

La tendencia de la problemática de Salud Bucal en el mundo, revela un rápido y alarmante aumento de la caries dental en grandes grupos poblacionales de países en vías de desarrollo.

Chile se encuentra clasificado entre los países con una alta prevalencia de caries.

Diversas experiencias han demostrado que el uso del flúor es eficaz para reducir la incidencia de caries dental.

Objetivo de la Presentación

- 1) Dar a conocer un programa de prevención específica de caries dental, en comunidades escolares, a través de enjuagatorios semanales de flúor, identificando las etapas indispensables que deben desarrollarse.
- 2) Demostrar que es factible desarrollar un programa preventivo, con la participación activa de la comunidad, cuando ésta ha sido educada en el autocuidado de la Salud.
- 3) Señalar el incremento progresivo del Programa de Enjuagatorios, como método de prevención alternativo en aquellos sectores de población escolar que no son beneficiados con otra administración de flúor.

Objetivo del Programa de Prevención de Caries

Contribuir a la disminución de la prevalencia e incidencia de caries dental en escolares de enseñanza básica, a través de un programa educativo permanente y a la aplicación semanal de enjuagatorios de flúor.

Diseño descriptivo

1. Motivación de autoridades educacionales y padres y apoderados.
2. Capacitación a profesores, padres y alumnos.
3. Organización de la actividad.
4. Asesoría y supervisión.
5. Evaluación cuanti y cualitativa.

Resultados

COBERTURA PROGRAMA DE ENJUAGATORIOS DE FLUOR EN EL S.S.M. ORIENTE

Años	1984	1985	1986
Nº de Escuelas	22	58	62
Nº de Cursos	—	547	571
Nº de Alumnos	7.506	19.501	23.514

GRADO DE ACEPTACION DE LOS ENJUAGATORIOS DE FLUOR

Sin problemas = 98,20/o
Algún problema = 1,80/o

Problemas detectados:

Tragarse la solución, 0,50/o
Reclamar mal sabor, 0,60/o
Derramar la solución, 0,140/o
Eliminarla antes de tiempo, 0,50/o

El impacto del Programa preventivo se medirá a partir del segundo año de desarrollo.

6

1. Es factible realizar un Programa preventivo en la comunidad escolar previamente educada en el autocuidado de la Salud Bucal.
2. Su ejecución es fácil de aprender, de realizar y es bien aceptada por todos los miembros de la comunidad escolar.
3. El desarrollo del enjuagatorio ocupa poco tiempo y no interfiere los programas educativos escolares.
4. Es de bajo costo, lo que permite alcanzar amplias coberturas.
5. La comunidad escolar organizada participa activamente en la ejecución y mantención de esta actividad preventiva, que beneficiará a un amplio sector de escolares al finalizar la enseñanza básica.

69. SISTEMA DE ATENCION ODONTOLOGICA INTEGRAL PARA PREESCOLARES Y ESCOLARES BASICOS DE ESTABLECIMIENTOS EDUCACIONALES MUNICIPALIZADOS

Sr. Carlos Jaque y Dra. Tania Urbina
(Facultad de Odontología, Universidad de Chile)

En este trabajo se presenta un sistema de atención odontológica integral básica con acciones gratuitas de atención preventiva primaria, secundaria y terciaria, proyectadas para un grupo de preescolares y escolares municipalizados de primero a octavo año básico de los sectores de nivel socio económico más bajo, pertenecientes a una comuna.

La atención de prevención primaria la entregará el profesorado, previamente capacitado por los odontólogos, quienes por su preparación pedagógica poseen las armas necesarias para educar en forma eficiente y eficaz a los niños, en el área de la Salud Bucal.

La atención preventiva secundaria y terciaria se ejecutará a través de un sistema de atención incremental tipo Aimoré, modificado de acuerdo a la realidad comunal, donde es necesario conjugar el gran número de niños con daño oral y las posibilidades reales de financiamiento que permitan entregar una atención con los mejores medios y recursos.

La atención profesional se caracterizará por la aplicación de principios de Ergonomía, Simplicación y Transferencia de Conocimientos, única vía factible para dar una amplia cobertura de atención.

Finalmente se entrega el diseño del Consultorio, su implementación, sus costos inicial y de operaciones, como también sus posibilidades de financiamiento.

Este programa está sustentado en la acción de la comunidad organizada, a través de los canales ordinarios de participación, que permitan su apoyo e implementación.

70. SISTEMA MODERNO DE ATENCION ODONTOPEDIATRICA

Dras. Tania Urbina y Carmen Aguirre

(Programa Odontológico del Servicio de Salud Central y Facultad de Odontología, Universidad de Chile)

Este sistema de atención infantil se basa en los pilares de una odontología moderna que son la simplificación, la ergonomía, la transferencia de conocimientos y la delegación de funciones. Estos principios permiten aumentar la cobertura de atención y disminuir los costos de implementación y funcionamiento, lográndose una mejor odontología, para más individuos y a un menor costo.

Este nuevo sistema de atención implementado en un Consultorio de Atención Primaria del Servicio de Salud Central, otorga atención odontológica integral a través de programa educativo y un programa clínico.

El programa educativo se realiza en un módulo especialmente diseñado para ello, que cuenta con los elementos necesarios para crear hábitos favorables a la Salud Bucal, y está a cargo de una auxiliar de odontología, capacitada en fomento y protección supervisada por un odontólogo del programa infantil.

El programa clínico se lleva a cabo en un módulo simplificado de atención, donde se ha eliminado todo el equipamiento innecesario y sólo cuenta con un mueble central de apoyo que constituye el centro del sistema, donde se instalaron los elementos de corte, lavado, secado y succión, además de los lavamanos para el personal. Alrededor de este mueble se ubican tres camillas odontológicas y lámparas dentales instaladas en el cielo raso.

En este módulo se realiza un trabajo en equipo, el profesional y su auxiliar ejecutan una técnica a cuatro manos, secundados por otra auxiliar que labora en el interior del módulo. La atención se realiza por cuadrantes, lo que permite dar de alta un niño en un máximo de 5 sesiones de aproximadamente 30 minutos de duración.

Además de la descripción del sistema se dará a conocer los costos de implementación del módulo simplificado, sus ventajas tanto para el equipo de trabajo, para los pacientes como para el Servicio de Salud y una evaluación del primer año de funcionamiento, en relación al número de niños atendidos, al número de actividades realizadas, al rendimiento profesional y número de citaciones por niño en comparación con clínicas tradicionales del mismo consultorio, donde se cuenta con una auxiliar dental y elementos de corte, lavado y aspiración iguales a los del sistema modular.

TABLA Nº 1

**RENDIMIENTO PROFESIONAL DE ODONTOLOGOS, SEGUN LUGAR DE TRABAJO
CONSULTORIO MAIPU. JULIO 1985 – JUNIO 1986**

Mes	Odontólogos Clínica Modular	Odontólogos Clínicas Tradicionales
	o/o	o/o
Julio	209,84	106,88
Agosto	201,79	106,13
Septiembre	141,93	102,65
Octubre	159,42	103,72
Noviembre	176,82	103,04
Diciembre	205,93	105,45
Enero	184,93	100,93
Febrero	177,04	95,62
Marzo	155,34	109,78
Abril	142,00	110,51
Mayo	151,45	103,18
Junio	144,16	110,61
Promedio Mensual	170,89	104,87

Aumento Rendimiento: 66,02o/o

71. EL MALTRATO FÍSICO DEL MENOR: SU DETECCIÓN PRECOZ EN LOS ESTABLECIMIENTOS EDUCACIONALES

Sra. Sylvia Pessoa

(Escuela de Salud Pública, Facultad de Medicina, Universidad de Chile)

Es del mayor interés identificar el "Síndrome del Niño Maltratado" en los Jardines Infantiles. La información que entregan los estudios realizados sobre el tema destacan la importancia que tiene continuar con esta área de problemas por su relación directa con los centros educacionales y por la acción preventiva que puede realizarse desde estos establecimientos formativos.

El "Síndrome del Niño Maltratado" es un tema difícil de explorar. En este sentido hay que destacar la importante labor que han realizado diferentes profesionales: Abogados, Asistentes Sociales, Psicólogos, Pediatras y otros. Los diferentes trabajos presentados sobre el tema llegan a la conclusión que los casos denunciados sobre el maltrato al menor constituyen la minoría, permaneciendo olvidados y ocultos una gran mayoría de ellos. El maltrato al menor va asociado a un riesgo de daño que va a su vez a depender de las secuelas psicológicas y/o físicas.

El estudio está referido al Síndrome de Maltrato Físico del Menor y la frecuencia con que estos hechos son detectados y denunciados en los Jardines Infantiles. La detección precoz de los casos que se pueden presentar, las acciones que corresponde realizar frente a estos hechos, la canalización de éstos a las autoridades competentes y las soluciones preventivas para que el maltrato físico al menor no sea reiterativo, constituyen el encuadre más amplio del estudio.

De otra parte, y desde la perspectiva del menor, sujeto de interés pedagógico, aparecen como inquietantes las consecuencias que se asocian al maltrato físico del menor, esto es, crecer en un ambiente de agresividad que trae consigo anomalías de las cuales, al no existir estudios de seguimientos, poco puede informarse. Sin embargo, muchas secuelas posteriormente diagnosticadas tienen que ver o se reflejan tanto en la salud mental como física del niño.

Parece difícil aceptar que el entorno familiar y los padres especialmente, quienes tienen la custodia de sus hijos, no correspondan idealmente al supuesto de una relación armónica, estable, fuerte, proteccionista, afectiva, sino desafortunadamente, en muchos casos, al reverso del modelo deseado.

Uno de los escenarios donde el Educador puede enfrentar estos problemas es el establecimiento escolar o parvulario. En este caso, el Jardín Infantil constituye el escenario donde podrá detectarse, al menos en el breve período de nuestra práctica, una aproximación sobre lo que hemos definido como área de nuestro estudio. Centramos en los adultos responsables, tanto en la parte educativa como en la familia del menor, la fuente directa para la obtención de los datos. El Educador pedagógico está ligado al menor a través de un proceso de socialización secundaria directa, lo que hace suponer la alta probabilidad que pueda detectar en los menores a su cargo la conducta y/o costumbres correctoras que aplican sobre sus hijos los padres o adultos responsables de éstos. A través de la indagación directa a los padres o responsables de los educandos se podrá obtener alguna información que permita reconstituir un modelo correctivo y sus características. Del mismo modo se pretende obtener de ellos mayor cantidad de datos que nos permita captar esta realidad desde un plano más cercano, donde tiene una alta relevancia conocer si el modelo correctivo que aplican los padres o adultos responsables sobre sus hijos o pupilos constituye una reiteración del modelo que a ellos aplicaron cuando niños.

A través del análisis de los resultados y como consecuencia de éstos, se pretende contribuir a través de sugerencias, los posibles métodos o formas que ayuden a intervenir, aunque sea en parte, a atenuar esta realidad.

La responsabilidad de las Educadoras constituye una constelación de deberes donde deben figurar entre los primeros aquellos de dar protección, ayuda y hacer que se respeten los derechos del niño.

Objetivos del Estudio

Lograr un mayor conocimiento del maltrato físico al menor ocasionado por los adultos y detectados en los Jardines Infantiles. Los objetivos específicos eran identificar en los Jardines Infantiles, daños físicos ocasionados por los adultos; la frecuencia en la que se producen estos hechos; determinar el tipo de daño infligido; acciones que realizan las educadoras pedagógicas frente a estos hechos; número de lesiones que han sido denunciadas y número de denuncias que han llegado a la Justicia Ordinaria.

Material y Método

Para el presente estudio el universo se definió como todos los Jardines Infantiles de la Región Metropolitana pertenecientes a la Junta Nacional de Jardines Infantiles (JUNJI) o pertenecientes a otras entidades públicas o privadas. La unidad de análisis quedó constituida por todas las Educadoras pedagógicas y las Auxiliares parvularias pertenecientes a esos establecimientos.

El trabajo de investigación se realizó con el personal de 9 Jardines Infantiles cuya ubicación geográfica correspondió a las siguientes comunas: Pudahuel; La Reina; Santiago; San Miguel; Cerro Navia; La Cisterna; La Florida; Quinta Normal; Conchalí; La Granja.

La muestra quedó constituida por 7 Directoras; 14 Educadoras parvularias y 42 Auxiliares de párvulos.

Resultados

El estudio realizado en los Jardines Infantiles sobre el Síndrome del Maltrato al Menor, al menos en aquellos que constituyeron la muestra, presentaron un número reducido de casos, sin embargo, de acuerdo al daño infligido y por diagnóstico, todos ellos tuvieron que recurrir a una atención médica de urgencia.

Los casos detectados por las profesionales entrevistadas no siguieron el conducto deseado en el sentido que llegaron todos a conocimiento de la Justicia Ordinaria. Se comprueba que las acciones no fueron más allá de un contacto profesional con la trabajadora social y esto para un solo caso. La Junta Nacional de Jardines Infantiles está excluida de una coordinación con el Ministerio de Justicia, como asimismo, no tiene un respaldo jurídico para actuar frente a los hechos del maltrato al menor, esto significa que los agresores adultos que inflieren maltrato físico, en su gran mayoría quedan encubiertos. Observamos que las Directoras de los Jardines Infantiles tienen un límite de acción frente a estos casos y llegan a su conocimiento por medio de la Auxiliar quien, por estar más cerca del menor, lo detecta. En relación a este adulto es mejor informante, por la cercanía al niño, a los padres de éste.

Queda demostrado que la denuncia del síndrome del menor maltratado sólo es susceptible de ser atendida en la medida que institucionalmente tenga un respaldo y coordinación jurídica.

TABLA Nº 1

**DAÑOS FISICOS OBSERVADOS EN LOS MENORES
(ABRIL-JUNIO 1986)**

Adultos	Hematomas		Heridas Provocadas Contundentes		Quemaduras		Fracturas	
	F	o/o	F	o/o	F	o/o	F	o/o
Directora	9	60,0	—	—	2	50,0	1	100
Educadora de Párvulos	4	27,0	—	—	1	25,0	—	—
Auxiliar	2	13,0	6	100	1	25,0	—	—
	15	100,0	6	100	4	100,0	1	100

TABLA Nº 2

Nº de casos observados durante los últimos tres meses	Personal Jardín Infantil					
	Directora		Educadora		Auxiliar	
	Nº	o/o	Nº	o/o	Nº	o/o
— Ningún caso	2	28,6	8	57,1	38	88,4
— Sólo un caso	2	28,6	4	28,6	4	9,3
— Dos casos	1	14,2	—	—	—	—
— Tres casos	2	28,6	—	—	1	2,3
— Sin respuesta	—	—	2	14,3	—	—
TOTAL	7	100,0	14	100,0	43	100,0

72. SITUACION DE MORBILIDAD DE UNA POBLACION DE ADOLESCENTES ESTUDIANTES DE NIVEL SUPERIOR I.P.E.S. BLAS CAÑAS, SANTIAGO, 1986

Dr. Dagoberto Duarte y Enfs. Marta Hernández y Edita Peña
(Instituto Blas Cañas y Escuela de Salud Pública, Universidad de Chile)

Las características de salud de la población adolescente en Chile son en gran parte desconocidas. La creación de un Servicio Médico en el Instituto Blas Cañas destinado a la atención de la población estudiantil correspondiente, planteó la necesidad de elaborar un diagnóstico de la Situación de Salud de dicha población. Con ese fin se aplicó una encuesta poblacional autorrespondida, lográndose un total de 2.879 encuestas, lo que representa el 81.70/o de la población en estudio. Los datos fueron codificados y procesados por computación.

Resultados

El 22,80/o de la población corresponde a varones y un 77,20/o a mujeres. Menor de 25 años es el 92,20/o. Algo más de la mitad (510/o) dice tener alguna previsión, siendo mayoritaria la categoría "beneficiarios de FONASA". Entre los factores de riesgo presente en los padres aparece en primer lugar el de Hipertensión arterial, (17,20/o) seguido por el de Tabaquismo (90/o) y el de Diabetes (7,90/o). El 230/o de la población dice ser portador de alguna enfermedad crónica. Las patologías más frecuentes son Úlcera gastroduodenal, Enfermedad cardíaca, Alergias y Enfermedades del Aparato respiratorio. Tanto en la Úlcera como la Bronquitis Crónica, la Hipertensión arterial, aumenta la prevalencia con la edad, a pesar de ello la población encuestada refiere un total de 1.151 episodios de Enfermedad Aguda, lo que da un promedio de 0,79 episodio/año por alumno, siendo éstos más frecuentes en las mujeres: por edad no se encontró diferencias significativas. Las causas de morbilidad aguda señalada corresponden en primer lugar "Síntomas y síndromes mal definidos", seguido por Enfermedades Respiratorias, Digestivas, Genitourinarias y Accidentes y Violencias. Por sexo se observa con mayor frecuencia el Esguince y TEC en los hombres, en cambio los cuadros Psicógenos son más frecuentes en las mujeres.

Las causas de hospitalización más frecuentes son Quirúrgicas en primer lugar, Médicas y Obstétricas en segundo y tercer lugar. El 46,30/o dijo haber tenido necesidad de atención dental en los 6 meses previos a la encuesta, ya fuese por obturación, extracción dentaria y/o examen.

Comentario

El presente estudio muestra que en una población mayoritariamente adolescente, las Enfermedades Crónicas más prevalentes son las asociadas al Stress y al Aparato Respiratorio. La patología aguda es predominantemente benigna. Destaca el hecho que ciertos diagnósticos son mucho más frecuentes en hombres que en mujeres y viceversa, lo cual estaría indicando en este grupo de estudio un perfil de morbilidad distinto por sexo. La patología dental es un problema de gran importancia en este grupo, lo que debe ser considerado en el diseño de políticas de atención de salud al sector.

TABLA Nº 1

ENFERMEDADES CRONICAS SEÑALADAS EN 2.879 ENCUESTAS

	n	Tasa x mil
Úlcera gastroduodenal	95	33,0
Enfermedad cardíaca	80	27,8
Asma bronquial	66	22,9
Alergia	66	22,9
Bronquitis crónica	65	22,6
Enfermedades inflamatorias de las vías respiratorias (*)	56	19,5
Vicios de refracción	52	18,1
Enfermedad renal	43	14,9
Hipertensión arterial	42	14,6
Desviaciones de columna	42	14,6
Epilepsia	34	11,8
Enfermedad congénita	18	6,3
Fiebre reumática	15	5,2
Bocio	15	5,2
Artritis	13	4,5
Diabetes Mellitus	12	4,2

(*) Incluye amigdalitis crónica, rinitis y sinusitis.

TABLA Nº 2

**DISTRIBUCION DE EPISODIOS DE ENFERMEDADES EN LOS ULTIMOS 6 MESES
EN 2.879 ENCUESTAS SEGUN GRUPO DE CAUSAS**

	n	o/o	Tasa x mil
Síntomas y síndromes mal definidos	307	26,8	106,6
Enfermedades del aparato respiratorio	204	17,8	71,0
Enfermedades del aparato digestivo	121	10,5	42,0
Enfermedades del aparato genitourinario	104	9,1	36,1
Accidentes y violencias	101	8,8	35,1
Trastornos mentales	96	8,4	33,3
Enfermedades del sistema nervioso	46	4,0	16,0
Enfermedades infecciosas	42	3,6	14,6
Enfermedades del sistema osteomuscular	38	3,3	13,2
Enfermedades de la piel	31	2,7	10,8
Enfermedades del aparato circulatorio	21	1,8	7,3
Enfermedades de la sangre	15	1,3	5,2
Tumores	10	0,8	3,5
Enfermedades de las glándulas endocrinas	6	0,5	2,1

Episodios anuales de enfermedad aguda divididos según edad y sexo

	E d a d			S e x o	
	< de 20	21-25	26 y +	H	M
Episodios (n)	1.180	918	204	414	1.888
Episodios por alumno	0,8	0,76	0,92	0,62	0,84

73. ENCUESTA VERSUS CENSOS DE ATENCION DIARIA EN EL DESARROLLO DE UN PERFIL DE MORBILIDAD: UN ESTUDIO COMPARATIVO.

Dr. Dagoberto Duarte y Enf. Marta Hernández
(Servicio Médico I.P.E.S. Blas Cañas)

Establecer un diagnóstico sobre morbilidad en el adolescente constituye una tarea interesante, pues existen pocos trabajos sobre este tema en nuestro medio. Para elaborar este diagnóstico se puede recurrir a distintos instrumentos como la encuesta o el análisis de la consulta espontánea. Se llevó a cabo un estudio utilizando el primer método en Octubre del 85, dentro del cual incluimos como variable la presencia de episodios de enfermedad aguda en los seis meses previos. El grupo de causas más frecuentes fueron los síntomas y síndromes mal definidos, lo cual se explicaría por el instrumento usado. Al mismo tiempo se otorgó atención médica desde Abril del mismo año en adelante en nuestro Servicio a la misma población. Decidimos tabular los datos de atención y confrontarlos con los obtenidos a través de la encuesta. Esto nos permitiría comparar ambos métodos y mejorar la información referente al estado de salud de nuestra población.

Material y Método

Se revisaron todos los censos de atención diaria desde el 1º de Mayo al 31 de Octubre de 1985. Se consideraron los siguientes datos: edad, sexo, tipo de atención, diagnóstico y profesional que brindó la atención. El tipo de atención se dividió según si era con solicitud de hora previa, consulta de urgencia, tratamiento y/o curaciones. Los diagnósticos fueron ordenados de acuerdo a la Clasificación Internacional de Enfermedades. Todos los datos fueron codificados, ingresados en una cinta magnética y procesados computacionalmente.

Resultados

En la Tabla 1, se aprecia que del total de personas que consultaron, el 20,50/o correspondió a varones y el 79,50/o a mujeres. Es importante señalar que en nuestro Instituto el 22,80/o de la población son hombres y el 77,20/o son mujeres. El total de atenciones brindadas alcanzó a 2.074; restamos 204 atenciones que corresponden a tratamientos y/o curaciones con lo que la cifra de consultas por morbilidad queda en 1.870; si multiplicamos esta cifra por 2 y la extrapolamos a la población total del Instituto, obtenemos 1,06 consultas por alumno por año. En la misma tabla aparecen los episodios anuales según grupo de edad y sexo. Los motivos de consulta más frecuentes (Tabla 2) fueron las enfermedades del aparato respiratorio, 16,50/o, las enfermedades mentales, 15,50/o y los accidentes y violencias, 11,30/o. Las dos primeras aumentan con la edad. Lo contrario ocurre con los accidentes y violencias. Por otra parte las enfermedades mentales y las genitourinarias son más frecuentes en las mujeres, mientras que las infecciosas y los accidentes lo son en los hombres. La depresión, sarna, sinusitis, bronquitis, los trastornos funcionales del tubo digestivo, la infección urinaria, la sinovitis y el lumbago, son atendidos principalmente con solicitud de hora previa, mientras que el resfriado, dismenorrea, esguince, contusiones y varicela, son atendidos principalmente como urgencias. A su vez, los primeros diagnósticos recién señalados son planteados principalmente por médico, mientras que los últimos lo son preferentemente por enfermera. De las atenciones que esta última otorga, el 28,20/o corresponde a tratamientos y curaciones, y el 71,80/o, a consultas por patología. Estas acciones representan a la vez el 9,80/o y el 31,10/o del total de atenciones del Servicio.

Conclusiones

Los resultados son coincidentes con los obtenidos en la encuesta en lo referente a mayor consulta femenina. Difieren en cuanto al número de episodios por alumno, que en este caso resultó más alto. Las causas de enfermedad son similares a las del estudio anterior, salvo el grupo de causas mal definidas; hubo similitud respecto a la distribución de algunos diagnósticos específicos, según edad y sexo. El papel de la enfermera en un Servicio como el nuestro es importante para brindar atención a consultas de urgencia que de otra manera, muy probablemente serían rechazadas. El tipo de patología atendida en estas condiciones permite esta labor. Es interesante señalar que aparecieron 37 diagnósticos de sarna, mientras que en la encuesta no apareció ninguno. Esto, más el antecedente de menor número de episodios referidos en la misma,

nos plantea la interrogante acerca del concepto de enfermedad en los estudiantes y la percepción de ella.

TABLA Nº 1

**DISTRIBUCION DE EPISODIOS DE ENFERMEDAD AGUDA SEGUN EDAD Y SEXO.
NUMERO DE EPISODIOS POR ALUMNO POR AÑO**

	de 20 años	21 – 25	26 y más	Promedio
Hombres	0,91	1,25	0,75	1,06
Mujeres	1,09	1,28	1,73	1,25
TOTAL	1,06	1,27	1,43	1,06

TABLA Nº 2

MOTIVOS DE CONSULTA AGRUPADOS SEGUN GRUPO DE CAUSAS

	n	o/o
Enfermedades del aparato respiratorio	343	16,5
Enfermedades mentales	322	15,5
Accidentes y violencias	243	11,7
Enfermedades del aparato digestivo	191	9,2
Enfermedades del aparato genitourinario	168	8,1
Mal definidas	165	8,0
Enfermedades de la piel	128	6,8
Enfermedades infecciosas	115	5,5
Enfermedades del sistema nervioso	102	4,9
Enfermedades del sistema osteomuscular	54	2,6
Enfermedades del embarazo (incluye diagnóstico de embarazo)	46	2,2
Enfermedades endocrinas y de la nutrición	25	1,3
Enfermedades del aparato circulatorio	24	1,2
Enfermedades de la sangre	13	0,6
Sano	44	2,1
Sin diagnóstico	90	4,3

74. ESTUDIO COMPARATIVO DEL PROCESO DE LA REPRODUCCION DE ADOLESCENTES EN UN MEDIO RURAL

Stas. Katherine González, M. Teresa Caballero, Mónica de la Barrera y Dr. Saúl Horta
(Escuela de Medicina, Universidad de Valparaíso)

Existiendo actualmente un aumento en los embarazos de adolescentes a nivel mundial, se han efectuado numerosos estudios para establecer los riesgos de morbilidad materna infantil. También se ha estudiado el área social, ya que un alto porcentaje de adolescentes inician su embarazo solteras (78,0%) (1), con una baja escolaridad y una gran cantidad de ellas debe asumir la responsabilidad de criar y educar al recién nacido, ya que incluso aproximadamente el 50,0% termina la relación con su pareja. Estos estudios se han realizado principalmente a nivel urbano. Todo esto nos motivó a investigar la realidad en un medio rural.

Objetivos

1. Conocer la distribución etaria y escolaridad de la adolescente embarazada rural. 2. Investigar los aspectos más importantes de la reproducción humana en adolescentes de una comunidad rural alejada. 3. Describir características del Recién Nacido en cuanto a peso, talla, Apgar y patología. 4. Conocer las características de la atención de salud en estas adolescentes embarazadas. 5. Considerar los datos obtenidos con los de embarazadas mayores de 18 años de la misma área.

Materiales y Método

En el curso de una práctica de atención abierta de tres de los autores, se realizó un estudio descriptivo retrospectivo que incluyó a 58 madres menores o iguales a 18 años y un grupo comparativo de 46 madres mayores de 18 años, que tuvieron su parto entre el 1º de Junio de 1984 y el 1º de Julio de 1985, residentes en la localidad de Fresia (67 Kms. al Noroeste de Puerto Montt, X Región). Los datos se obtuvieron del Libro de Partos del Hospital de Fresia y de la revisión de las fichas clínicas de control maternal, de parto y recién nacido. La recolección se hizo en un formulario ad-hoc.

Resultados y Comentarios

Con respecto a la distribución etaria en adolescentes, el mayor porcentaje (53,30%) se encuentra en el grupo de 17 a 18 años, el porcentaje de menores de 15 años alcanzó a 6,80% siendo la menor de edad de 13 años (2 casos). En las mayores de 18 años, el porcentaje mayor se encuentra entre los 25 y 27 años con 36,90%.

Escolaridad: en ambos grupos el mayor porcentaje se encontraba entre 5º y 8º año básico (43,10% en \leq de 18 años y 37,0% en $>$ de 18 años), existiendo sólo un caso de analfabetismo en las mayores de 18 años. En cuanto a la Enseñanza Media, sólo una $>$ de 18 años completó sus estudios y un 8,60% de \geq de 18 y 6,50% de 18 años la cursó en forma incompleta. Se desconocía el dato en 24,0% de todas las embarazadas.

Con respecto a embarazos anteriores el 70,70% de las \leq de 18 años, eran primigesta y sólo el 13,0% de las mayores.

En cuanto a los abortos en \leq de 18 años la incidencia fue de 1,80% (1 caso) y en las $>$ de 18 años un 17,40%, pero ninguno en nuestras primigestas.

En los controles de embarazo la edad gestacional más frecuente al primer control fue de menos de 23 semanas de gestación, con un 55,10% en \leq de 18 años y un 23,90% en las mayores. Aunque existe en este segundo grupo un 69,50% de datos desconocidos.

Respecto al número de controles, en las \leq de 18 años el 65,10% estaba entre regular y malo, en cambio en mayores de 18 años el 60,50% estaba entre óptimo y bueno. Creemos que esta gran diferencia se debe a la educación entregada por el equipo de salud en embarazos anteriores.

En relación al estado nutricional no hubo diferencias significativas en ambos grupos. El 60,30% en \leq de 18 y 58,80% en mayores era adecuado al inicio del embarazo y no cambia significativamente al término de éste.

En cuanto al hematocrito, la mayoría de ambos grupos se mantiene entre 34 y 39% (60,3% en ≤ 18 y 63% en > 18 años), existiendo una diferencia entre los hematocritos bajo 33% en que la incidencia en las > 18 años fue de 21,7% v/s 15,5% en ≤ 18 años. Este dato se desconocía en el 12,1% en las ≤ 18 años. Esta diferencia de hematocrito se puede deber a mayor número de menstruaciones y embarazos sin reposición adecuada.

Respecto a las semanas de gestación al final del embarazo, el mayor % se encontraba entre las 38 y 40 semanas de gestación y existe una mayor dispersión de datos en las mayores de 18 años (Tabla 1).

Tipo de parto: ambos grupos presentaron una mayor proporción de partos eutócicos, existiendo una mayor incidencia de cesárea en las ≤ 18 años (22,4% v/s 15,2% en las mayores), y la causa más frecuente fue la desproporción feto-pélvica.

Morbilidad del embarazo: las patologías más frecuentes que se observaron fueron en orden decreciente: Infecciones Urinarias, Leucorreas, Pre eclampsia, Síntomas de Aborto, ETS, Ruptura Prematura de Membranas y várices, siendo su incidencia más frecuente en las > 18 años.

En cuanto al peso del Recién Nacido, el mayor porcentaje de ambos grupos estaba entre 3-3,4 Kg, observándose una mayor tendencia a los pesos insuficientes en las madres ≤ 18 años. (Tabla 2).

Apgar: existe una marcada diferencia entre ambos grupos, existiendo un 18,9% de Apgar bajo 8 en las menores de 18 años v/s 6,5% en las mayores.

Talla: en las madres ≤ 18 años se observa una cierta tendencia a que sus hijos presenten tallas menores, existiendo un 53,4% de niños de menos de 49 cm v/s 47,8% en los hijos de madres mayores de 18 años.

Patología del Neonato: las morbilidades más comunes fueron las infecciosas, siendo francamente más frecuente en los hijos de madres > 18 años (37% v/s 10,3% en los de madres ≤ 18 años). La ictericia fisiológica se presentó con mayor frecuencia en los hijos de las madres > 18 años (34,8% v/s 12%). Malformaciones congénitas: no existe diferencia significativa entre ambos grupos con una incidencia promedio de 6,7%. Es importante destacar que dentro de las madres menores de 18 años se presentó un caso de sufrimiento fetal agudo que llevó a la muerte al feto y un mortinato de causa desconocida.

Patología del Recién Nacido (7 a 28 días). La principal causa de consulta fue de tipo infeccioso, especialmente piel y fanéreos, con una incidencia de 24,1% en los hijos de madres ≤ 18 años y 56,5% en el otro grupo. Las diarreas se presentaron solamente en 2 hijos de madres > 18 años. En cuanto a la ictericia fisiológica el número de casos (3 casos) fue el mismo para ambos grupos.

Conclusiones

De lo anteriormente expuesto, podemos destacar que a pesar de que el control del embarazo en las ≤ 18 años se evidencia en la mayoría de los casos como deficiente, no existen grandes diferencias de riesgo respecto al grupo > 18 años en cuanto a estado nutricional, hematocrito, parto, morbilidad del embarazo y patología del neonato y recién nacido, incluso en algunos de estos parámetros, los resultados demostraron mayor morbilidad del embarazo y recién nacido en > 18 años. Esta información muestra en estos aspectos una mejor situación que la que se conoce en la literatura de adolescentes en medio urbano. Esto, quizás porque en el medio rural la adolescente se encuentra más protegida por su medio familiar. Pero no podemos desconocer que a pesar de eso, la adolescente rural presentó una mayor cantidad de cesáreas y los Apgar, peso y talla del RN fueron menores que los del grupo > 18 años. Por lo tanto, el embarazo en adolescentes rurales es una situación de riesgo, aunque aparentemente el impacto sería menor que los del grupo a nivel urbano, si a ello se agregan los riesgos sociales y del entorno, igualmente constituye un problema de Salud Pública.

TABLA Nº 1

SEMANAS DE GESTACION AL MOMENTO DEL PARTO

Nº Semanas	≤ 18 años		> 18 años		Total
	n	o/o	n	o/o	n
< 35	1	1,7	0	0	1
35 – 37	4	6,9	6	13,0	10
38 – 40	43	74,1	32	69,6	75
> 40	4	6,9	6	13	10
Desconocidos	6	10,4	2	4,4	8
	58		46		104

TABLA Nº 2

PESOS EN LOS RECIEN NACIDOS (GRAMOS)

Peso (G)	≤ 18 años		> 18 años		Total
	n	o/o	n	o/o	n
< 2.000	—	—	—	—	—
2.000 – 2.400	1	1,7	—	—	1
2.500 – 2.900	13	22,4	8	17,4	21
3.000 – 3.400	30	51,8	23	50,0	53
3.500 – 3.900	13	22,4	6	13,0	19
≥ 4.000	1	1,7	9	19,6	10
	58		46		104

75. CARACTERÍSTICAS PERSONALES Y FAMILIARES DE LA ADOLESCENTE EMBARAZADA

Sra. Juana Soto, Dra. Marcela Barria, Cecilia Cabrera, M. Alicia Espinoza, Verónica Loyola, Alejandra Philippi, Verónica Rojas, M. Alessandra Zaccaria, Alejandra Zaninovic (Depto. Salud Pública, División Occidente, Facultad de Medicina, Universidad de Chile y Asociación Chilena de Protección de la Familia)

El proceso de reproducción requiere, para su desarrollo óptimo, de un organismo fisiológico y emocionalmente maduro, que permita la máxima expresión del potencial genético del producto de la concepción y que asegure a ese niño los cuidados necesarios para su crecimiento y desarrollo armónicos. Esta condición no se cumple en el caso de la adolescente embarazada, ya que ella aún está cumpliendo etapas importantes en su maduración. Es así como se consideran de alto riesgo los embarazos en niñas menores de 18 años.

Según estadísticas vitales chilenas, en 1984 el 15,20% de los nacidos vivos (38.330 niños) eran hijos de mujeres menores de 20 años, que corresponde a la definición de adolescente usada por la O.M.S. y algunos autores.

Por su magnitud y trascendencia, este tema ha sido motivo de muchas investigaciones con resultados a veces contradictorios, por lo que nos ha parecido de interés realizar el presente trabajo, que tiene como propósito conocer algunas características personales y familiares de la adolescente embarazada, así como del padre de su hijo.

Material y Método

Se encuestó, por medio de entrevista personal, a 500 adolescentes (menores de 20 años) hospitalizadas en las diferentes secciones del Servicio de Obstetricia de los hospitales San Juan de Dios y Félix Bulnes, entre Diciembre de 1984 y Marzo de 1986.

Resultados

La distribución por edad es asimétrica con un 63,80% de 18-19 años, un 30,40% de 16-17 años y un 5,80% de 15 o menos años; por otra parte el padre del niño era menor de 20 años en un 24,20% y un 70,50% tenía entre 20 y 29 años (Tabla 1). Al iniciar el embarazo, un 73,60% estaba soltera, cifra que baja a 43,20% al final de éste, a expensas de un aumento de las casadas de 15,6 a 44,40% (Tabla 2).

El nivel de instrucción correspondió a Enseñanza Básica 2º ciclo (50-80) en un 39,80%, Enseñanza Media en un 42,80% y un 1,80% no había aprobado ningún curso; la escolaridad de sus parejas fue similar. Antes de embarazarse un 57,40% realizaba labores de casa, un 15,20% trabajaba y sólo un 27,40% estudiaba.

Con respecto al uso del tiempo libre y algunos hábitos, se registró que un 38,40% practicaba deportes y un 21,60% participaba en grupos juveniles; además, un 25,20% confesó consumir alcohol y un 2,40%, drogas de preferencia en forma ocasional.

Un 96,60% de las adolescentes mantenía, antes de embarazarse, un vínculo afectivo con el padre de su hijo, principalmente "pololeo", con duración de un año o más en un 740% de los casos.

Un 11,60% rechazó su embarazo en el inicio, cifra que bajó a 1,80% al final de éste, su pareja lo hizo en un 80% al inicio y en un 3,80% al final, mientras que los padres de la niña registraron cifras de rechazo inicial de alrededor de 180%, reduciéndose a 30% al final del embarazo.

Estos embarazos fueron controlados en un 95,80% y un 50% confesó haber intentado un aborto. La disposición para amamantar fue buena en un 97,80% y en cuanto al cuidado futuro del niño, un 75,80% de las encuestadas manifestó que lo harían ella y su pareja, y en un 18,40% sería sólo ella la encargada del niño.

Con respecto a los padres de la adolescente, aproximadamente el 650% tenía 40 años o más y eran casados o convivientes en un 63,60%.

TABLA Nº 1

DISTRIBUCION POR EDAD DE 500 ADOLESCENTES EMBARAZADAS Y DEL PADRE DE SU HIJO. HOSPITALES SAN JUAN DE DIOS Y DR. FELIX BULNES, 1984-1986

ADOLESCENTE EMBARAZADA			PADRE DEL NIÑO		
Edad (Años)	Nº	o/o	Edad (Años)	Nº	o/o
12 - 13	5	1,0	19 o menos	121	24,2
14 - 15	24	4,8	20 - 29	350	70,0
16 - 17	152	30,4	30 - 39	22	4,4
18 - 19	319	63,8	40 y más	1	0,2
			No sabe	6	1,2
TOTAL	500	100,0	TOTAL	500	100,0

TABLA Nº 2

DISTRIBUCION POR ESTADO CIVIL DE 500 ADOLESCENTES AL COMIENZO Y FINAL DEL EMBARAZO. HOSPITALES SAN JUAN DE DIOS Y DR. FELIX BULNES. 1984-1986

Estado Civil	COMIENZO		FINAL	
	Nº	o/o	Nº	o/o
Soltera	368	73,6	216	43,2
Casada	78	15,6	222	44,4
Conviviente	53	10,6	62	12,4
Separada	1	0,2	--	--
TOTAL	500	100,0	500	100,0

76. EL ADOLESCENTE Y SUS MOTIVACIONES EN LA ELECCION DE CARRERA

Drs. Enrique Cancec, Christel Hanne y Sra. Sylvia Pessoa
(Escuela de Salud Pública, Facultad de Medicina, Universidad de Chile)

La adolescencia se caracteriza por ser la etapa de la vida en la cual se inician una serie de esfuerzos individuales en la búsqueda de la identidad y en la cual el sistema social ofrece sus propios mecanismos independientemente de lo que el propio sujeto decida; la selección de su pareja, de su vocación, de ocupación, pertenecen a esta etapa.

Lo anterior significa, en términos concretos, que el adolescente tiene que enfrentar y decidir sobre una serie de eventos que van a determinar su futuro. Aparece de la más alta relevancia la elección de la carrera.

Marco de Referencia

El sistema de estratificación social se presenta al individuo como una suma de roles y posiciones a los que asocia en una escala de prestigio social. Este prestigio social actúa como uno de los orientadores: lo que se relaciona con la dimensión económica y lo que se relaciona con la dimensión de reconocimiento social. Directamente ligada a esta perspectiva se encuentra la dimensión psicológica del adolescente que simultáneamente actúa también orientándolo, pero en los aspectos de la autoestima y la autorealización. Lo anteriormente establecido tiene relación con el sistema educacional y las características que asume el sistema de estratificación y movilidad social en la sociedad. En relación a la autoestima del adolescente, está relacionada con el status, pero por tratarse precisamente del adolescente, su ubicación en la estratificación social no se debe a sus logros personales sino al prestigio de sus padres. Se concluye que: diferentes grupos de referencia y pertenencia ejerzan más influencia (vecindario, familiares, grupos de iguales, etc.) sobre los sentimientos de autoestima del individuo que el prestigio social (status por adscripción). Aparentemente es más probable que entre los adolescentes las normas subculturales u otros aspectos derivados de la experiencia de factores culturales sean más importantes como determinantes de la autoestima. La orientación vocacional no es fácil relacionarla con la autoestima, pero se puede predecir hacia el mundo del trabajo, los valores, las aspiraciones y las expectativas.

Objetivos Generales del Estudio

Se trata de describir algunas características de los adolescentes que se encuentran realizando el primer año de la enseñanza superior en el área Metropolitana, relacionada con variables psicosociales, de la que se espera que informen sobre las motivaciones que tienen los adolescentes al momento de elegir la carrera.

Material y Método

Se trata de un estudio descriptivo, transversal en el tiempo, donde se recopiló datos a través de la técnica del cuestionario y cuya estructura incluyó preguntas abiertas, semiabiertas y cerradas. La población de estudio fue definida como "todos los adolescentes de primer año de la enseñanza superior perteneciente al área Metropolitana". Se obtuvo de las disciplinas científicas y tecnológicas, seleccionándose Educación y Salud. Se identificó en el área Metropolitana aquellas universidades e Institutos superiores en los cuales se imparten estas disciplinas. A partir del empadronamiento se procedió por sorteo aleatorio a la selección de las carreras que constituyeron la muestra, quedando representada por: educación parvularia, educación diferencial, pedagogía en castellano, pedagogía en matemáticas, pedagogía básica, obstetricia y puericultura y fonoaudiología. La muestra quedó constituida por 451 adolescentes estudiantes de los cuales el 82% fueron mujeres, y el 18% hombres. La distribución por sexo fue similar a las matrículas de la Universidad de Chile para 1985 en las mismas carreras (según estadísticas del Consejo de Rectores).

Resultados

1. La edad de los estudiantes presentó un promedio de 19,9 años; una mediana y modo de 19,0 años. El primer cuartil correspondió a 18 años, el segundo a los 19; el tercero a los 21 años, y el cuarto más de 21 años, con una desviación standard de 2,6.
2. Es interesante observar que el 30,90/o de los adolescentes presentaban estudios profesionales previos. De éstos el 55,50/o eran de tipo no universitario, mientras que el 44,50/o habían realizado otros estudios universitarios.
3. En cuanto a los motivos más importantes para elegir la carrera, se distribuyen de la siguiente forma: vocación, con un 40,40/o; estilo de vida, con un 260/o; por las facilidades, con un 15,50/o; influencia de un maestro, con un 10,40/o; por prestigio social, con un 4,00/o; por bienestar económico, con un 20/o, y el último, por tradición, con un 1,80/o. Estas motivaciones no parecen alterarse cuando se las relaciona con las siguientes variables: sexo, edad, carrera elegida y características de los padres.
4. Las condiciones necesarias para tener éxito en la carrera elegida se distribuyen del siguiente modo: eficiencia en el desempeño profesional, un 25,50/o; equilibrio emocional y entrega, con un 22,50/o; compromiso con la sociedad, un 15,00/o; espíritu de superación, un 13,30/o; comprensión y paciencia, 10,70/o; ética y moral, 2,70/o; responsabilidad, 1,80/o, y por último, desgaste físico y psíquico, 0,10/o.
5. Cuando esta variable se relaciona con el sexo observamos que aparecen diferencias significativas en la condición "espíritu de superación", que en el varón ocupa el 210/o y en la mujer el 11,70/o; mientras que la condición "equilibrio emocional", en el varón ocupa el 13,60/o y en la mujer ocupa el 24,30/o.
6. En relación a los estereotipos encontramos que "entrega y equilibrio emocional" tiene un 35,70/o; responsabilidad, 190/o; compromiso con la sociedad, 14,40/o; espíritu de superación, 8,90/o; desgaste físico y psíquico, con el 4,30/o; comprensión y paciencia, 3,30/o; ética y moral, 1,70/o. La introducción de las variables sexo y edad no modifica la distribución, sin embargo, la variable "carrera elegida", modifica este orden, llegando a ocupar en las carreras parvularia, castellano y básica, la condición "compromiso con la sociedad", las dos mayores frecuencias.
7. En cuanto a las condiciones que cree tener, "cree poseer algunas", 51,20/o; "todas", 43,7 por ciento; "ninguna", 2,20/o, y "no sabe", 1,30/o. Al relacionarlo con la edad, encontramos que a los 18 años se da la mayor frecuencia de no creer tener las condiciones; esto corresponde a un 4,60/o, y la menor se observa en 21 años y más. Cuando relacionamos con la variable sexo, encontramos que el no creer tener las condiciones se da en un 8,50/o en el varón y un 0,80/o en la mujer.

Conclusiones

El estudio permite algunas conclusiones sobre las motivaciones. En relación a este aspecto hay que establecer que los encuestados debían elegir tres motivos esenciales o principales dentro de 10 alternativas establecidas en el cuestionario. Esta pregunta no se realizó en forma abierta sino estructurada. En esos resultados se presenta que la categoría "vocación" obtiene la más alta frecuencia, lo que equivale en forma porcentual al 40,40/o. La vocación constituye la suma de todos los motivos que tiene un individuo para acceder una carrera, sin embargo, la vocación también representa la "profesión deseada", que resulta también de un conjunto de motivaciones entre las que se encuentran las intuitivas, afectivas y utilitarias, y son las que están privilegiando unas carreras sobre las otras.

El segundo motivo mencionado, "estilo de vida", fue mencionado 270 veces, lo que dio un porcentaje de 26,00/o; esta categoría aparece más asociada a los aspectos utilitarios que a los otros. Es probable que la alta frecuencia que obtuvo esta alternativa esté relacionada con el status socio-económico del alumno encuestado, ya que puede estar reflejando la percepción que él tiene y la sobredimensión que a ésta le otorga.

Las motivaciones también están relacionadas con las condiciones que hay que tener para el logro del éxito y los estereotipos de los profesionales de las carreras elegidas. La autoestima y el sí mismo. El estereotipo es una construcción intelectual individual que se hace utilizando el prejuicio, es probable que esto esté reflejado en las categorías seleccionadas por los encuestados.

Observamos en primer término que “el equilibrio emocional y la entrega incondicional a la labor” obtiene la mayor frecuencia; la segunda categoría que tiene mayor frecuencia es “la responsabilidad”, sin embargo tiene el 190/o, casi el 500/o más bajo de la anterior; aparecen mencionadas con cierta frecuencia (12,70/o y 14,40/o) las categorías “eficiencia” y “compromiso con la sociedad”. Las categorías anteriores reflejan los estereotipos más comunes que tendrían los adolescentes de este estudio.

Relacionado con lo anterior están las condiciones que hay que poseer para tener o lograr éxito en la carrera elegida al desempeñar el rol correspondiente. Las respuestas obtenidas demuestran que tanto la “eficiencia profesional” como el “equilibrio emocional y entrega” alcanzan la más alta frecuencia. Los autovalores que poseen los adolescentes deben reflejarse en los valores que surgen de los roles. Los valores preeminentes aparecen para ellos como los más importantes, y estos se reflejan en las categorías mencionadas.

TABLA Nº 1

CONDICIONES PARA TENER EXITO Y ESTEREOTIPO PROFESIONAL

Condición	Exito		Estereotipo	
	Nº	o/o	Nº	o/o
Responsabilidad	95	9,8	114	19,0
Equilibrio emocional y entrega	218	22,5	214	35,7
Desgaste psíquico y físico	—	—	26	4,3
Eficiencia profesional	248	25,5	76	12,7
Comprensión y paciencia	104	10,7	20	3,3
Compromiso con la sociedad	146	13,0	86	14,4
Etica y moral	26	2,7	10	1,7
Espíritu de superación	189	13,3	53	8,9
Relaciones personales	5	0,5	—	—
TOTAL	971	100,0	599	100,0

TABLA Nº 2

MOTIVACION PARA SEGUIR ESTUDIOS UNIVERSITARIOS O SUPERIORES

Motivos	Nº	o/o
Tradición familiar	26	2,3
Agrado al estudio	306	26,5
Mejorar posición socio-económica	208	18,0
Utilidad para el país y la sociedad	294	25,5
Agrado al enseñar	252	21,8
Vocación para investigación	69	6,0
TOTAL	1.155	100,0

77. PERCEPCION QUE TIENE EL ADOLESCENTE SOBRE LA ESTRUCTURACION DEL STATUS Y ROL DE LA CARRERA ELEGIDA

Drs. Enrique Cancoc y Christel Hanne y Sra. Sylvia Pessoa
(Escuela de Salud Pública, Facultad de Medicina, Universidad de Chile)

El estudio centra su análisis en la percepción que tienen los adolescentes sobre el proceso global que configura la carrera elegida. A partir de esta dimensión se interpretan las opiniones emitidas que no son producto de la experiencia, sino derivadas de una serie de internalizaciones que el individuo realiza desde el momento de su nacimiento y que se van a reflejar a través de lo que piensa, cree, valora y siente.

La estructuración del status y del rol va a ser siempre independiente de las personas que los van a ocupar, sin embargo, las personas tendrán elementos propios para juzgar las diferentes componentes. Esto se observa en la dirección que asumen las preferencias por el aprendizaje de variados roles, la reiteración de la primera elección, el cambio por otra alternativa; la búsqueda de roles más cristalizados o transparentes; el traspaso institucional, etc.

La percepción como variable independiente y asociada a otras dimensiones, presenta un comportamiento irregular, con ello deseamos decir que produce dispersiones, esto confirmaría el carácter unívoco de la misma.

La percepción asociada a componentes estructurales como la remuneración; la demanda; la utilidad social inmediata; el prestigio social; grado de información para la elección de la carrera y reiteración de la elección, ofrece nuevas perspectivas para comprender el comportamiento de los adolescentes.

Objetivos del Estudio

Pretende describir algunas características de los adolescentes y su relación con la percepción que ellos tienen, específicamente, de la posición (status) y de la función (rol) en la carrera elegida.

Material y Método

El estudio corresponde a un diseño descriptivo, transversal en el tiempo, donde se recopiló datos a través de la técnica del cuestionario. El universo del estudio correspondió a todos los adolescentes que se encuentran en carreras de estudios superiores en universidades e institutos de la Región Metropolitana. La unidad de observación correspondió a los alumnos del primer año de las carreras de educación parvularia, diferencial, castellano, matemáticas, básica, fonoaudiología y obstetricia. La muestra quedó constituida por 451 adolescentes de ambos sexos.

Resultados

1. El factor económico en la vida profesional es uno de los elementos extrínsecos al cual se le atribuye una mayor importancia, sin embargo, en el estudio sólo el 13,30/o considera a su carrera bien remunerada, mientras que el 54,30/o la encuentra mal remunerada; y un 32,4 por ciento opta por la alternativa de no saber. La percepción que tiene el mayor porcentaje de adolescentes sobre la carrera elegida en cuanto a su remuneración, es que ella no tiene una recompensa económica adecuada.
2. La percepción que se tiene de la remuneración al relacionarla con la variable sexo, demuestra que las mujeres tienen una percepción más optimista sobre la remuneración de su carrera que los hombres, en porcentaje significa un 14,10/o para las mujeres contra un 9,70/o de los hombres. Cuando consideramos la categoría "mal remunerada", la percepción de mala remuneración en la carrera aparece más optimista la mujer, ya que presenta un 49,70/o y el hombre lo hace con un 74,40/o.
3. La percepción que se tiene de la demanda social por la carrera elegida aparece en forma global que: 53,90/o considera su carrera muy solicitada; un 21,70/o no solicitada y un 24,70/o no sabe.

Cuando se asocia el sexo a la variable percepción de la demanda de la carrera elegida, aparecen las mujeres nuevamente más optimistas que los varones. Ellas presentan un 57,30/o y un 37,80/o los varones.

4. Cuando la percepción de la demanda es relacionada con la carrera elegida, observamos que la percepción que tienen los adolescentes de la carrera de educación parvularia alcanza la más alta frecuencia con un 74,40/o, seguida por educación básica y diferencial. El que presenta la más baja frecuencia corresponde a los Fonoaudiólogos.
5. La percepción sobre la utilidad inmediata que ofrece la carrera elegida indica que un 780/o la percibe como entregando utilidad inmediata al medio social, mientras que un 10,60/o afirma que no la tiene y un 10,40/o manifiesta que no sabe.
6. Al relacionar la variable percepción de la utilidad inmediata de la carrera y la variable sexo, encontramos en la alternativa "poca utilidad inmediata" diferencia significativa entre ambos sexos, donde los varones lo manifiestan en un 27,10/o contra 9,10/o de las mujeres.
7. La percepción sobre la duración de la carrera en forma global podemos apreciar que un 84,30/o no la encuentra larga; el 11,30/o la considera larga, y el 3,80/o no sabe. Al relacionarla con la variable sexo no se observan diferencias significativas.
8. La percepción sobre el prestigio social de la carrera elegida se presenta en forma global de la siguiente forma: se distribuye en forma similar la percepción positiva y negativa, casi con un 42,60/o y 41,90/o respectivamente, mientras que el 14,00/o responde que no sabe o desconoce sobre prestigio social de la carrera. Al relacionarlo con la carrera elegida observamos que el mayor porcentaje de afirmación se encuentra en las parvularias con un 58,70/o y el menor en la educación básica, con un 17,10/o. No se observan diferencias significativas con la variable sexo y edad.
9. La percepción sobre la cantidad de información que tuvo al elegir la carrera asume la siguiente distribución en forma global: un 200/o percibe que es completa en todos sus aspectos; un 47,70/o percibe que es suficiente; y un 26,40/o percibe que es incompleta, y escasa es percibida por un 4,70/o. Al relacionar esta percepción de la información con la reiteración de la carrera elegida encontramos diferencias significativas donde la alternativa "escasa información" obtiene un 3,60/o en la reiteración de elegir la misma carrera; no la reiteran en el 33,20/o.

Conclusiones

Los adolescentes en general presentan una baja percepción en cuanto a la remuneración, a la demanda, al prestigio social de la carrera elegida. La percepción es alta cuando se lleva a la carrera a una situación de utilidad social inmediata, de la misma forma cuando se trata de la duración de la carrera elegida. Sin embargo, un porcentaje de 15,50/o no reiteraría la elección de su carrera.

Pareciera que los adolescentes no necesariamente consideran correcta la valoración que la sociedad otorga a la carrera, por el contrario, existe una alta gama o variedad de mecanismos de reacción eficaz que se expresan para salvar la autoestima frente a la baja valoración que la sociedad hace de ellas.

CUADRO Nº 1

PERCEPCION DEL PRESTIGIO SOCIAL DE SU CARRERA

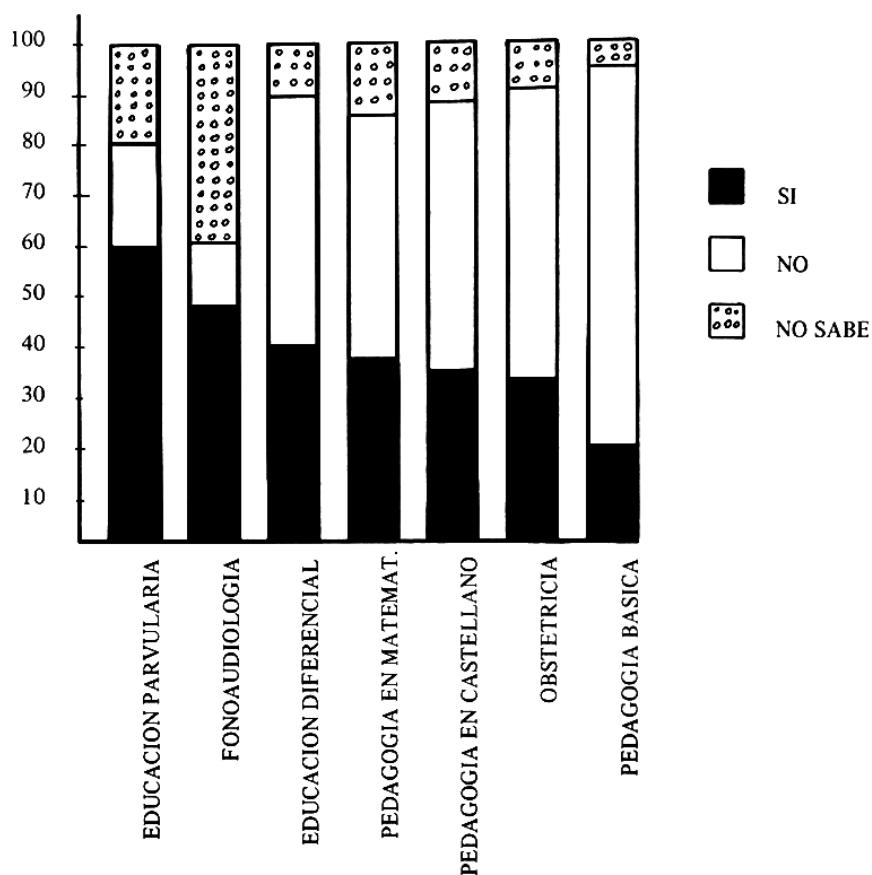


TABLA Nº 1

**PERCEPCION DEL GRADO DE INFORMACION PARA ELEGIR LA CARRERA
SEGUN REITERACION DE ESTA**

Grado de información	REITERACION DE CARRERA						TOTAL	
	No sabe		Sí		No		No o/o	
	No	o/o	No	o/o	No	o/o		
Completa	—	—	80	21,9	10	14,2	90	10,0
Suficiente	9	56,3	173	47,4	33	47,2	215	47,7
Incompleta	5	31,3	94	25,7	20	28,5	119	26,3
Escasa	1	6,2	13	3,6	7	33,2	21	4,7
No sabe	1	6,2	5	1,4	—	—	6	1,3
TOTAL	16	100,0	365	100,0	70	100,0	451	100,0

78. UN INSTRUMENTO PARA EL ESTUDIO DE CARACTERÍSTICAS PSICOSOCIALES DE LA ADOLESCENCIA

Sras. Nina Horwitz e Isabel Ringeling y Dr. César Jara
(Depto. Psiquiatría y Salud Mental, División Oriente, Facultad de Medicina, Universidad de Chile)

La adolescencia, entendida como una etapa crítica dentro del proceso de formación de la personalidad, conlleva una alteración del equilibrio previo, en el que los recursos personales habituales se tornan insuficientes o inadecuados para enfrentar una nueva situación de alta exigencia. Uno de los cambios más notorios en el estilo de vida del adolescente está relacionado precisamente con la frecuencia y tipo de vinculaciones sociales. Este hecho se asocia en grado variable con la incertidumbre que provoca la falta de familiaridad con las expectativas de la sociedad.

La sociedad dispone de agentes o recursos cuya función es facilitadora del cumplimiento de tareas y protectora del estado de salud de sus miembros. Desde este punto de vista el adolescente recibe apoyo, orientación y recursos de su familia, de la institución educacional y del grupo de pares. Estos tres grupos sociales configuran los componentes fundamentales de su sistema de apoyo social.

La superación de las crisis y la adquisición de nuevos recursos son problemas que el adolescente resuelve en las cosas cotidianas del vivir en estrecho contacto con el ambiente socio-ecológico en el cual está inmerso. Como mediador entre el individuo y su medio, las acciones de Promoción de Salud hacen posible que el adolescente pueda elevar gradualmente su capacidad para satisfacer necesidades y aspiraciones personales junto con favorecer su adaptación a situaciones nuevas. Desde esta perspectiva la salud es vista más como un recurso personal y social que como un objetivo de vida. (Figura 1).

Metodología y Resultados

Para obtener información sobre el perfil psicosocial de los adolescentes se confeccionó un cuestionario o cédula anónima auto-administrado que consta de 4 partes y 59 preguntas en total. Se explora: identificación y datos familiares, características personales, problemas de salud y grado de conocimiento del adolescente sobre la etapa que está viviendo.

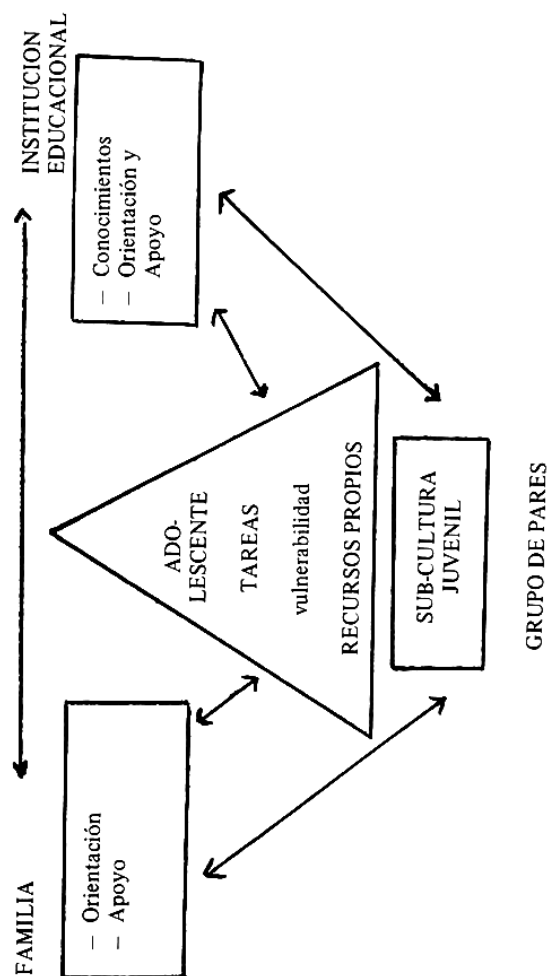
El cuestionario fue aplicado a una muestra intencionada de 107 alumnas de un colegio particular femenino de estrato medio de la comuna de Ñuñoa. 49 alumnas cursaban 6º año básico, 720/o de las cuales tenían 11 años y 58 alumnas de 4º medio con una edad promedio de 17 años. El objetivo fue averiguar si el instrumento es capaz de discriminar entre ambos grupos etarios en cuanto a algunos indicadores psico-sociales básicos. Esta propiedad es condición indispensable para proceder posteriormente a la descripción de las características psicosociales en la adolescencia desde el punto de vista evolutivo.

Los resultados muestran diferencias estadísticamente significativas entre los dos sub-grupos, especialmente en aspectos de evaluación personal e interacción con los principales grupos de referencia. Estos hallazgos parecen corroborar que los problemas de auto-imagen, asertividad, identidad y confianza en otros significativos se superan con el desarrollo cuando existe un buen apoyo social. (Tablas 1 y 2).

Se plantea hacia adelante la necesidad de completar la información incluyendo grupos etarios intermedios con el fin de obtener un perfil global del período y pesquisar las fluctuaciones en las tendencias anotadas. Es necesario repetir la experiencia en adolescentes de distinto nivel socio-económico, especialmente en jóvenes de estrato bajo y de ambos sexos.

La utilidad de instrumentos de esta naturaleza es disponer de información básica para comparar diversos grupos de adolescentes en población general, así como también con consultantes en el nivel de atención primaria.

FIGURA 1



PROMOCION DE SALUD

TABLA Nº 1
AUTOIMAGEN Y ASERTIVIDAD

PERCEPCION AUTOIMAGEN	6º Básico		4º Medio	
	Nº	o/o	Nº	o/o
Positiva	29	59	44	76
Negativa	14	29	8	14
Sin puntaje	6	12	6	10
ASERTIVIDAD				
	Nº	o/o	Nº	o/o
Asertiva	7	14	29	50
Asertividad Mediana	29	60	26	45
Asertividad Baja	7	14	—	—
S/Puntaje	6	12	3	5
TOTAL	49	100	58	100

Diferencias significativas al 0.05

TABLA Nº 2
GRADO DE CONFIANZA DEPOSITADO EN LA RED DE
APOYO SOCIAL Y RECHAZO DE PARES

GRADO DE CONFIANZA	6º Básico		4º Medio	
	Nº	o/o	Nº	o/o
Confía	7	14	19	33
Confía poco	31	63	36	62
No confía	10	20	3	5
Sin puntaje	1	2	—	—
TOTAL	49	100	58	100
* Diferencias significativas al 0.05				
RECHAZO DE PARES	6º Básico		4º Medio	
	Nº	o/o	Nº	o/o
Sin rechazo	32	65	51	88
Con rechazo	13	27	2	3
Sin Puntaje	4	8	5	9
TOTAL	49	100	58	100

** Diferencias significativas al 0.01

79. CENTROS DE ADOLESCENCIA. UN CAMINO A SEGUIR

Drs. Roberto Lailhacar y Patricia Montenegro y Sra. Ana Puz
(Clínica Psiquiátrica, Universidad de Chile)

Desde el punto de vista de Salud Mental, el problema de la farmacodependencia constituye un importante y grave problema a la sociedad y en especial al adolescente, que es un terreno propicio a caer en el consumo de drogas, por esta búsqueda de su identidad, especialmente cuando no existe en su contorno una familia, un sistema educacional, laboral que lo guíe.

Esta farmacodependencia, trae consigo un sinnúmero de consecuencias que se refleja en un costo social y económico (mayor índice de morbilidad, en especial en el rubro Accidentes, Envenenamientos y Violencias, ausentismo y/o deserción escolar o laboral, quiebre de la unidad familiar etc.).

El conocimiento de la magnitud real del consumo de alcohol y drogas es muy difícil, ya que cada una de las metodologías empleadas no son comparables o confiables, especialmente cuando se utiliza el sistema de encuesta.

Las cifras a nivel local, van de los antiguos trabajos de alcoholismo de Horwitz el año 58, hasta el estudio de prevalencia de Pellavicini-Legarreta el año 85, sobre drogas específicamente de marihuana, de 6,90/o de adolescentes escolares, hasta un 140/o en estudios similares en el área Norte de Santiago. El Neoprene tiene cifras tentativas entre un 3 y 80/o; para el caso de anfetaminas, un 7,90/o y un 50/o cuando el consumo es de dos o más drogas.

Es conocido el interés por el uso indebido de drogas y alcohol en el adolescente, y es acá donde se hacen evidentes las recomendaciones de la tercera Reunión Especial del Ministerio de Salud de las Américas, disminuyendo la tendencia al alcohol y farmacodependencia a través de distintos niveles de atención (primaria, secundaria y terciaria).

Existe una nueva corriente mundial que fomenta Centros Comunitarios de Salud Mental, para abordar los problemas de Salud en un determinado país, región, población o área. Esta nueva modalidad se caracteriza porque el equipo de Salud Mental se hace plenamente responsable de la prevención de la patología psiquiátrica en un determinado sector y asume la responsabilidad de rehabilitar a sus pacientes.

Es por esto que nuestro país no está alejado de una inquietud internacional, y creó en 1982 la Comisión Nacional de Drogas bajo el Decreto Supremo 871 del 13 de Junio (su organización se observa en la Figura 1), cuyo objetivo es otorgar un trato humano y digno a la juventud que abusa de drogas y alcohol, o juventud de alto riesgo, coordinando acciones con distintos Ministerios en la prevención, control, tratamiento oportuno y rehabilitación de esta población.

El objetivo central de este trabajo es dar a conocer una alternativa o camino a seguir con la población adolescente, y en especial la consumidora de drogas, en lo que respecta a su origen histórico, cómo ha ido creciendo y variando de acuerdo a cada realidad comunal; dar una información estadística de las diversas actividades realizadas en un Centro de Adolescencia, con la dificultad que conlleva la evaluación parcial y total de éstas (Tabla 1). Finalmente, promover un nuevo sistema de registro que refleje más claramente los objetivos del centro, con el fin de planificar a mediano y largo plazo, nuevas estrategias en una población (la adolescente) que siempre ha estado marginada de programas específicos, especialmente en el Sector Salud, y por otro lado estar llano a tomar en consideración cualquiera sugerencia que parta de organizaciones o personas interesadas en el joven adolescente.

FIGURA No 1

ORGANIZACION Y DEPENDENCIA DE LOS
CENTROS DE ADOLESCENCIA

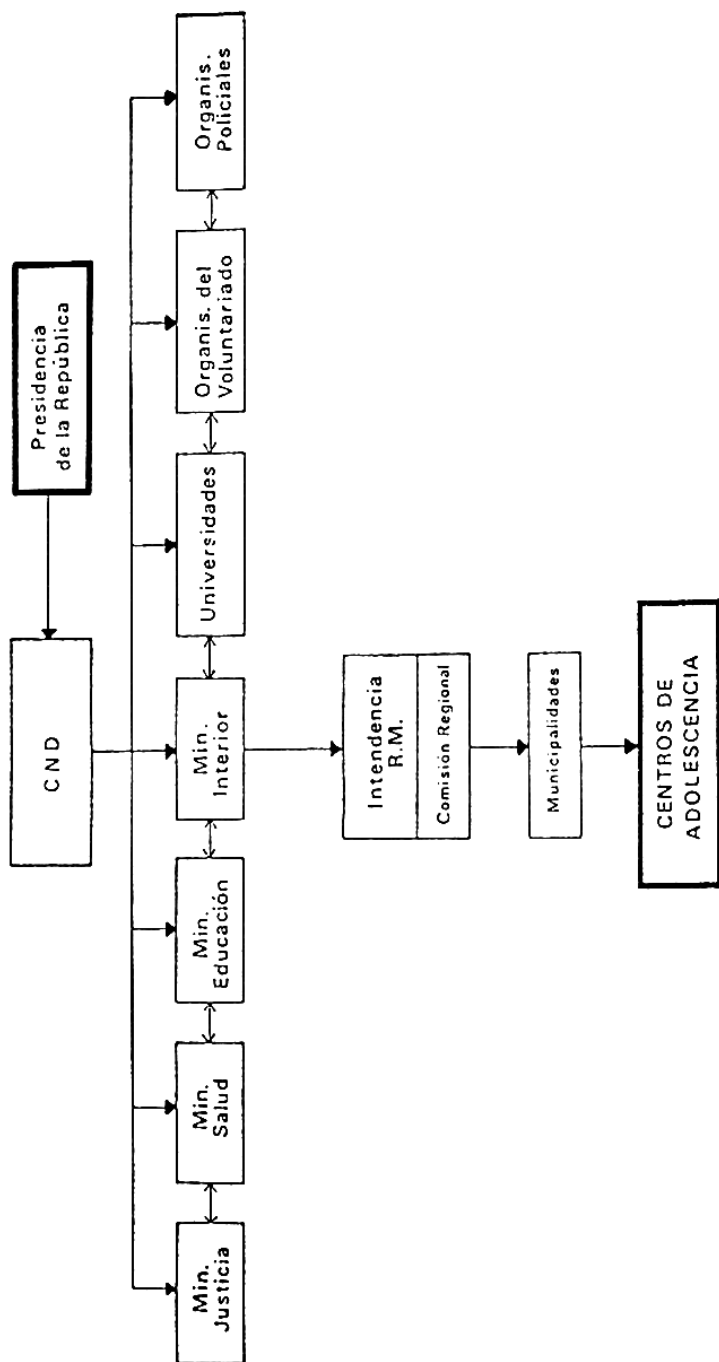
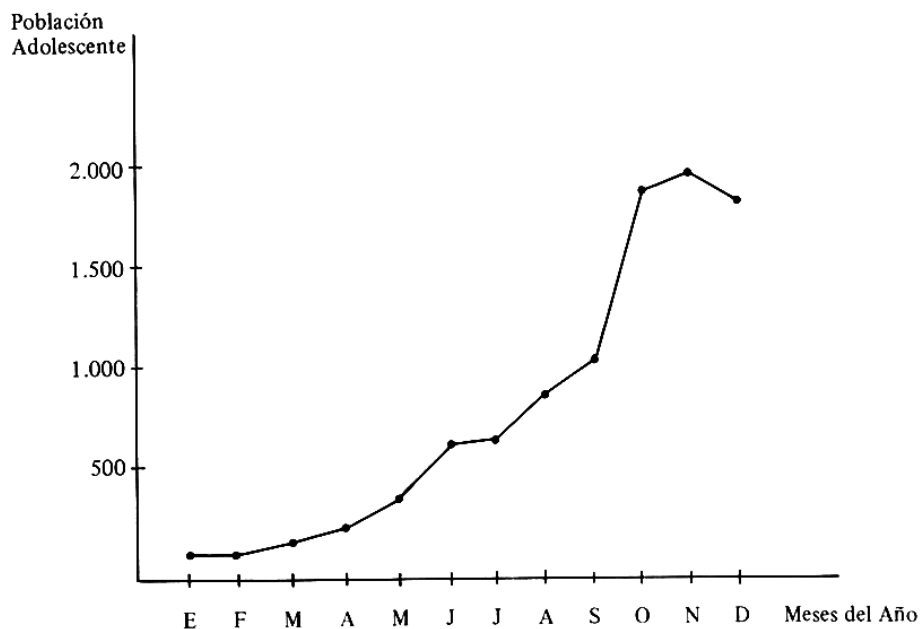


TABLA Nº 1

POBLACION ADOLESCENTE ATENDIDA EN EL AREA MEDICO PSICOLOGICA 1985



80. MAGNITUD DE LAS ENFERMEDADES PROFESIONALES EN CHILE

Drs. Arlene Jacial y Enrique Canceo

(Instituto de Salud Pública y Escuela de Salud Pública, Facultad de Medicina, Universidad de Chile)

Las enfermedades profesionales (E.P.) significan generalmente un desequilibrio entre huésped y ambiente de evolución lenta e insidiosa, provocada por la naturaleza o las condiciones del trabajo y contraídos durante el desarrollo del mismo. Aunque si bien es el indicador clásico de este desequilibrio, en Chile y los demás países de América Latina no se conoce la magnitud del problema ocasionado por la E.P.

En Chile la ley 16.744 promulgada en 1969 reglamenta las funciones que en ese momento se consideraban adecuadas para prevenir los daños de salud ocasionados por el trabajo (entre ellos la E.P.).

Los administradores nominados para otorgar los beneficios de la ley son: Sistema Nacional de Servicios de Salud (S.N.S.S.), Servicio de Seguro Social (S.S.S.), Mutualidades de Empleadores (M.E.), Organismos de Administración delegado O.A.D. y Cajas de Previsión (C.P.).

La legislación en relación a la prevención del daño contiene actividades de evaluación y control de las condiciones de Higiene y Seguridad en los lugares de trabajo junto con la evaluación médico legal del enfermo, quedando un vacío en las actividades preventivas de Medicina del Trabajo.

Material y Método

Se trata de un estudio descriptivo que cuantifica y compara las denuncias de E.P. notificadas en Chile en la población trabajadora protegida por la ley 16.744 durante el período comprendido entre los años 1977 y 1983.

El universo está constituido por todos los trabajadores afectos a dicha ley que para el año 1983 correspondió a 1.599.838, pertenecientes a: S.N.S.S., S.S.S., M.E., O.A.D. y C.P. La información fue obtenida de los anuarios del Instituto Nacional de Estadísticas (INE) y del Ministerio de Salud.

Resultados

1. La denuncia de E.P. para 1983 en la población trabajadora protegida por la ley 16.744 es de 6.955 casos, lo que equivale a una tasa de 4,35 enfermedades por 1.000 trabajadores.
2. La notificación de E.P. efectuadas por las mutualidades tiene una tasa de 7,67 mientras que el S.N.S.S.-S.S.S. sólo alcanza a 0,63 por 1.000 trabajadores.
3. La proporción de denuncias globales de E.P. en el período 1977-1983 en Chile nos muestra un aumento de 4 veces, el cual ha sido generado principalmente por las mutuales quienes han tenido un incremento de 5,5 veces, y los servicios de administración delegada con 1,6 veces, mientras que el S.N.S.S.-S.S.S., al igual que las Cajas de Previsión se han mantenido en el nivel basal del año 1977.
4. En el supuesto que la población afiliada al S.N.S.S.-S.S.S. presentara condiciones de riesgo similares (tipo de empresa, faena, higiene y seguridad industrial, acceso a la atención médica, características de los individuos, etc.) a los trabajadores de empresas adheridas a las mutualidades (vale decir si su tasa de morbilidad profesional fuera de 7,7 por 1.000 trabajadores) la magnitud de E.P. esperados sería de 5.692 en lugar de los 465 que fueron denunciados en el año 1983, lo que equivale a un déficit de registro de 91,90/o.
5. El número de denuncias de E.P. en los diferentes ramos de la actividad económica en el período 1975-1983 destaca el incremento en el comercio, servicio, transporte, agricultura y construcción, en los cuales el índice respectivo de aumento es: 178, 14, 46, 7 y 4; minería no presenta variación.
6. La frecuencia de denuncias de E.P. por grupo diagnósticos el año 1983 y su tendencia entre 1975 y 1983 es la siguiente:
 - 1) Enfermedades del Ojo y Conjuntivitis alérgica con 1.614 (23,20/o) con un aumento de 3 veces;

- 2) Enfermedades osteomusculares y reumatológicas con 1.502 casos (21,60/o) con un aumento de 48 veces;
- 3) Dermatitis Ocupacionales con 1.189 casos (17,10/o) con un aumento de 3 veces. El resto de las enfermedades denunciadas constituidas por intoxicaciones, bronconeumopatías, sordera, laringitis crónica y neurosis con 656 casos (9,30/o). Es destacable cómo los diagnósticos ignorados y/o mal clasificados corresponden a 1.994 casos (28,5 por ciento) que desde 1979 al año 1983 han aumentado en 7,7 veces.

Conclusiones y Comentarios

Los E.P. más frecuentes en Chile son: Oculares y conjuntivitis alérgicas, reumatológicas y osteomusculares y los dermatosis ocupacionales.

Las denuncias de E.P. presentan un importante subregistro, correspondiéndole el mayor porcentaje (910/o) al S.N.S.S.—S.S.S., este déficit se agrava aún más por la mala calidad de la denuncia.

Algunas de las causas de esta situación podrían encontrarse en: falta de Servicios de Medicina del trabajo estatales equivalente a los creados por las Mutualidades como consecuencia de un vacío legal, escasa formación de Pre-grado en Medicina del trabajo y falta de interés de la mediana empresa para implementar actividades de Medicina Preventiva general y del trabajo, lo que incide en carencia de fuentes laborales suficientes que incentiven a los profesionales a realizar estudios de post-grado en estas materias.

TABLA Nº 1

PROPORCION DE DENUNCIAS DE ENFERMEDADES PROFESIONALES POR ORGANISMOS NOTIFICADORES EN EL PERIODO 1977—1983 EN CHILE

Año	Instituciones Notificadoras de Enfermedades Profesionales									
	S.N.S.		Servicios Delegados		Cajas de Previsión		Mutuales		Total	
	Nº	o/o	Nº	o/o	Nº	o/o	Nº	o/o	Nº	o/o
1977	469	27,9	37	2	—	—	1.174	69,9	1.680	100
1978	795	37,8	23	1,0	18	0,9	1.269	60,3	2.105	100
1979	963	29,1	24	0,7	27	0,8	2.293	69,3	3.307	100
1980	687	16,8	46	1,1	45	1,1	3.322	81,0	4.100	100
1981	523	8,4	36	0,5	13	0,2	5.687	90,9	6.259	100
1982	385	7,4	41	0,8	13	0,2	4.787	91,6	5.226	100
1983	465	6,6	61	0,9	18	0,3	6.411	92,2	6.955	100

* Fuente Anuario de Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales. Ministerio de Salud 1977—1983.

81. AUSENTISMO LABORAL Y ESCOLAR POR PROBLEMAS ODONTOLÓGICOS EN LA COMUNA DE RENCA

Drs. Erika Hernández y Tania Urbina
(Facultad de Odontología, Universidad de Chile)

Pocos investigadores han analizado el impacto social de las enfermedades orales, aunque hay autores que han descrito algunos indicadores sociodentales, dentro de los que se puede destacar el ausentismo laboral y escolar, ya que éste es cuantificable y fácil de analizar y porque el trabajo provee las bases de la autoimagen y autoestima. Las enfermedades orales afectan el trabajo y estudio por sus síntomas clínicos, su prevención, tratamiento y aspectos psicológicos.

En Chile no existen estudios al respecto, de ahí que los objetivos de este trabajo fueron determinar la magnitud del ausentismo laboral y escolar por problemas odontológicos y compararlos con el ausentismo laboral y escolar por problemas médicos, en una comuna de Santiago.

Para ello se encuestó a 120 familias de la comuna de Rencá, y se incluyó exclusivamente a las personas que trabajaban y estudiaban.

La encuesta incluía preguntas en relación a ausencias del trabajo o clases por enfermedades generales o problemas bucales y los días que debieron ausentarse por esta razón. En el aspecto odontológico se agregó el número de horas perdidas, situación que se presenta con frecuencia por tratamiento odontológico.

El estudio se refirió a un período de 15 días previos a la encuesta, obteniéndose información de 594 personas, de las cuales 198 eran trabajadores y 171, estudiantes.

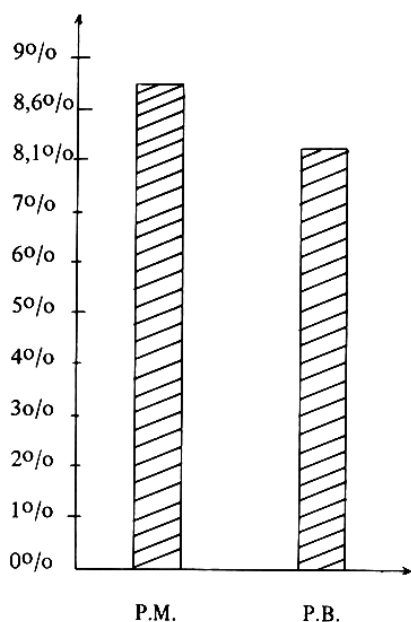
Entre los resultados obtenidos se puede destacar que:

- Del total de 198 trabajadores encuestados, el 23,0% (46 trabajadores) estuvo enfermo y el 8,6% (17 trabajadores) debió ausentarse de su trabajo.
- Del total de 171 estudiantes, el 42,0% (71 niños) estuvo enfermo en el período en estudio y el 28,0% (48 niños) debió faltar a clases por enfermedad.
- Del total de 198 trabajadores, el 22,0% (42 trabajadores) tuvo problemas orales y el 8,1% (16 trabajadores) debió ausentarse de sus labores por este motivo.
- Del total de 171 estudiantes, el 14,0% (23 niños) tuvo problemas bucales y el 7,6% (13 niños) debió faltar a clases por estos problemas.
- Al comparar el ausentismo laboral por problemas médicos y odontológicos se observó que las horas perdidas por problemas médicos representan 12,7 veces más que las horas perdidas por problemas bucales.
- Con los escolares, la ausencia por problemas médicos es 12,2 veces mayor que la ausencia por problemas bucales, expresado en horas.

A la luz de la información obtenida en este estudio, parece interesante continuar investigando la magnitud del impacto social de las enfermedades bucales y analizarlo en relación al tiempo y a otros factores como nivel socio económico, atención recibida, etc.

GRAFICO Nº 1

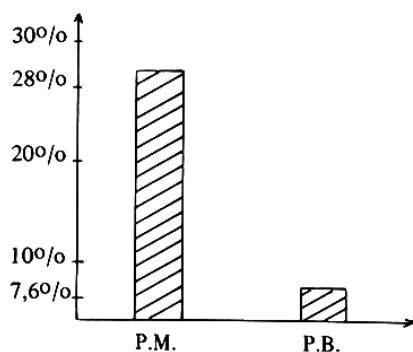
AUSENTISMO LABORAL POR PROBLEMAS MEDICOS Y DENTALES EN 2 SEMANAS



EN ESTE GRAFICO SE OBSERVA QUE EL PORCENTAJE DE AUSENTISMO LABORAL POR PROBLEMAS MEDICOS Y BUCALES ES SIMILAR.

GRAFICO Nº 2

AUSENTISMO ESCOLAR POR PROBLEMAS MEDICOS Y DENTALES EN 2 SEMANAS



EL AUSENTISMO ESCOLAR ES 3,4 VECES MAYOR POR PROBLEMAS MEDICOS QUE POR PROBLEMAS BUCALES.

TABLA Nº 1**AUSENTISMO LABORAL Y ESCOLAR POR PROBLEMAS BUCALES,
POR DIAS U HORAS, EN 2 SEMANAS**

Ausentismo	Laboral		Escolar	
	Nº	o/o	Nº	o/o
Sí	16	8,1	13	7,6
No	182	91,9	158	92,4
TOTAL	198	100	171	100

82. CONTAMINACION ACUSTICA

Dr. Eduardo Correa y Sr. Moisés Fernández
(Armada de Chile, Dirección de Sanidad Naval)

Hace aproximadamente 2.500 años, Plinio "el viejo", describe por primera vez la relación entre la exposición a ruidos intensos y la hipoacusia. Sus estudios los realizó entre quienes vivían cerca de cataratas y otras caídas de agua.

Hoy en día, pocas personas viven cerca de fuentes naturales de ruido, pero la revolución industrial trajo consigo la contaminación acústica que ya rebasó las áreas de trabajo, invadiendo el hogar y el medio ambiente en que vivimos.

En Chile, el Decreto Nº 199 del 16 de Agosto de 1978, de la Ley 16.744, establece los tiempos de exposición laboral a diferentes intensidades de ruido.

En la vida naval, el daño acústico puede ser debido a exposiciones breves, intensas y repetitivas, o bien por exposiciones crónicas a ruidos de intensidad moderada pero tóxica, pudiendo ambos producir microtraumatismos acústicos que van provocando una pérdida progresiva de células ciliadas, lo que conduce a un deterioro irreversible. Una forma de atenuar el daño celular es impedir la "fatiga auditiva residual", lo que se logra con 16 horas de "reposo auditivo" después de una jornada de trabajo sometido a niveles tóxicos de ruido, silencio que en la práctica no existe en ninguna área del buque, navegando ni en puerto.

Material y Método

El estudio se dividió en dos etapas.

En primer lugar se procedió a hacer, en un buque de la Escuadra Nacional, cinco mediciones de la intensidad de ruidos en todas las áreas y departamentos de éste. Se usó un Sonómetro de precisión marca Bruel, tipo 2203, midiendo en respuesta lenta con filtro externo las frecuencias entre 125 y 8.000 Hz.

Luego se tomó, en forma aleatoria, al 81% de la dotación del buque, los que fueron sometidos a una audiometría colectiva con un Audiómetro MK-MAIKO MA. Los casos positivos en este examen fueron sometidos a una audiometría en cámara silente, utilizando un Audiómetro MK-MAIKO 24-B.

Resultados

La Tabla Nº 1 muestra la contaminación acústica en los diferentes sectores del buque, divididos en sectores de trabajo, descanso y recreación y de reposo.

En los sectores de trabajo llama la atención el nivel de ruidos a que está expuesto el personal de los departamentos de Operaciones, Ingeniería y Artillería. Sin embargo, los primeros, por su tipo de trabajo, no pueden protegerse durante las horas laborales con dispositivos de seguridad. Diferente es el caso de los ingenieros y artilleros, en quienes la protección auditiva no interfiere con su trabajo.

La intensidad promedio de ruidos en áreas de descanso y recreación es de 74 decibeles, no bajando de 62 en ningún momento.

En sectores de reposo, la intensidad promedio de ruido es de 60 decibeles, llegando a 82 decibeles en algunos lugares.

Navegando no encontramos áreas del buque que presenten ruido ambiental menor de 55 decibeles, por lo que es prácticamente imposible impedir la "fatiga auditiva residual" en el personal expuesto a ruidos muy intensos y que no usa una adecuada protección auditiva.

La audiometría colectiva dejó de manifiesto que el 22% de la dotación presenta trauma acústico de intensidad variable, cifras que son confirmadas por la audiometría en cámara silente, la que arrojó sólo un 4% de falsos positivos.

Encontramos que el 42% del personal del departamento de Operaciones presentaba trauma acústico, compartiendo el segundo lugar los departamentos de Ingeniería y Artillería, con un 23% de su personal afectado (Tabla Nº 2).

Se demostró una relación directa entre años de servicio abordo y daño acústico, relación que se presenta por igual en todos los departamentos.

Conclusiones

A bordo, la exposición a ruidos intensos es importante, no existiendo áreas donde el nivel de ruidos sea suficientemente bajo para impedir una "fatiga auditiva residual".

Los resultados mostrados nos llevan a pensar que se trata de un problema grave, del cual no existe, por ser prácticamente asintomático hasta muy avanzada la enfermedad, una real conciencia del peligro que encierra la contaminación acústica.

Es indispensable crear conciencia a toda la tripulación de la conveniencia del uso de protectores auditivos externos en sectores donde los niveles de ruidos sean peligrosos, así como fomentar el uso de dispositivos auditivos endoaurales reusables en áreas de reposo y descanso, con lo que se podría disminuir el daño acústico e impedir la "fatiga auditiva residual".

TABLA Nº 1
CONTAMINACION EN DIFERENTES SECTORES DEL BUQUE

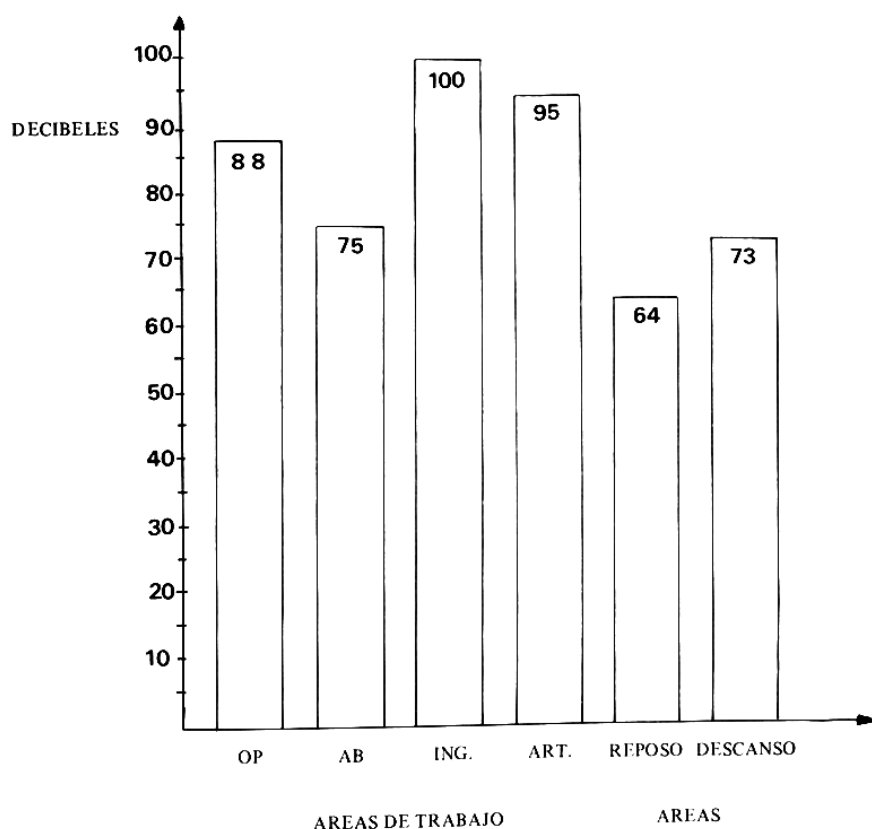
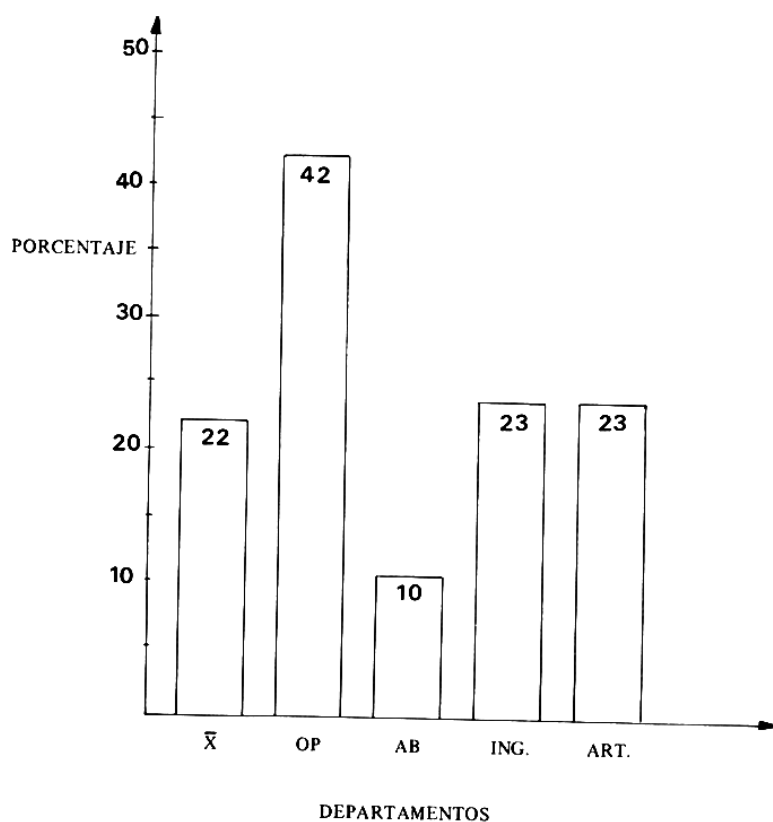


TABLA Nº 2
TRAUMA ACUSTICO SEGUN DEPARTAMENTOS



83. INFLUENCIA DE LA CONTAMINACION AMBIENTAL SOBRE ALGUNOS INDICADORES BIOLOGICOS EN ESCOLARES DE SEXO MASCULINO *

Srs. Fernando Ruiz, Alex Trier, Luis Videla, Dr. Nelson Vargas y Srs. Claudio Silva y M. Adriana Parra
(División Occidente, Facultad de Medicina, Universidad de Chile y Depto de Física y Matemáticas,
Universidad de Santiago de Chile)

Para evaluar el impacto biológico de la contaminación del aire en seres humanos, se comparan variables hematológicas e inmunológicas en dos poblaciones de escolares varones (10 a 14 años), sometidos a diferentes grados de polución: 114, provenientes del Instituto Nacional de Santiago (IN), con residencia de un año o más en las comunas centrales de la ciudad, y 51, provenientes y residentes en María Pinto (MP). Se descartaron los enfermos agudos y crónicos, los fumadores y los que ingerían medicamentos.

Ambas poblaciones difirieron en masa corporal (medida por índice de Quetelet), peso, talla y hematocrito. Estas variaciones fueron ajustadas con un análisis de covarianza para medir mejor los cambios en las variables de interés real.

La calidad del aire fue significativamente diferente; con mayor número de partículas respirables e inhalables en IN, en Si, K, Fe y, en especial, en Pb y S (4,9 y 7,6 veces más, respectivamente); medida por fluorescencia de rayos X.

En el área inmunológica no se detectaron diferencias significativas en los niveles de inmunoglobulinas séricas (IgG, IgM e IgA) ni en IgA secretora, medida en saliva, como tampoco en el factor C₃ del complemento. El nivel de C₄ fue significativamente menor en IN ($24,6 \pm 8,8$ versus $26,7 \pm 7,2$) ($p: < 0,05$).

Al estudiar los macrófagos en sangre periférica el índice de fagocitosis (IF) fue mayor en María Pinto ($3,5 \pm 0,5$ versus $1,8 \pm 0,8$) ($p: < 0,01$), mientras ocurrió lo inverso con el porcentaje de killing (o/o k), el que fue mayor en IN ($20,3 \pm 17,2$ versus $8,9 \pm 4,3$) ($p: < 0,01$). De este modo el producto (IF) x (o/o k) fue similar en ambas localidades, aunque en IN hubo un número menor ($p: < 0,01$) de leucocitos ($6\ 033 \pm 1\ 504$ versus $7\ 824 \pm 1\ 704$).

La capacidad antioxidante del plasma fue menor ($p: < 0,01$) en IN ($36,5 \pm 20,2$ versus $59,5 \pm 17,4$).

Una interpretación posible de estos hallazgos es la aparición de un estrés oxidativo en la sangre y plasma de los sujetos del sitio contaminado conducente a una disminución de la capacidad antioxidante. Por otra parte, es posible que el producto (IF) x (o/o K) sea una constante homeostática que no se altere en los niveles de contaminación estudiados.

* Estudio financiado por FONDECYT (Proy. 1151 - 84) y DIB (U.CH.) B - 1860

TABLA Nº 1

COMPARACION DE CALIDAD DEL AIRE

Elementos	Relación IN (16) / MP (9)	
	PARTICULAS	
	Finas o Respirables	Gruesas o Irrespirables
	(d < 2,5 um)	(d < 15 um)
Si	2,5	1,0
K	2,0	0,8
Fe	1,7	1,0
Pb	4,9	—
S	7,6	7,6

(Medición por fluorescencia de rayos X)

TABLA Nº 2

**CAPACIDAD DE FAGOCITOSIS, ACTIVIDAD ANTIOXIDANTE DEL PLASMA
Y NUMERO DE LEUCOCITOS EN AMBAS POBLACIONES**

	I. Nacional		María Pinto		p
Cap. antioxidante plasma (o/o)	36,5	± 20,2	59,5	± 17,4	0,01
Leucocitos x mm ³	6.033	± 1.504	7.824	± 1.704	0,01
Indice de fagocitosis	1,8	± 0,83	3,5	± 0,52	0,01
o/o Killing	20,3	± 17,2	8,9	± 4,3	0,01

84. CONOCIMIENTOS ACERCA DE SANEAMIENTO BASICO E HIGIENE CORPORAL EN ALUMNOS DE LA ESCUELA DE TUNCAHUE

Carlos J. Barrientos, Holger Christensen, Luis G. Farmer, Jorge González, Oscar Alarcón.
(División Sur, Facultad de Medicina, Universidad de Chile)

Tuncahue, comunidad rural, es un poblado cuya principal fuente de trabajo es la fruticultura. Pertenecer a la Provincia de Cachapoal, VI Región. La salud depende del Departamento de Salud de la Ilustre Municipalidad de Codegua y del Servicio de Salud VI Región. Cuenta con una población de aproximadamente 1.600 personas, con un 100% de población rural. Existe en el campo educacional, una escuela que alberga a 86 alumnos, desde 1º año básico a 6º año básico, contando con una dotación de tres profesores.

Como objetivo se planteó determinar el nivel de conocimientos sobre saneamiento básico e higiene corporal existentes en alumnos de 4º año a 6º año de enseñanza básica (29 alumnos) de la Escuela G-87 de Tuncahue, en diciembre del año 1985, tras tres años de desarrollo de un programa docente asistencial de Internado Rural de la carrera de Medicina sobre esta población.

Se contó con cinco Internos de Medicina y formularios de preguntas acerca de los temas, para encuestar la población propuesta, proporcionados por el Departamento de Educación Municipal (DEM) de Codegua.

Durante el mes de noviembre se probó la encuesta a un 100% de la población propuesta sin encontrar errores del método utilizado. Posteriormente la información fue procesada y tabulada.

Existe un buen grado de conocimientos, 72,40% en lo que se refiere a la importancia del lavado de manos y la oportunidad de hacerlo, e importancia del lavado de cabello y frecuencia adecuada, 82,70%.

En general, los daños que puede provocar el agua de consumo sin hervir son conocidos por la población en un 93,10%.

En lo referente a disposición de excretas, un 82,70% tiene un buen nivel de conocimientos.

En el ítem eliminación de basuras existe un 48,20% de la población con conocimientos adecuados, un 41,30% con conocimientos deficientes y un 10,30% con bajísimo nivel de conocimientos.

En lo referente al rol de las moscas como vectores de enfermedades, un 98,50% demostró tener un buen nivel de conocimientos, algo similar ocurriría con el ítem disposición de excretas, con un 82,70%.

Existe un escaso nivel de conocimientos en lo referente a lavado de dientes en un 34,40%.

El nivel de conocimientos generales en relación a ambos temas es bueno, no se observaron alumnos con un nivel excelente ni tampoco muy bajo.

Es fundamental promocionar en los alumnos un conocimiento más adecuado acerca de eliminación de basuras e higiene bucal, y mantener programas de educación continua en esta población.

85. CONTAMINACION GENETICA DEL AMBIENTE

Sergio Jaramillo

(Depto. de Ciencias Básicas, Instituto Profesional de Chillán)

Partiendo del concepto que contaminante es todo aquel "recurso que se encuentra en cantidades excesivas en un lugar inadecuado y en un momento inoportuno", el autor, apoyado con una extensa revisión bibliográfica nacional y extranjera (247), y con las conclusiones de sus propias investigaciones en el campo de la epidemiología de bacterias entéricas Gram negativas resistentes a diferentes antimicrobianos, provenientes de alimentos, del hombre y de animales domésticos y silvestres, postula que los Plásmidos de Resistencia (DNA extracromosomal bacteriano) cumplen con las características que definen al contaminante. El autor infiere con ello, que el hombre y los animales, así como los alimentos de consumo diario, están sometidos al riesgo que sus bacterias (saprófitas, oportunistas, patógenas) adquieran resistencia a uno o varios antimicrobianos, con las implicaciones que de ello se derivan, lo que constituye a su juicio una "Contaminación Genética del Ambiente".

Se analiza como primera premisa definida, a las bacterias como recursos, tanto en sus ambientes naturales (rumen, etc.) como en sus aplicaciones en la fabricación de antibióticos, fármacos y productos orgánicos, entre otros, así como su utilización en alimentación bajo la denominación de "proteína unicelular" (yogur). Los plásmidos, al ser usados en Ingeniería Genética como vehículos para el clonaje de genes, constituyen un interesante recurso a utilizar.

En segundo término se analiza a los hospitales a nivel mundial y nacional como focos primarios de selección de bacterias resistentes. En tales centros convergen variadas causales, que interactúan, tanto del personal, ambiente, vectores, pacientes, visitas, alimentos, como de la continua presión por el uso de drogas de amplio espectro, para crear condiciones favorables para una permanente selección de bacterias resistentes. La exacta prevalencia se desconoce, pero se está continuamente informando de su aparición y control.

La epidemiología de estas enfermedades nosocomiales en el ambiente intrahospitalario, y hacia el medio extrahospitalario, se analiza y discute a la luz de los resultados encontrados en pacientes internados y ambulatorios, personal y en vectores intrahospitalarios en diferentes centros nacionales.

El segundo foco de bacterias resistentes son los mataderos que vacían sus desechos (contenido intestinal) al ambiente y cursos de agua. Constituyen en numerosos países la principal causal de contaminación de productos cárneos y derivados a partir de la línea de faenamiento. Siguiendo la línea de comercialización se discute la presencia de bacterias resistentes en cecinas, quesillos, hortalizas y cremas pasteleras, entre otros alimentos, de consumo habitual en Chillán (Ñuble).

El tercer foco de selección de bacterias resistentes son los criaderos de animales con ambientes controlados, en que se adicionan antibióticos como promotores de crecimiento (pollos, cerdos). Dichos animales constituyen reservorios de este tipo de bacterias que las traspasan a los trabajadores y ambientes intraplantel y periférico a éste. Ello permite la contaminación por diversas vías de la fauna silvestre de peces, aves ictiófagas y otras. Se analizan y discuten los resultados en 10 especies de aves silvestres y peridomésticas, peces dulceacuícolas y los provenientes de cerdos, pollos y conejos de criaderos de la VIII Región, así como de los respectivos trabajadores, familiares y poblaciones controles.

A la luz de los resultados encontrados en las poblaciones humanas utilizadas como testigos, (lactantes, jóvenes y adultos), la automedicamentación por este tipo de medicamento derivada de su venta libre y de otros parámetros, pareciera ser de gran importancia en Chile y necesita de mayores estudios.

Finalmente se analiza que en numerosas taxas bacterianas se encuentran cada vez con mayor frecuencia cepas resistentes, así como en numerosos animales silvestres (marinos, dulceacuícolas, terrestres y aéreos), en vectores (hormigas, moscas y cucarachas) y al parecer en la población humana considerada clínicamente sana, en valores que deben alertar.

Se concluye que los plásmidos de resistencia se encuentran en gran número de bacterias del hombre y de los animales, y que por su ubicuidad están presentes en numerosos ambientes y lugares inadecuados y en momentos inoportunos, constituyendo un mayor riesgo a enfermar por bacterias resistentes, de lo que se puede inferir que existe una Contaminación Genética del Ambiente.

86. RELACION ENTRE MORBILIDAD CONSULTANTE POR PARASITOSIS Y CONDICIONES DE SANEAMIENTO BASICO EN PREESCOLARES Y ESCOLARES. UN ESTUDIO COMPARATIVO ENTRE DOS LOCALIDADES RURALES DE LA VI REGION

Marta Aravena, Ana Aguilar, Patricia Alvarado, Cristián Clavería, Victoria Ramírez y Viviana Valenzuela
(Departamento de Salud Pública, División Sur, Facultad de Medicina, Universidad de Chile)

Las parasitosis constituyen en nuestro país un problema de Salud Pública que se mantiene prevalente pese al sencillo abordaje terapéutico existente para su tratamiento. Nuestra visión de esta problemática nos orientó a evaluar las bases epidemiológicas que posiblemente desencadenan la presencia de ellas y su recurrencia en los diferentes tipos de comunidades.

Esto nos motivó a efectuar un estudio de la morbilidad consultante en preescolares y escolares y su relación con el saneamiento básico en dos comunidades rurales: El Manzano y Llallauquén de la comuna de Las Cabras, en la VI Región del Libertador Bernardo O'Higgins.

La comuna de El Manzano, con un total de 2.087 habitantes, presenta una población demográficamente joven, a diferencia de la comuna de Llallauquén que, con 1.792 habitantes, presenta una tendencia clara al envejecimiento de su población.

El estudio se efectuó entre los meses de Febrero y Abril de 1986, en la población infantil entre 2 y 14 años. Se seleccionó aquellos pacientes que presentaron al momento de la consulta, un diagnóstico de parasitosis demostrado clínicamente y/o por exámenes de laboratorio.

Las condiciones de saneamiento básico se evaluaron en base a: tipo de vivienda, abastecimiento de agua, disposición de excretas y eliminación de basuras. Los datos se extrajeron de la Encuesta Familiar de cada población, documento que se encuentra anexo a la Ficha Familiar, la que es actualizada anualmente a través de visitas domiciliarias que realiza el equipo de salud local.

Resultados

En relación a las condiciones de saneamiento básico (Tabla 1), se observa en ambas comunidades condiciones precarias de vivienda: mediagua y ranchos, siendo éstas más deficitarias en El Manzano con un 300/o, comparativamente con un 14,80/o en Llallauquén. Esta situación favorece las condiciones de hacinamiento, lo que determinaría una consulta promedio de un 600/o por escabiosis dentro del total de consultas por parasitosis, en ambas comunidades.

En cuanto al abastecimiento de agua y a la disposición de excretas, no existen diferencias significativas entre ambas poblaciones, siendo la más frecuente la noria con un promedio de 680/o, y el pozo séptico con un promedio de 890/o, respectivamente. Esto explicaría la frecuencia similar de consulta por enteroparasitosis dentro del total de consultas (Tabla 2), la que se encuentra levemente más alta en el grupo escolar de El Manzano.

Cabe destacar que en ambas comunidades la consulta más frecuente por parasitosis fue la por escabiosis, siendo ésta mayor en el grupo escolar con un promedio de 70,80/o del total de las parasitosis.

Conclusiones

El estudio efectuado no revela diferencias significativas en las condiciones de saneamiento básico de ambas comunas, no observándose tampoco diferencias entre ambas en el número de consultas por morbilidad parasitológica.

Nos parece importante destacar que las consultas por parasitosis fueron menores a lo esperado, lo que se puede explicar por el hecho que estas afecciones en el medio rural están en el contexto de lo no patológico. La población consulta sólo en casos que estas afecciones se extiendan a más de un componente de la familia o cuando secundariamente presentan complicaciones.

Destaca así como importante el efectuar estudios para determinar la tasa de prevalencia por parasitosis en estas Comunidades, lo que permitiría conocer la real significancia del problema.

Por otro lado, nuestra experiencia en terrenos nos permitió constatar que no existe en la población un nivel educativo en salud que le permita comprender la relación condicionante entre saneamiento básico y enfermedades entéricas, entre ellas, las parasitosis.

Sugerimos estudiar nuevas formas de abordar a la población a través de técnicas educativas que le permita comprender e internalizar los beneficios para la salud de un mejor nivel de saneamiento.

TABLA Nº 1

**CONDICIONES DE VIVIENDA, ABASTECIMIENTO DE AGUA, ELIMINACION DE EXCRETAS, ALUMBRADO Y DISPOSICION DE DESPERDICIOS.
EL MANZANO Y LLALLAUQUEN, VI REGION, 1986**

	Llallauquén o/o	El Manzano o/o
Tipo Vivienda		
Casa	85,17	69,92
Mediagua	1,61	21,71
Rancho	13,2	8,37
Agua		
Noria	73,01	63,6
Agua Potable	22,81	31,2
Pozo c/bomba	3,93	5,2
Excretas		
Campo abierto	3,0	8,4
Pozo negro	88,0	90,2
Letrina sanitaria	9,0	1,4
Luz		
Eléctrica	55,05	46,1
Vela	42,81	52,3
Lámpara parafina	2,12	1,6
Basura		
Campo abierto	67,0	43,8
Río o quebrada	—	—
Relleno sanitario	33,0	56,2

TABLA Nº 2

MORBILIDAD CONSULTANTE POR PARASITOSIS DENTRO DEL TOTAL DE CONSULTAS EN PREESCOLARES Y ESCOLARES. EL MANZANO Y LLALLAUQUEN. VI REGION. 1986

	Llallauquén				El Manzano			
	Preescolar		Escolar		Preescolar		Escolar	
	Nº	o/o	Nº	o/o	Nº	o/o	Nº	o/o
Parasitosis	14	20,8	12	13,6	18	22,2	20	25,9
Consulta total	67	100	88	100	81	100	77	100

87. BACTEREMIAS INTRAHOSPITALARIAS EN EL HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS 1984

Dr. Mario Montecinos, Srs. Viviana Ortega, Mauricio Muñoz, María Samame, José Santander
Andrés Santis, Roberto Segovia, Patricio Trincado, Carmen Vera y Mario Zúñiga
(Depto. Salud Pública, División Occidente, Facultad de Medicina, Universidad de Chile)

La adquisición de Infecciones Intrahospitalarias (IIH) se traduce en una elevación significativa de la morbilidad, prolongación de días de estada y aumento del costo por hospitalización.

La incidencia de IIH en los Hospitales Generales en Estados Unidos es del orden del 5 al 60/o. En 850/o de los casos, la infección involucra cuatro sitios anatómicos específicos: tracto urinario 400/o; herida operatoria 250/o; tracto respiratorio 150/o y bacteremias 50/o.

Con el propósito de aportar información sobre el tema, se diseñó el presente estudio, cuyo propósito fue describir algunas características epidemiológicas de las BIH registradas en el Hospital San Juan de Dios durante 1984.

Objetivos

Determinar la tasa de ataque de BIH global y por servicio clínico y la tasa de letalidad asociada, para compararla con la letalidad general del Hospital.

Calcular el promedio de días de estada en pacientes con BIH, comparado con el promedio general, según servicio.

Identificar los factores de riesgo de BIH más frecuentes en servicios de adultos y de Pediatría, así como los agentes etiológicos y conocer la resistencia antimicrobiana de éstos.

Conocer la eficiencia del Sistema de Notificación de BIH.

Material y Método

En el Laboratorio de Microbiología, se obtuvieron 577 hemocultivos positivos correspondientes a 498 pacientes. De estos últimos, se revisaron 459 observaciones clínicas (92,20/o del total). Se detectaron 179 casos de BIH en 170 pacientes. Esto permite establecer que el 310/o de los hemocultivos positivos correspondieron a BIH, y el 690/o restante a infecciones adquiridas en la comunidad o contaminación de la muestra.

Se utilizó la definición de BIH propuesta por el Ministerio de Salud. Para el cálculo de la tasa de ataque, se empleó como población expuesta al riesgo a las altas y fallecimientos.

La tasa de letalidad asociada a BIH es sólo un cálculo estimativo, ya que no se puede asegurar que la bacteremia fue el factor determinante o coadyuvante del deceso.

Fueron considerados como factores de riesgo de BIH aquellos propios del huésped y procedimientos invasivos, según clasificación del Ministerio de Salud.

Se aislaron 185 gérmenes de 170 pacientes con BIH. En 8 enfermos (4,70/o) se registró más de una bacteremia en distintos periodos. A 20 agentes (10,80/o) no se les efectuó antibiograma.

Se revisó el archivo de tarjetas de notificación de IIH del año en estudio.

Resultados

La tasa de ataque global del Hospital fue de 0,7 por 100 egresos. Las tasas más altas se observaron en UCI (9,9), Neonatología (5,8) y Medicina (2,2) (Tabla 1).

La letalidad global asociada a BIH fue de 35,30/o, en tanto que la letalidad por todas las causas fue 4,80/o ($p=0,0001$). Altas cifras de letalidad asociada a BIH se observaron en Medicina (46,50/o) y Neonatología (29,80/o).

El promedio de días de hospitalización fue de 37,6 para casos de BIH, y el promedio por morbilidad general fue de 8 días ($p=0,0001$). En todos los servicios estudiados, la hospitalización fue más prolongada en casos de BIH, excepto en Neonatología (Tabla 2).

Los factores de riesgo de BIH más frecuentes en adultos fueron: hospitalización por más de 14 días (76,20/o); edad mayor de 70 años (28,60/o); infusión endovenosa instalada por más de 24 hrs. (66,70/o). En Pediatría la frecuencia de factores de riesgo más importantes fueron: hospitalización e infusión endovenosa prolongada (58,60/o); prematuridad (57,90/o) y cateterización de vasos umbilicales (45,60/o). Estos últimos en Neonatología.

Se aislaron 185 agentes etiológicos. El 53,50/o correspondió a cocáceas Gram +, siendo las más frecuentes el *Staphylococcus aureus* (30,80/o) y *Stap. epidermidis* (12,40/o). El 43,20/o correspondió a bacilos Gram -, y los más frecuentes fueron *Klebsiella* (19,50/o) y *Escherichia coli* (10,30/o). El 3,30/o correspondió a *Cándida albicans*. En base a estos resultados, la tasa de ataque de BIH a *Stap. aureus* fue de 0,2 por 100 egresos.

El 82,10/o de las cocáceas Gram + fue resistente a Penicilina. Resistencia mayor de 500/o se observó para Cloxacilina, Eritromicina, Gentamicina, CAF, Cefradina y Cefotaxima. En los Gram - hubo gran resistencia frente a Ampicilina (74,60/o) y CAF (64,80/o). En relación a aminoglicósidos, la resistencia fue alta para Netilmicina (68,40/o), Gentamicina (53,30/o) y Tobramicina (46,90/o), y baja para Amikacina (8,80/o).

Sólo un 20,70/o de los casos de BIH analizados fueron notificados en su oportunidad.

Conclusiones

La incidencia de BIH en nuestro medio hospitalario es alta y determina aumento de la morbilidad intrahospitalaria y, por ende, de los costos por hospitalización.

TABLA Nº 1

TASA DE ATAQUE DE BIH*, SEGUN SERVICIO. HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS 1984

Servicio	Nº BIH	Nº Egresos	Tasa de Ataque
Neonatología	61	1.060	5,8
Pediatría	31	3.755	0,8
Medicina	45	2.020	2,2
U.C.I.	14	142	9,9
Urología	6	900	0,7
Cirugía	12	2.620	0,5
Posta	4	3.638	0,1
Nutrición	4	429	0,9
Pensionado	1	1.135	0,1
Maternidad	1	9.831	0,01
TOTAL	179	25.530	0,7

(*) Número de casos por 100 egresos.

TABLA Nº 2

**PROMEDIO DE DIAS DE HOSPITALIZACION EN PACIENTES CON BIH
COMPARADO CON PROMEDIO POR MORBILIDAD GENERAL
HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS. 1984**

Servicio	Morbilidad General	Pacientes con BIH
Neonatología	33,2	30,7
Pediatría	12,2	46,3
Medicina	17,7	47,4
U.C.I.	17,9	35,5
Urología	10,3	24,7
Cirugía	12,3	43,5
Posta	3,9	24,3
Nutrición	16,7	25,5
Pensionado	3,6	43,0*
Maternidad	3,5	28,0*
TOTAL	8,0	37,6

(*) Un caso.

88. REAPARICION DE ENFERMEDAD REUMATICA ACTIVA EPIDEMICA. BROTE EN EL SERVICIO DE SALUD METROPOLITANO SURORIENTE. 1986

Drs. Liliana Jadue, Gloria Sandoval y Ximena Berrios, y Srtas. Beatriz Guzmán y Cecilia Rodríguez
(Departamento Salud Pública, Escuela de Medicina, Universidad Católica de Chile)

El Sistema de Vigilancia Epidemiológica de la Unidad de Epidemiología del Departamento de Salud Pública de la Escuela de Medicina de la Universidad Católica, ha podido detectar durante 1985-1986 un importante brote de diferentes manifestaciones y localizaciones de Infecciones Estreptocócicas en la Región Metropolitana de Santiago. Se ha observado un número no usual de piodermitis, escarlatinas, erisipelas, faringitis, glomerulonefritis difusa aguda postestreptocócica, enfermedad reumática aguda (ERA) y otras infecciones estreptocócicas de localizaciones no habituales como sepsis, artritis, endometritis y endocarditis infecciosas, algunas de ellas con una severidad no esperada e incluso con fin fatal. De especial significado en cuanto a severidad han sido algunas erisipelas en gente joven y sepsis secundaria a infecciones cutáneas, pesquisadas en diferentes áreas de la Región Metropolitana.

Ha sido necesario tomar medidas preventivas adicionales para controlar la situación.

En este informe se comenta el Brote de Fiebre Reumática en el Servicio de Salud Metropolitana Sur Oriente (SSMSO).

El SSMSO cuenta con una población de 750.000 personas de ingresos medio-bajos y bajos, que viven en 6 comunas urbanas y una rural, recibiendo el 80% de ellos atención de salud del sistema estatal con un Hospital General de 1.000 camas y una red de 10 policlínicos periféricos y 8 postas rurales.

Durante los primeros meses de 1986, la notificación de escarlatina mostró una situación anormal si se compara con períodos similares de los años anteriores. Revisando las cifras notificadas de enero a mayo desde 1980 a 1985, se observa un promedio de 202 casos, con un rango de 118 a 279 casos para nuestra área. Además la notificación total de casos durante 1985 fue de 600, en cambio, hasta la semana Nº 20 de 1986, ya habían 708 casos registrados.

En la distribución etárea se observa la mayor tasa específica para el grupo de 2 a 5 años, con el 44% de los casos totales, y prácticamente todos bajo los 15 años de edad.

Analizando la distribución geográfica por comunas del SSMSO, las tasas más elevadas corresponden a las áreas más pobladas, que son las comunas de Puente Alto y La Granja. Como excepción se observó una tasa especialmente elevada en San José de Maipo, que es una comuna rural de baja densidad de población.

Respecto a las tendencias en Enfermedad Reumática Aguda, durante el período 1976-1985 ha habido una declinación constante de las tasas de incidencia en el SSMSO, llegando a reportarse sólo 9 casos durante 1985, contrastando con la situación observada para la Glomerulonefritis Difusa Aguda en igual período y área, donde la tendencia es una elevación sostenida de la tasa (Tabla 1).

De mantenerse la incidencia de ERA, la tasa de 1986 ascenderá a 6,4 x 100.000 habitantes, lo cual excede incluso el período epidémico anterior de 1980 a 1983.

La distribución por comunas muestra el mayor número de casos en La Granja (14 casos), que coincide con la mayor densidad de población.

En los primeros 7 meses de 1986 se han notificado ya 28 casos de ERA, con una distribución en el tiempo que concentra el 45% de los casos (12 pacientes) en los meses de marzo y abril, con un segundo peak en julio (6 casos).

La distribución por sexo y edad se observa en la Tabla 2, destacándose la amplitud del rango de edad de los pacientes, incluso con un primer episodio de poliartritis en una paciente de 41 años.

Revisando los antecedentes clínicos de infecciones estreptocócicas durante los dos meses previos al ataque de ERA, se detectó un 17,9% de cuadros seguros (diagnosticados por un médico), en contraste con un 39,3% de pacientes sin ninguna evidencia clínica previa. En el resto, el antecedente de odinofagia febril era dudoso.

Solamente en 5 casos (20,0/o de los exámenes realizados) se aisló el *Estreptococo B* Hemolítico Grupo A de la faringe. En otros 3 pacientes (12,0/o) se aisló una cepa no A de la bacteria. En cambio la serología detectó un 67,90/o de casos con títulos significativos de Antiestreptolisina O (ASO) y un 85,70/o para la AntiDNase B (ADB), para los 28 pacientes.

Un total de 27 pacientes cumplieron con los Criterios de Jones, siendo la Poliartritis la manifestación mayor única más frecuente y la Poliartritis más carditis la combinación más frecuente. No se encontraron casos con Eritema Marginado o Nódulos Subcutáneos. Se presentó un caso sin evidencia de signo mayor, que correspondió a un paciente reumático crónico.

Por último, se observa que 15 de estos casos fueron primer episodio y 12 fueron recurrencias, más un caso dudoso, ya comentado, sin signo mayor. De las recurrencias sólo 2 pacientes estaban en profilaxis regular con penicilina benzatina y 1 con sulfa, los otros no realizaban profilaxis por razones diversas.

TABLA Nº 1

CASOS DE ENFERMEDAD REUMATICA ACTIVA Y DE GLOMERULONEFRITIS DIFUSA AGUDA POST ESTREPTOCOCICA. NUMERO Y TASA POR 100.000 HABITANTES. SERVICIO DE SALUD METROPOLITANO SUR ORIENTE. 1980-1985

Año	Enfermedad Reumática Activa		Glomerulonefritis Difusa Aguda	
	Nº	Tasa	Nº	Tasa
1980	22	3,9	45	7,9
1981	22	3,7	46	7,8
1982	29	4,7	34	5,6
1983	30	4,7	49	7,7
1984	22	3,4	68	10,5
1985	9	1,7	118	16,5
1986 *	28	—	80	—
1986 **	48	6,4	137	18,2
1980 - 1983	\bar{X} = 25,7 Md = 25,5		\bar{X} = 43,5 Md = 45,5	

* Casos de enero a julio.

** Proyección para 1986.

TABLA Nº 2

**BROTE DE FIEBRE REUMATICA AGUDA. SERVICIO DE SALUD METROPOLITANO
SUR ORIENTE. ENERO A JULIO, 1986**

Nº de Casos: 28		Tasa x 100.000 hab. : 3,7
Sexo	Nº	o/o
Hombres	15	53,5
Mujeres	13	46,5
Grupos de Edad		
0 — 4 años	—	—
5 — 9 años	2	7,1
10 — 14 años	11	39,4
15 — 19 años	6	21,4
20 — 24 años	6	21,4
24 y más años	3	10,7
Rango de edad: 8 a 42 años		

89. GLOMERULONEFRITIS AGUDA POST ESTREPTOCOCICA EN EL SERVICIO DE SALUD METROPOLITANO SURORIENTE, 1980-1985. ANALISIS PRELIMINAR

Drs. Alejandro Morales, Edda Lagomarsino, Rodrigo Neghme, Ximena Berrios
y Srtas. Beatriz Guzmán y Cecilia Rodríguez
(Universidad Católica de Chile)

La infección por *Streptococo* Beta Hemolítico grupo A (EBHA) de localización faríngea o cutánea es la etiología principal de Glomerulonefritis Difusa Aguda (GNDA) en la infancia. Esta complicación constituye un problema importante en Salud Pública, tanto por la demanda de servicios que origina, como por su repercusión en el ausentismo escolar. Por otro lado, se ha puesto en duda la benignidad de la evolución alejada de esta enfermedad, planteándose la posibilidad de un daño renal crónico, con insuficiencia renal secundaria.

En la actualidad se sabe que algunas cepas de EBHA presentan un factor nefritogénico, que no ha podido ser caracterizado, ignorándose a qué componente del germen corresponde. Los mecanismos comprometidos en la producción del daño renal son aún desconocidos.

En nuestro país la Glomerulonefritis Difusa Aguda Post *Streptocócica* (GNAPE) no ha sido estudiada en las últimas décadas, por lo que no se dispone de información epidemiológica actualizada para esta enfermedad. Como una forma de contribuir al conocimiento de ella, el Departamento de Salud Pública de la Pontificia Universidad Católica inició, en 1980, un estudio prospectivo a 10 años plazo destinado a la caracterización epidemiológica de la GNAPE en el Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente (SSMSO).

Los resultados de los primeros 6 años de este estudio son el motivo de esta presentación.

Material y Método

El estudio se efectuó en el SSMSO, que tiene una población de 726.835 habitantes; 223.818 de ellos menores de 15 años. En el área existen 20 Establecimientos de Atención Primaria, 1 Hospital Sanatorio con 295 camas, y un Hospital General con 699 camas, de las cuales 64 son de Medicina Interna y 40 de Pediatría General.

En enero de 1980 se inició el registro e ingreso a protocolo de investigación de todos los pacientes admitidos a los Servicios de Medicina Interna y Pediatría General, que cumplieran los siguientes requisitos:

- Ser portador de un cuadro clínico de GNDA definido según los criterios clásicos.
- Tener antecedentes de infección estreptocócica (IE) reciente, previa a la aparición de síntomas de GNDA, según criterios clínicos, bacteriológicos o serológicos, establecidos por el Grupo de Salud Pública de la Universidad Católica en trabajos similares, realizados en el SSMSO.

Se recogió información sobre edad, sexo, comuna de residencia, mes de ingreso al Hospital, y el antecedente anamnésico de la localización de la IE previa. De acuerdo a este último antecedente, los pacientes se clasificaron en 4 categorías:

- IE previa de localización faríngea.
- IE previa de localización cutánea.
- IE previa de localización faríngea y cutánea.
- Sin antecedente anamnésico de la localización de la IE previa.

El procesamiento y análisis de la información se realizó en el Servicio de Ciencias de la Computación de la Pontificia Universidad Católica de Chile.

Resultados

- Durante el período en estudio se ingresaron 359 pacientes. El número de casos anuales y las tasas respectivas se presentan en la Tabla 1. Se observa que durante los años 1980-1983 las tasas permanecen relativamente estables, en comparación con el brusco aumento en las tasas que se registra en los años 1984-1985.
- El análisis de este hallazgo permite establecer que en los años 1984-1985 se habría producido un brote epidémico, razón por la cual el análisis de la información se hará en forma separada para estos dos períodos.

- La distribución de las edades de los pacientes en el período endémico tuvo una mediana de 8 años, y una amplitud de 2-37 años, el grupo etario más frecuente (450/o) fue el de 5-9 años. En los años del período epidémico la mediana de las edades fue de 9 años, y la amplitud, 2-51 años, manteniéndose el predominio del grupo de 5-9 años.
- En el período endémico el sexo masculino tuvo un leve predominio (570/o), que se hizo más evidente en el período epidémico, alcanzando el 670/o en el año 1985.
- Durante la epidemia no se observó una tendencia definida en las tasas de ataque por comuna, sin embargo, en el brote epidémico se produce un aumento en la tasa de ataque de la comuna de La Granja, que llega a cuadruplicarse. Esta diferencia es estadísticamente significativa (p. 0.05).
- El análisis trimestral de los casos muestra una distribución bimodal para el período endémico, con un modo principal en los meses de otoño (abril, mayo, junio), y uno secundario en los meses de primavera (octubre, noviembre, diciembre). En el período epidémico se mantiene inicialmente la bimodalidad, pero con un cambio en el modo principal, que se traslada a primavera. Posteriormente se aprecia una distribución monomodal, con modo en otoño.
- Respecto al antecedente anamnésico de la localización de la IE previa, se observa que la ausencia del antecedente es mayor en el período endémico, con un promedio de 330/o, lo que disminuye en el período epidémico a 160/o. Esta diferencia es estadísticamente significativa (p. 0.05). (Tabla 2).
- En los pacientes que entregaron el antecedente, se observa un predominio del antecedente cutáneo en los dos períodos en estudio, sin embargo, el aumento en la importancia relativa de este antecedente durante el segundo año del período epidémico (710/o), en comparación con el promedio del período endémico (530/o), tiene significación estadística (p. 0.05).

Comentarios

La vigilancia epidemiológica realizada desde 1975 en el SSMSO por el Grupo de Salud Pública de la Universidad Católica, ha permitido detectar, en los últimos años, una situación global de cambio en la ecología de la IE, que se ha traducido en un incremento en el número de casos, tanto de localizaciones faríngeas (Escarlatina, Amigdalitis) y cutáneas (Piodermatitis) como de localizaciones inhabituales (Sepsis, Meningitis, Endocarditis, Infecciones Nosocomiales), y en una mayor severidad de sus manifestaciones (Erisipelas Fulminantes).

Se ha observado también un aumento en el número de complicaciones alejadas de la IE, como el brote de GNAPE caracterizado en el presente trabajo, o como el brote de Enfermedad Reumática Activa que se detectó el primer semestre de 1986 en el SSMSO.

Un enfoque para la solución de este problema es el aislamiento y tipificación del germen causal, y su comparación con la información bacteriológica de la IE obtenida de trabajos anteriores realizados en el SSMSO, por el Grupo de Salud Pública de la Universidad Católica, que permitiría detectar la presencia de una nueva cepa o fundamentar la hipótesis de un cambio en la virulencia de las cepas habituales.

Responder a estas interrogantes es el objetivo de otros trabajos que realiza nuestro Grupo, y cuyos resultados se encuentran en proceso de análisis.

Con el análisis de toda esta información esperamos contribuir a diseñar en el futuro próximo mejores estrategias de intervención frente al problema de la infección estreptocócica.

TABLA Nº 1

**NUMERO Y TASA POR 100.000 HABITANTES DE CASOS DE GNAPE
HOSPITALIZADOS EN EL SERVICIO SALUD METROPOLITANO SUR ORIENTE
(1980-1985)**

Año	Nº Casos	Tasa x 100.000 Habit.
1980	45	7,96
1981	46	7,84
1982	34	5,59
1983	49	7,78
1984	68	10,44
1985	117	16,10

TABLA Nº 2

**CASOS DE GNAPE SEGUN ANTECEDENTE ANAMNESTICO DE LA INFECCION
ESTREPTOCOCICA PREVIA, COMPARACION DEL PERIODO ENDEMICO (80-83)
Y LOS AÑOS EPIDEMICOS (84-85) SSMSO**

Antecedente Anamnóstico	1980-1983 (promedio)		1984		1985	
	Nº	o/o	Nº	o/o	Nº	o/o
Faríngeo	10,00	23,0	19	27,9	20	17,2
Cutáneo	15,50	35,6	35	51,5	69	59,5
Mixto	3,75	8,6	4	59,0	7	60,0
S/O	14,25	32,8	10	14,7	20	17,2

90. BROTE DE MENINGITIS MENINGOCÓCICA PORTACIÓN DE MENINGOCOCO EN POBLACIÓN INFANTIL POSTERIOR A QUIMIOPROFILAXIS CON RIFAMPICINA

Drs. M. Inés Gómez, Hernán Rojas, Margarita Solari, Rolando Saavedra y Srs. Cecilia Espinoza,
Aurora Maldonado y Wally Silva

(Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente. Laboratorio Central Hospital Sótero del Río.
Instituto de Salud Pública).

La incidencia de las infecciones meningocócicas en Chile ha experimentado un alza de cierta magnitud en los últimos años. La distribución geográfica muestra el aumento principalmente en la Región Metropolitana y en la I Región. Destaca también el número creciente de casos por meningococo grupo B, lo que se ha observado también en otros países.

En el Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente se observó en 1984 una tasa de 0,6 por 100.000 habitantes, muy similar a la del país. Durante el 2º semestre de 1985 (entre julio y noviembre) se detectó un aumento importante del número de casos de Meningitis Meningocócica llegando a un total de 16 en el año (2,2 por 100.000 habitantes), 11 casos (700/o) ocurrieron en un sector de la Población La Bandera, Comuna de San Ramón, la mayoría de ellos en preescolares asistentes a un Centro Abierto de la misma población. En 6 de estos 11 pacientes hubo confirmación bacteriológica del diagnóstico, resultando todos serogrupo B. 4 pacientes fallecieron.

A raíz de este brote se efectuó, además de la profilaxis habitual a los contactos familiares de cada caso, quimioprofilaxis masiva con Rifampicina (RMP) a los niños asistentes al Centro Abierto (CA), sus contactos familiares y al personal, en total 1.630 personas.

Posteriormente se efectuó un estudio de portación de *Neisseria Meningitidis* (NM) en una muestra de la población infantil tratada y en niños no tratados de la misma comunidad.

Material y Método

Durante un período de 2 semanas en diciembre de 1985, 15 días después de terminada la quimioprofilaxis, se realizó un estudio de prevalencia de *Neisseria Meningitidis* en la faringe de 200 niños de 2-6 años. Se seleccionaron al azar 102 niños en todos los niveles del CA., de un total de 293 que habrían recibido Rifampicina (RMP) 20 mg/kg peso durante 4 días. Igualmente se seleccionaron 98 niños del mismo grupo etáreo, residente en la misma población, que acudían a Control de Salud al Consultorio La Bandera y que no asistían al CA.

Los frotis faríngeos fueron tomados por enfermera y 2 auxiliares paramédicos previamente entrenados.

El frotis se realizó con torula de algodón seco estéril y la muestra fue sembrada de inmediato en placas con medio de Thayer Martin por un Tecnólogo Médico. Se tomaron 20 muestras diarias durante 10 días, las que fueron enviadas antes de 2 horas al Instituto de Salud Pública para su procesamiento (Aislamiento, confirmación bacteriológica y serogrupación).

Resultados

La proporción de portadores fue de 9,80/o en el grupo que recibió profilaxis y 20,40/o en el otro grupo, siendo esta diferencia estadísticamente significativa.

En ninguno de los 2 grupos se observó diferencias según el sexo. Con respecto a la edad, en ambos se encuentra el porcentaje más alto de casos positivos entre 3 y 4 años.

Con respecto a las cepas aisladas en los tratados, el 500/o correspondió a serogrupo C y el 500/o restante a cepas autoaglutinables o no agrupables. En el otro grupo el 1000/o correspondió a cepas no agrupables (300/o) y autoaglutinables (700/o). En estudios de portación se ha encontrado un porcentaje alto de estas cepas, lo que no ocurre en cepas aisladas de casos de enfermedad, en que todas se pueden agrupar. No se demostró ningún serogrupo B, que fue el causante del brote descrito.

Discusión

La Meningitis Meningocócica es una enfermedad de gran importancia epidemiológica que ha experimentado cambios en el último tiempo, destacando claramente el predominio del grupo B. Se describe un brote epidémico de Meningitis Meningocócica por serogrupo B en relación a un Centro Abierto de Atención de Preescolares y la profilaxis masiva controlada de contactos familiares e institucionales, ya que por el germen comprometido no se podía plantear la vacunación.

El estudio de portadores faríngeos de N.M. efectuado demuestra que el porcentaje de portación fue mayor en la población que no recibió profilaxis. El hallazgo de 9,80/o de portadores en niños que habían recibido RMP 15 días antes, es concordante con la afirmación de que esta droga protege mientras se está administrando y después se puede volver rápidamente al estado de portador.

Aunque no se puede concluir que la quimioprofilaxis efectuada finalizó el brote epidémico, se postula que puede haber influido, disminuyendo el número de portadores y limitando la transmisión de la enfermedad. Durante 1986 sólo se ha notificado un caso de Meningitis Meningocócica en esa población, seis meses después del tratamiento.

GRAFICO Nº 1

CASOS NOTIFICADOS MENINGITIS MENINGOCOCICA POBLACION LA BANDERA S.S.M.S.O. 1985

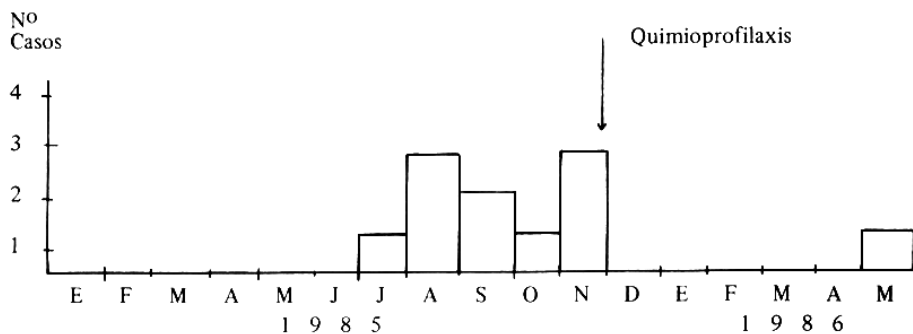


TABLA Nº 1

DISTRIBUCIÓN DE NIÑOS EXAMINADOS Y PORTADORES DE NEISSERIA MENINGITIDIS SEGUN EDAD

Edad	GRUPO A TRATADOS			GRUPO B NO TRATADOS		
	Nº	Casos Positivos	o/o	Nº	Casos Positivos	o/o
2 Años	12	—	—	17	3	17,6
3 Años	29	7	24,1	31	7	22,5
4 Años	30	2	6,7	27	5	18,5
5 Años	19	1	5,2	19	3	15,8
6 Años	12	—	—	4	2	50,0
TOTAL	102	10	9,8	98	20	20,4

91. ALGUNAS CARACTERISTICAS EPIDEMIOLOGICAS Y MICROBIOLOGICAS DE LA INFECCION DEL TRACTO URINARIO EN 13 POLICLINICOS DEL AREA SUR DE SANTIAGO DURANTE 1984

Jimena Vila, Dr. Mario Pino, Sra. Norma Francotte, Jorge Calderón, Alberto Contador, Roberto Dalmazzo, Juan Escudero, Teobaldo Méndez, Paris Ruiz y Marcelo Vásquez.
(Departamento de Microbiología y Departamento de Salud Pública, División Ciencias Médicas Sur, Facultad de Medicina, Universidad de Chile)

La infección del tracto urinario es una patología de alta frecuencia en nuestro país y que motiva un porcentaje importante de las consultas médicas a nivel primario. Se considera que el Urocultivo es el examen que confirma el diagnóstico clínico de infección urinaria cuando ha sido tomado y procesado en condiciones adecuadas. En el Laboratorio de Microbiología de la Facultad de Medicina, División Ciencias Médicas Sur, desde hace algunos años se están procesando muestras de orina provenientes de 13 policlínicos del Area Sur de Santiago.

Objetivos Generales

Determinar algunas características epidemiológicas y microbiológicas de la infección del tracto urinario en 13 policlínicos del Area Sur de Santiago.

Objetivos Específicos

1. Estimar la frecuencia de la Infección del Tracto Urinario en la población consultante en los policlínicos señalados.
2. Determinar la distribución de frecuencia de los Urocultivos clasificados por tipo de agente etiológico.
3. Determinar la distribución de frecuencia de la infección urinaria según sexo.
4. Determinar la distribución de frecuencia de la ITU según edad.
5. Determinar la distribución de frecuencia de la ITU según agente y sexo, y según agente y edad.
6. Determinar la distribución de frecuencia de la ITU según la estación del año en que se realiza el examen de Urocultivo.

Material y Método

Se analizaron los Urocultivos procesados el año 1984, procedentes de 13 Consultorios Periféricos del Area Sur de Santiago (Barros Luco, Buin, Cisterna Sur, San Joaquín, Valledor, Dávila, La Legua, Joao Goulart, Recreo, La Feria, J. A. Pinzón, Sta. Anselma y Clara Estrella), los que sumaron un total de 14.405 muestras. Se consideran positivos aquellos Urocultivos en los que hubo un desarrollo de 10^5 colonias/mm³ o más en orina de 2do. chorro.

Se revisaron las papeletas de resultado, se separaron los Urocultivos (+) para ser estudiados, sacando de ellos información acerca de las siguientes variables: edad, sexo, tipos de agentes biológicos, policlínico y fecha del examen. La revisión de las fichas fue hecha en forma manual y con la información se confeccionaron las distribuciones de frecuencia y gráficos.

Resultados

El total de exámenes fue 14.405; de éstos 3.054 fueron (+), lo que corresponde a un 21,20/o.

El agente más frecuente fue E. coli, con una frecuencia de 84,08/o, en 2do. lugar se encontró al Proteus mirabilis con un 5,40/o y en 3er. lugar, Klebsiella sp. con un 2,81/o.

Con respecto a la edad, la mayor frecuencia estuvo en el grupo entre los 20 y 40 años, con un 28,50/o.

En relación a la distribución por sexo, un 86,60/o de los exámenes (+) revisados eran de pacientes femeninas.

Con respecto a la variabilidad estacional, la mayor frecuencia, 33,82/o correspondió al período Octubre-Diciembre, seguido de un 29,40/o para el período Abril-Junio.

Comentario

Estos Urocultivos corresponden a exámenes solicitados en consultas médicas en Policlínicos de Atención Primaria, esto da una idea de algunos aspectos epidemiológicos y microbiológicos del comportamiento de la ITU a este nivel. Analizando estos resultados vemos que concuerdan con otros ya descritos para la población nacional.

También se revisó el comportamiento de los distintos agentes en exámenes de antibiograma, cuyo análisis podría ser discutido en un trabajo a futuro.

TABLA Nº 1

**DISTRIBUCION DE FRECUENCIA DE ESPECIES AISLADAS DE UROCULTIVOS
POSITIVOS DURANTE 1984* – SANTIAGO – AREA SUR**

Especies	Nº	o/o
Escherichia Coli	2.568	84,08
Proteus mirabilis	165	5,40
Klebsiella sp.	86	2,81
Proteus (especie Indol (+))	43	1,40
Streptococcus faecalis	40	1,30
Staphylococcus epidermidis	28	0,91
Pseudomonas aeruginosa	26	0,85
Bacilos Gram (–) no fermentadores	26	0,85
Enterobacter sp.	13	0,42
Streptococcus sp.	10	0,32
Staphylococcus aureus	5	0,16
Staphylococcus saprophyticus	4	0,13
Salmonella typhi	4	0,13
Polimicrobianos	36	1,17
TOTAL	3.054	100,00

* Enero a Diciembre

TABLA Nº 2

**DISTRIBUCION DE FRECUENCIA DE ITU SEGUN SEXO Y EDAD DURANTE 1984
SANTIAGO – AREA SUR**

Edad (años)	I T U					
	Mujeres		Varones		Total	
	Nº	o/o	Nº	o/o	Nº	o/o
0 – 1	141	4,61	128	4,19	269	8,80
2 – 5	206	6,74	92	3,00	298	9,75
6 – 11	211	6,90	43	1,40	254	8,31
12 – 19	282	9,23	18	0,58	300	9,82
20 – 30	839	27,47	34	1,11	873	28,58
40 – 59	447	14,63	24	0,78	471	15,42
60 y más	521	17,05	68	2,22	589	19,28
TOTAL	2.647	86,67	407	13,32	3.054	100,00

92. BRUCELOSIS COMO ENFERMEDAD PROFESIONAL EN OPERARIOS DE UN PLANTEL PORCINO DE LA VIII REGION

Tatiana Vidal y Sergio Jaramillo
(Departamento de Ciencias Básicas, Instituto Profesional de Chillán)

La brucelosis debe considerarse una enfermedad de especial relevancia para el hombre, por constituir una zoonosis de carácter insidioso, en estrecha relación con animales enfermos, sus desechos o subproductos y por su inespecífica sintomatología aguda o crónica, de variadas consecuencias secundarias, individuales o sociales.

En los animales se consultan similares características con una ostensible repercusión en los índices reproductivos propios de la especie afecta (carne, leche, lana, número de crías, etc.).

El objetivo del presente trabajo es determinar la prevalencia de brucelosis en un plantel porcino de la VIII región a través de dos pruebas serológicas.

Se trabaja con todo el personal que labora en directo contacto con los animales, y se utiliza un muestreo aleatorio para los animales (hembras). La población control humana está constituida por 18 estudiantes de Educación Superior de Chillán, elegidos al azar.

Se utilizan 217 sueros sanguíneos de animales de los diferentes niveles de manejo del plantel y los 27 sueros provenientes del personal. Los antígenos de Huddleson (serie 103) y Rosa de Bengala (serie 16) fueron gentilmente proporcionados por la Oficina Regional de la Organización Panamericana de la Salud para las respectivas reacciones de Aglutinación Rápida en Placa (SAR) y el Benga Test (RB). La primera se interpreta según los títulos reaccionantes (25, 50, 100, 200 UI) como positivos, sospechosos y negativos, y la segunda, como reaccionantes positivos y no reaccionantes, por ser eminentemente cualitativa.

Con los reaccionantes humanos se establecen relaciones de edad, tipo de trabajo desempeñado y permanencia en éste. Se comparan con resultados obtenidos con anterioridad en personal que labora en industrias de similar riesgo de la región.

En los animales se establecen relaciones con el tipo de manejo a que están sometidos (gestantes, nodrizas), número de partos, razas, trastornos reproductivos, entre otros.

Los 8 reaccionantes humanos (29,60/o), similares para ambas pruebas (Tabla 1), se distribuyen en cinco grupos etarios entre los 20 y 44 años. Igual heterogénea distribución se establece según los tiempos de permanencia de la industria (desde menos de un año a 21 años de trabajo). El tipo de trabajo contempla directa relación con las hembras y reproductores y labores de apoyo (aseo, alimentación, mantención), en similar distribución. Las relaciones estudiadas se enmarcan en las características propias de la enfermedad. El bajo número de reaccionantes para cada relación no permite sacar conclusiones de valor estadístico.

Las 69 hembras porcinas reaccionantes (66,20/o) (Tabla 2) se distribuyen heterogéneamente en relación a la edad y al número de partos en ambas razas analizadas (Landrace, Large White). No existen diferencias de días transcurridos interparto entre los reaccionantes y negativos a las dos pruebas utilizadas. Las reaccionantes se distribuyen asimismo heterogéneamente en los 12 pabellones muestreados.

Se concluye que la enfermedad se mantiene en los cerdos del plantel analizado, aún cuando ello no repercute, al parecer, significativamente en los índices de producción. Pudiera ello constituir el reservorio en donde los trabajadores adquieren la enfermedad, responsable de los títulos sanguíneos encontrados, aún cuando no se descartan otras vías de contagio ajenas a las labores analizadas.

Dado el carácter insidioso de la enfermedad, tanto en el hombre como en los animales, se hace necesario una permanente revisión, además del examen clínico y derivados tanto en los reaccionantes humanos para prevenir complicaciones secundarias, como para tomar medidas que conduzcan a la erradicación de los cerdos reaccionantes.

TABLA Nº 1

DISTRIBUCION NUMERICA Y PORCENTUAL DE LAS REACCIONES PRESENTADAS EN LOS SUEROS SANGUINEOS PERTENECIENTES A LA POBLACION HUMANA EXPUESTA Y TESTIGOS SOMETIDOS A LAS PRUEBAS DE HUDDLESON Y DE ROSA DE BENGALA

Población humana	Número de personas examinadas	Reacción de Huddleson		Reacción Rosa Bengala	
		Positivas	Negativas	Positivas	Negativas
Expuesta	27	8* (29.6)	19 (70.4)	8 (29.6)	19 (70.4)
Testigo	18	1* (5.5)	17 (94.4)	1 (5.5)	17 (94.4)
Total	45	9 (20.0)	36 (80.0)	9 (80.0)	36 (80.0)

Cifras en paréntesis () indican porcentajes

* reaccionantes a títulos de 100 UI

TABLA Nº 2

DISTRIBUCION NUMERICA Y PORCENTUAL DE LAS REACCIONES PRESENTADAS EN LOS SUEROS SANGUINEOS PERTENECIENTES A LA POBLACION PORCINA ANALIZADA A LAS PRUEBAS DE HUDDLESON Y ROSA DE BENGALA

Población animal	Reacciones HUDDLESON Y ROSA DE BENGALA		Totales
	Positivas	Negativas	
Gestantes	33+ (30,2)	76 (69,7)	109 (100,0)
Maternidad	36+ (36,0)	64 (64,0)	100 (100,0)
Machos	1+ (12,5)	7 (84,5)	8 (100,0)
Totales	70 (32,2)	147 (67,7)	217 (100,0)

Cifras en paréntesis () indican porcentajes

+ reaccionantes a totales de 100 UI

93. PROFILAXIS DEL TETANOS EN SERVICIOS DE URGENCIA URBANOS DE LA REGION METROPOLITANA

Drs. Sonia González, Gladys Guevara, María de la Fuente, Inés Ignatiew e Ingrid Castillo
(Escuela de Salud Pública, Facultad de Medicina, Universidad de Chile)

El Tétanos es una enfermedad infecciosa, no contagiosa, cuyo agente causal es el *Clostridium tetani*. Las esporas se introducen en heridas habitualmente leves, y producen una exotoxina compuesta de dos fracciones: tetanolisina y tetanoespasmina, responsable de los síntomas y signos de la enfermedad.

El período de incubación es muy variable, de 3 a 21 días.

Clínicamente se caracteriza por los siguientes signos: calambres, hiperreflexia, rigidez de cuello y mandíbula y espasmos de músculos faciales, dando el signo de risa sardónica y espasmo generalizado (opistótonos).

En relación a profilaxis, la más útil es la activa por medio de las vacunas triple y mixta, se logran niveles útiles de 0.01 U antitoxina/ml en el suero. Los americanos recomiendan vacuna triple, 3 dosis en el primer año de vida, una cuarta dosis al año después con refuerzo a los cuatro años, y a los 6 años vacunar con mixta.

En Chile la vacunación se realiza desde 1971 con 7 dosis y en Mayo de 1983 se suprime la dosis a las 12 años, estableciéndose un esquema similar al americano.

En cuanto a inmunización pasiva, se indica en heridas sospechosas cuya inmunidad se desconoce o es negativa. Se usa antitoxina purificada de equino o bovino, con previo test de sensibilidad y se recomienda Ig. humana antitetánica en heridas con alto riesgo.

La prevención del Tétanos neonatal se lograría con dosis de toxoide durante los primeros meses del embarazo.

Hemos observado poca uniformidad de criterios en el manejo profiláctico de esta enfermedad, por esto nos interesa observar cómo enfrentan los servicios de urgencia del Area Metropolitana los casos sospechosos de contaminación por Tétanos, que si bien es de baja incidencia, su alta letalidad de 66,80/o merece nuestra preocupación.

Material y Método

Se elabora una encuesta destinada a evaluar la aplicación de medidas profilácticas en casos sospechosos de Tétanos. Se encuesta a médico y enfermera jefe de 13 servicios de urgencia considerando los siguientes aspectos: sospecha de riesgo, conducta, uso de medidas profilácticas (SAT y toxoide), evaluación de la notificación y conocimiento de la Circular N° 26 del Ministerio de Salud.

Resultados y Discusión

Se observa que un 860/o la sospecha diagnóstica es adecuada, en 8,60/o es inadecuada (traumatismos del parto y heridas infectadas), y en 5,20/o, parcialmente adecuadas (quemaduras).

Respecto a conducta frente a casos sospechosos, la mayoría de las respuestas fueron correctas, pero incompletas (Tabla 1). Un 66,60/o dijo colocar SAT, ninguno respondió espontáneamente realizar test de sensibilidad, pero al hacer la pregunta dirigida sólo aumentó en un 500/o. Esto podría explicarse a que se consideraba implícito dentro del procedimiento de administración de SAT.

En relación a conductas según tiempo de evolución de la herida, la mayoría refiere que no hay diferencia.

Todos los establecimientos encuestados, tenían SAT en existencia, aún sabiendo que no existe toxoide, se realizó la pregunta y obtuvimos respuesta afirmativa en 2 casos. Esto confirma la poca claridad de los profesionales frente a los conceptos de SAT y toxoide, nominaciones que usaban indistintamente.

En cuanto a técnica del test de sensibilidad, éste se realiza en 6 S. de urgencia a cargo de la enfermera, quien aparece bien informada en 2 casos y con técnica incorrecta o incompleta en 4 casos. Este hallazgo no nos permite asegurar el comportamiento en la práctica clínica habitual.

De los 12 médicos encuestados, un 58^o/o conocía la existencia de formulario de notificación y el concepto de notificación era correcto en un 33,3^o/o y un 50^o/o ignoraba que el Tétanos es una enfermedad de notificación obligatoria diaria (Tabla 2). Existe un desconocimiento de la obligatoriedad de la notificación diaria, lo que se reafirma por la inexistencia del formulario.

Respecto al conocimiento de la Circular Nº 26 del Ministerio de Salud, sólo 2 S. de urgencia la tenían a disposición del personal y un 87,5^o/o la ignoraba. Lamentamos que ésta no sea conocida en la mayoría. Sería conveniente que todos los servicios de atención externa contaran nuevamente con la circular.

En Chile, el objetivo de realizar programas de vacunación antitetánica, es tener una proporción importante de la población con inmunización activa para evitar, dentro de lo posible, frente a la emergencia de una herida sospechosa, el uso innecesario de suero heterólogo SAT con sus reacciones adversas. Debido a esto debería usarse en forma restringida el SAT dada la alta cobertura de vacunación, lo adecuado sería colocar toxoide, lo que se realiza ocasionalmente.

TABLA Nº 1

**CONDUCTA DE LOS MEDICOS FRENTE A CASOS SOSPECHOSOS DE CONTAMINACION
POR TETANOS EN 12 SERVICIOS DE URGENCIA
SERVICIO SALUD METROPOLITANO, 1985**

Respuesta	S.U. Niños	S.U. Adultos	Total	o/o
Aseo quirúrgico	3	4	7	58,0
Test de sensibilidad	0	0	0	0,0
SAT	2	6	8	66,6
Revisión de calendario	4 (66,6)	—	—	—
Vacuna de refuerzo	1 (16,6)	—	—	—
Derivación a policlínico corresponde sólo a S.U. niños	1	0	1	8,0

TABLA Nº 2

**CONOCIMIENTO DE LOS MEDICOS SOBRE NOTIFICACION DE TETANOS
SERVICIO DE URGENCIA S.S.M., 1985**

Existe Formulario			Calidad de la Notificación		
	Nº	o/o		Nº	o/o
Sí	7	58,0	Correcta	4	33,3
No	2	17,0	Incorrecta	2	16,7
No sabe	3	25,0	Ignora que es notifiable	6	50,0
TOTAL	12	100,0	TOTAL	12	100,0

94. ANALISIS DE PACIENTES FALLECIDOS POR TUBERCULOSIS EN EL SERVICIO SALUD BIO-BIO 1984-1985

Dr. Rodrigo Iván Álvarez y Enf. Alicia Villegas Canevaro
(Servicio de Salud Bío-Bío)

A pesar de que en los últimos años han existido importantes avances en la pesquisa, diagnóstico y tratamiento de la Tuberculosis, esta enfermedad continúa constituyendo un problema de Salud Pública al cual se le debe dar importancia en cualquier programa de Salud.

La tasa de mortalidad del país ha descendido de 23,9 por 100.000 habitantes en 1971, a 7,4 en 1984, y en el Servicio Salud de Bío-Bío, de 10,20 a 9,3 en el mismo período. La Tuberculosis es la enfermedad transmisible que produce más muertes en el país, lo que justifica la preocupación que deben tener los Servicios de Salud para optimizar todas las medidas tendientes a su prevención y tratamiento.

En el Servicio Salud de Bío-Bío, al igual que en el resto del país, existe un Programa de Control de la Tuberculosis que ha logrado importantes avances en los últimos años.

En este trabajo se analizan los aspectos clínicos y epidemiológicos más destacados de los fallecidos por Tuberculosis de todas las formas en el Servicio Salud Bío-Bío en los años 1984 y 1985.

Objetivo General

Determinar los factores más relevantes que intervienen como causa de muerte en los fallecidos por Tuberculosis de todas las formas en el Servicio Salud de Bío-Bío durante los años 1984 y 1985.

Objetivos Específicos

- Identificar en qué grupo etario se ubican los pacientes fallecidos por Tuberculosis en el Servicio Salud de Bío-Bío durante los años 1984 y 1985.
- Determinar el sexo de los pacientes fallecidos por TBC en el Servicio Salud de Bío-Bío durante los años 1984 y 1985.
- Conocer la procedencia, urbana, rural de los pacientes fallecidos por TBC en el Servicio Salud de Bío-Bío.
- Identificar la escolaridad de los pacientes fallecidos por TBC en el Servicio Salud de Bío-Bío durante los años 1984 y 1985.
- Conocer la situación laboral de los pacientes fallecidos por TBC en el Servicio Salud de Bío-Bío, durante los años 1984 y 1985.
- Identificar los antecedentes de tratamiento en pacientes fallecidos por TBC, durante los años 1984 y 1985.
- Conocer lugar de fallecimiento en pacientes fallecidos por TBC, en el Servicio Salud Bío-Bío, durante los años 1984 y 1985.
- Determinar tipos de TBC de los pacientes fallecidos por TBC, en el Servicio Salud de Bío-Bío.
- Conocer los fundamentos de causa de muerte de los pacientes fallecidos por TBC en el Servicio Salud de Bío-Bío, durante los años 1984 y 1985.
- Identificar TBC activa y secuela de TBC de los pacientes fallecidos por Tuberculosis en el Servicio Salud de Bío-Bío, durante los años 1984 y 1985.
- Conocer la atención médica en el momento de fallecidos los pacientes por TBC, en el Servicio Salud de Bío-Bío, durante los años 1984 y 1985.
- Determinar la calidad de certificación médica de los pacientes fallecidos por TBC, en el Servicio Salud de Bío-Bío, durante los años 1984 y 1985.
- Conocer la relación existente entre las patologías concomitantes y los pacientes fallecidos por TBC en el Servicio Salud de Bío-Bío, durante los años 1984 y 1985.
- Conocer la distribución por Comunas de los pacientes fallecidos por TBC en el Servicio Salud Bío-Bío, durante los años 1984 y 1985.

Material y Método

Para la ejecución de este trabajo se hizo una auditoría de acuerdo a un formulario especialmente diseñado, a todos los fallecidos por Tuberculosis de todas las formas según Certificado Médico de Defunción en el Servicio Salud de Bío-Bío durante los años 1984 y 1985. Se analizaron 56 fallecidos, 31 de los cuales fueron el año 1984 y 25 en 1985.

Como fuente de información para este estudio se utilizó: Certificado Médico de Defunción, Historias Clínicas, Tarjetas de Tratamiento del Programa de TBC.

Los 56 casos analizados corresponden al total de fallecidos por Tuberculosis en el período estudiado.

Conclusiones

Del estudio realizado a los 56 fallecidos por Tuberculosis en el Servicio de Salud Bío-Bío durante los años 1984 y 1985, se desprende:

- Que los grupos con mayor mortalidad son de sexo masculino en el 71,40/o, con una edad más frecuente de 25-64 años, 62,50/o residencia urbana, en el 71,40/o, indicador socioeconómico y cultural bajo, educación básica, 46,40/o, pensionados y obreros en 64,30/o.
- Que debido al bajo nivel cultural y consulta no oportuna, el diagnóstico se hace en forma tardía, por lo cual se sugiere que la pesquisa y diagnóstico oportuno debe estar dirigido a los grupos de mayor riesgo.
- Que en el 35,70/o de los casos en los que figura en el certificado de defunción la Tuberculosis como causa de muerte, en la investigación realizada no hay antecedentes de tratamiento, diagnóstico ni pesquisa, por lo que se concluye que es probable que la causa de fallecimiento hubiese sido otra que no fue diagnosticada oportunamente, con lo cual el número de fallecidos por Tuberculosis aumentaría en forma artificial. Este hecho podría explicarse considerando que en el 500/o de los casos el Certificado de Defunción se hizo por cuadro clínico, y por otro Médico en el 64,60/o.
- Que el mayor porcentaje de los casos, 92,80/o, corresponde a Tuberculosis Pulmonar, de lo cual se desprende que a nivel de Atención Primaria se intensifiquen todas las medidas para la pesquisa y diagnóstico precoz de todo sintomático respiratorio.
- Entre las enfermedades concomitantes hay que destacar: Neumonía, Etilismo Crónico, Diabetes y Caquexia.
- De lo anterior se concluye que aún cuando en Tuberculosis han existido importantes avances para mejor control de la Morbilidad y Mortalidad en provincias con alta ruralidad, como Bío-Bío, es posible obtener mayores progresos en prevención, pesquisa, diagnóstico precoz y tratamiento, optimizando todas las actividades del Programa Nacional de Tuberculosis.

TABLA Nº 1

**MORTALIDAD TBC TODAS LAS FORMAS – CHILE – 8a. REGION – S.S. B.B.
TASA POR 100.000 HABITANTES**

Años	Chile	8a. Región	S.S. B.B.
1980	12,2	15,9	10,2
1981	9,4	13,2	10,1
1982	8,6	12,6	9,7
1983	8,1	14,3	12,8
1984	7,4	12,2	6,4
1985	—	10,0	9,3

TABLA Nº 2

**DISTRIBUCION PACIENTES FALLECIDOS POR TBC SEGUN GRUPO ETARIO
S.S. B.B. 1984–1985**

Grupo Etario	1984		1985		Total	
	Nº	o/o	Nº	o/o	Nº	o/o
— 15 años						
15 – 18 años	1	3,3	1	4	2	3,6
19 – 24 años	—	—	—	—	—	—
25 – 64 años	17	54,8	18	72	3,5	62,5
65 y más años	13	41,9	6	24	19	33,9
TOTAL	31	100	25	100	56	100

TABLA Nº 3

**DISTRIBUCION SEGUN SEXO DE FALLECIDOS TBC.
SERVICIO SALUD BIO-BIO 1984–1985**

Sexo	1984		1985		Total	
	Nº	o/o	Nº	o/o	Nº	o/o
Femenino	8	25,8	8	32	16	28,6
Masculino	23	74,2	17	68	40	71,4
TOTAL	31	100	25	100	50	100

95. PREVALENCIA DE LA INFECCION POR TRYPANOSOMA CRUZI EN DONANTES DE SANGRE EN 19 HOSPITALES DE CHILE. 1982-1986

Hugo Schenone, María del C. Contreras, José M. Borgoño, Patricia Salinas, Lea Sandoval, Fernando Villaruel y Antonio Rojas
(Departamento de Microbiología y Parasitología. Facultad de Medicina, Universidad de Chile y Ministerio de Salud, Chile).

La enfermedad de Chagas o tripanosomosis americana, es una histoparasitosis producida por el protozoo *Trypanosoma cruzi* que tiene una distribución geográfica que se extiende desde el sur de Estados Unidos hasta la mitad centro-sur de Argentina y de Chile. La infección por *T. cruzi* posee un carácter endemo-enzootico —afecta exclusivamente a mamíferos— y es prevalente en sectores rurales y periurbanos de la mayoría de los países americanos donde existe el vector biológico del parásito. El vector biológico está representado por diversas especies de insectos hematófagos de la familia Reduviidae, de los cuales la subfamilia Triatominae es la más importante.

En Chile, la parasitosis existe en sectores rurales y periurbanos comprendidos entre la I y la VI Regiones (18°30'–34°36' lat. sur). El vector más importante y casi exclusivo es el *Triatoma infestans*, especie de hábitos domésticos y conocida con el nombre popular de vinchuca. El hombre es el reservorio natural del *T. cruzi* más importante. Otros mamíferos, domésticos (perro, gato, cabra, oveja y conejo) y silvestres (ratas y zorros) actúan como reservorios eficientes.

En estudios epidemiológicos efectuados entre 1982 y 1985 en las siete primeras regiones del país, en los cuales se utilizó la reacción de hemaglutinación indirecta (RHAI) para enfermedad de Chagas —reacción de alta sensibilidad y especificidad— se examinó un total de 13.514 habitantes rurales y periurbanos, encontrándose una tasa de prevalencia de un 16,90/o. En numerosas oportunidades el diagnóstico fue corroborado mediante el xenodiagnóstico.

La permanente migración rural-urbana que ha tenido lugar en el país, la cual se ha acentuado en los últimos decenios, ha sido un factor determinante en el ingreso de individuos con infección chagásica procedentes de sectores de endemo-enzootia de la parasitosis, a sectores urbanos en los cuales no existía el vector ni individuos parasitados.

Este fenómeno demográfico ha contribuido a la aparición de casos nuevos de enfermedad de Chagas en sectores urbanos. Estos casos nuevos pueden originarse por dos vías principales, la transfusional y la transplacentaria, siendo aparentemente la primera mucho más frecuente.

Con el objeto primordial de contribuir al conocimiento actualizado y representativo de la prevalencia de la infección por *T. cruzi* en personas aparentemente sanas que habitan en sectores urbanos de las siete primeras regiones, a partir de 1982 hemos iniciado un estudio mediante la RHAI respectiva en donantes de sangre y parturientas de 17 hospitales de las citadas regiones.

En la Tabla Nº 1 se muestran selectivamente los resultados de la RHAI para enfermedad de Chagas en 16.923 donantes de sangre de los referidos 17 hospitales, más los de 2 hospitales de la VII y X Regiones, en las cuales no existe dicha parasitosis.

Las tasas de positividad de la RHAI para enfermedad de Chagas en los donantes de sangre, variaron entre 0,80/o (hospitales de la VI Región) y 7,6–9,40/o (hospitales de la IV Región). En términos generales, las tasas de positividad encontradas en los aludidos donantes de sangre de las siete primeras regiones guardaron relación con las encontradas en los estudios epidemiológicos efectuados en los correspondientes sectores rurales y periféricos de las mismas regiones.

La incidencia y algunas características clínicas de la infección chagásica adquirida por vía transfusional no son aún bien conocidas, habiéndose informado alrededor de 200 casos, confirmados en Brasil y Argentina.

Se considera que el riesgo mínimo de adquirir una infección por *T. cruzi* a partir de una transfusión de 500 ml de sangre de un donante chagásico, es del orden del 12,50/o.

El control de la enfermedad de Chagas transfusional se ha basado en efectuar reacciones serológicas específicas a los candidatos a donantes de sangre, descartando a los que presenten positivas dichas reacciones, y en la quimioprofilaxis de sangre sospechosa almacenada, adicionándole drogas tripanosomicidas efectivas, tales como el violeta de genciana.

TABLA Nº 1

**TASAS DE POSITIVIDAD DE LA RHA PARA ENFERMEDAD DE CHAGAS POR SEXO
Y GENERALES EN 16.923 DONANTES DE SANGRE DE 19 HOSPITALES DE CHILE.
1982-1986**

Regio- nes	Hospitales	HOMBRES			MUJERES			TOTAL		
		Total	Positivos		Total	Positivas		Total	Positivos	
			Nº	o/o		Nº	o/o		Nº	o/o
I	Arica	907	20	2,2	157	7	4,5	1.064	27	2,5
	Iquique	1.081	15	1,4	197	5	2,5	1.278	20	1,6
II	Antofagasta	969	25	2,6	31	1	3,2	1.000	26	2,6
	Calama	797	32	4,0	201	6	3,0	998	38	3,8
III	Copiapó	832	53	6,4	312	21	6,7	1.144	74	6,5
IV	La Serena	812	10	1,2	188	2	1,1	1.000	12	1,2
	Ovalle	384	31	8,1	114	7	6,1	498	38	7,6
	Illapel	325	29	8,9	132	14	10,6	457	43	9,4
V	San Felipe	794	20	2,5	197	7	3,6	991	27	2,7
	Los Andes	744	28	3,8	252	5	2,0	996	33	3,3
Metro- poli- tana	J.J. Aguirre	727	16	2,2	273	4	1,5	1.000	20	2,0
	Del Salvador	766	5	0,7	251	5	2,0	1.017	10	1,0
	Barros Luco-T.	778	9	1,2	257	4	1,6	1.035	13	1,3
	S. Juan de Dios	791	10	1,3	271	1	0,4	1.062	11	1,0
VI	Rancagua	835	12	1,4	206	6	2,9	1.041	18	1,7
	San Fernando	160	2	1,3	340	2	0,6	500	4	0,8
	Santa Cruz	411	4	1,0	89	0	0,0	500	4	0,8
VII	Talca	676	0	0,0	166	0	0,0	842	0	0,0
X	Pto. Montt	395	0	0,0	105	0	0,0	500	0	0,0

96. PREVALENCIA DE SARNA Y PEDICULOSIS EN ESCOLARES DE ENSEÑANZA BÁSICA DE TIL-TIL EN EL MES DE MAYO DE 1986

Dr. Manuel León y Srtas. María Teresa Contador, Erika Dahl, María Luisa Lisboa
(Hospital de Til-Til)

Debido a la apreciación subjetiva de aumento del número de casos de sarna y pediculosis en la población escolar durante este año, hemos querido revisar la problemática en la zona rural de Til-Til.

Objetivos

- Conocer la prevalencia actual de sarna y pediculosis en escolares de ambos sexos cuyas edades fluctúan entre 6 y 13 años en la zona rural de Til-Til.
- Establecer una comparación del porcentaje de niños afectados con lo encontrado en escolares de enseñanza básica en la Región Metropolitana en los meses de Junio y Julio de 1975.
- Estudio de factores asociados a estas parasitosis.

Material y Método

Se tomó una muestra de escolares extraída del Liceo C-82 de Til-Til, de 1º a 4º año de enseñanza básica, con un total de 219 niños de ambos sexos cuyas edades fluctúan entre 6 y 14 años.

Se procedió a realizar examen físico completo de los niños, poniendo especial cuidado en la revisión de cuero cabelludo y piel. Pesquisado el caso se interrogó al niño a propósito del número de personas que cohabitaban con él, existencia de alcantarillado, agua potable y hacinamiento.

Análisis de Resultados

De los 219 niños examinados, se encontró que 55 de ellos se encontraban afectados de parasitosis (sarna y/o pediculosis), correspondiendo éstos al 25,0% del total.

De los niños afectados, el 83,6% corresponde a pediculosis, el 21,8% a sarna y un 5,4% padecía de ambas infecciones.

Del total de parasitados con sarna, la mayor concentración se encuentra en el grupo etario entre 7 y 9 años.

Del total de pediculosis el mayor porcentaje se encuentra entre los 6 y 8 años.

Del total de casos encontrados, se obtuvo que el grupo etario más afectado corresponde a los menores entre 6 y 8 años, siendo el 63,6%. El 43,6% son niñas y el 20%, niños (ver gráfico adjunto).

Entre los 9 y 11 años se encontró el 29% del total de niños afectados de parasitosis y de éstos el 18,1% corresponde a niñas, siendo el 10,9% restante, varones.

Del grupo etario entre 12 y 14 años de niños enfermos, se encontró que correspondía al 7,2%. De éstos el 3,6% de sexo femenino, y el 3,6%, sexo masculino.

En relación al Índice CAS (Ver Tabla)

Del 100% de casos de parasitosis se encontró que el 58,2% corresponde a Cas 1, siendo ésta la mayor concentración.

El 29,1% se asocia con índice Cas 2, el 9,1% a Cas 3 y el 3,6% se relaciona con Cas 4.

A su vez, estos resultados numéricos se apoyan en el informe verbal de los niños acerca de las condiciones de saneamiento ambiental y hacinamiento.

El 60,4% corresponde a mediaguas sin alcantarillado dentro de la vivienda y pozo séptico.

La gran mayoría (70,4%) reveló existencia de un reducido número de camas en relación al número de personas con las que cohabitaban. Aproximadamente el 45,6% de los afectados hacía uso de una cama de una plaza junto a dos o tres personas más de diferentes sexos, edades y parentescos.

Conclusiones

De estos resultados tenemos que:

- 1) Las parasitosis (sarna y pediculosis) a nivel rural son frecuentes (250/o de niños afectados), siendo significativamente más prevalente la pediculosis (83,60/o del total de afectados).
- 2) Comparando el porcentaje de niños afectados en la zona rural de Til-Til en el mes de Mayo de 1986 con la prevalencia encontrada en escolares de enseñanza básica en Santiago de Chile en los meses de Junio y Julio de 1975, que correspondió al 24,90/o, observamos que es semejante, contrariamente a la hipótesis planteada al comenzar nuestro estudio. Esperábamos encontrar una notable diferencia porcentual que afectara más al área rural, por las condiciones de saneamiento ambiental supuestamente peores.
- 3) Entre los 6 y 11 años se observa que el mayor porcentaje en parasitosis se concentra en el sexo femenino para igualarse en el grupo etario de 12 a 14 años.
- 4) La alta prevalencia de parasitosis se asocia con bajas condiciones socioeconómicas, reflejadas en el índice Cas (58,10/o Cas 1) que coincide con el informe verbal aportado por los niños en relación al número de personas que cohabitaban con él, número de camas, existencia de agua potable y alcantarillado.

GRAFICO Nº 1

**PREVALENCIA DE SARNA Y PEDICULOSIS SEGUN EDAD Y SEXO EN RELACION
AL TOTAL DE CASOS ENCONTRADOS EN ESCOLARES DE TIL-TIL
ENTRE 6 Y 14 AÑOS**

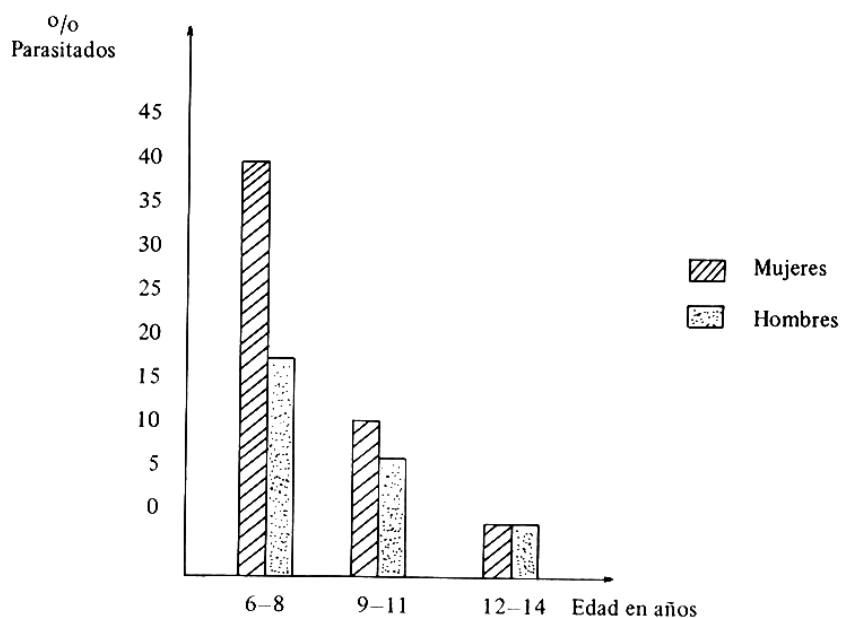


TABLA Nº 1

**PREVALENCIA DE SARNA Y PEDICULOSIS SEGUN EDAD Y SEXO
EN RELACION A INDICE CAS EN ESCOLARES DE TIL-TIL
ENTRE 6 Y 14 AÑOS**

Cas	6-8		9-11		12-14		o/o
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	
1	9	12	4	6	1	—	58,2
2	1	9	1	2	—	3	29,1
3	—	3	—	2	—	—	9,1
4	1	—	1	0	—	—	3,6

97. HIDATIDOSIS HUMANA Y PROGRAMAS DE CONTROL EN CHILE Y OTROS PAISES SUDAMERICANOS

Dr. Iván Serra

(Escuela de Salud Pública, Facultad de Medicina, Universidad de Chile)

Se estudia la tendencia epidemiológica de la hidatidosis humana durante el período 1965-1984 en los cuatro países sudamericanos donde el problema es mayor: Argentina, Chile, Perú y Uruguay, en base a información oficial solicitada, efectuando un análisis crítico de la misma y planteando correcciones en casos determinados. Se correlaciona lo anterior con los programas de control de esta zoonosis en los mismos países según evaluación disponible en la literatura mundial. Se completa el análisis con algunos informes pedidos al CEPANZO (Centro Panamericano de Zoonosis en Buenos Aires).

Los datos sobre morbi-mortalidad humana proporcionados por los Ministerios de Salud respectivos revelan que Chile ha experimentado la evolución más desfavorable en el período señalado, pues presenta tasas altas y mantenidas durante todo el lapso, ocupando ahora el primer lugar en Sudamérica. A la inversa, Uruguay, inicialmente el más afectado, muestra tasas que desde el más alto nivel han ido descendiendo en forma marcada y sostenida, ubicándose en la actualidad en el segundo lugar. En Argentina, los índices se mantienen a nivel moderado, pero con tendencia creciente de la morbilidad específica que la sitúan en el tercer lugar. En Perú las tasas son bajas y estables, aún cuando podría existir importante subnotificación de casos.

Para los tres primeros países esta evolución pareciera estar relacionada con el grado de desarrollo y cobertura de los programas de control que se realizan desde 1970 en Uruguay y Argentina, y desde 1980 en Chile. Perú no ha informado sobre programas específicos. De acuerdo con esto, Uruguay es el único que ha logrado resultados a nivel nacional y, además, mantenidos.

Argentina y Chile desarrollan programas que sólo abarcan parte del territorio comprometido, lo cual se refleja en que, si bien obtienen notoria disminución de la infección en perros y ganado en esas zonas, no ha sido igual en la infección humana. El programa de Chile es un caso especial, pues está orientado principalmente a los aspectos pecuarios y bajo la dirección del Ministerio de Agricultura, consiguiendo en este sentido los mejores resultados entre todos, pero las tasas de infección humana en las regiones bajo control siguen siendo las más elevadas del país y del continente.

98. TRATAMIENTO Y PREVENCIÓN DE LA ENTEROPARASITOSIS EN MANIPULADORES DE ALIMENTOS

Beatriz Gottlieb, Ana Repetto, Isabel Noemi, Hernán Reyes, Patricio Amaro, Claudio García, Lorena Tapia
(Unidad Parasitología, Departamento Salud Pública, Facultad de Medicina, Universidad de Chile)

La infección por enteroparásitos en preescolares que asisten a Jardines Infantiles alcanza cifras superiores al 400/o. Una posible causa podría corresponder a la transmisión de la infección parasitaria a través de las manipuladoras de alimentos de dichos Jardines, por lo cual se decide estudiar esa población y aplicar medidas de tratamiento y control.

Material y Método

Se evalúa mediante Examen Parasitológico seriado de deposiciones (Método de Burrows) y Test de Graham a 51 manipuladoras de alimentos de la Junta Nacional de Jardines Infantiles, con el fin de precisar índices de infección y valor de la Educación Sanitaria en dicha población.

Se aplica en las manipuladoras dos esquemas: el Grupo A recibe tratamiento medicamentoso asociado a Curso de Educación Sanitaria, y el Grupo B sólo recibe tratamiento medicamentoso.

El tratamiento medicamentoso consistía en Tinidazol para Amebiasis (2 gramos diarios por 2 días) y para Giardiasis (2 gramos dosis única), y Albendazol (1 gramo dosis única, al grupo familiar) para la Oxyuriasis.

El curso de Educación Sanitaria consistió en charlas, discusión de grupo, trabajo práctico y desarrollo de unidades educativas. Versación sobre aspectos generales de los parásitos intestinales y, principalmente, las medidas de profilaxis individual. En el desarrollo de esta actividad participan médicos, educadores para la salud, tecnólogo y ayudantes alumnos.

Se evalúa resultado a los 6 meses de evolución, mediante nuevo Examen Parasitológico seriado de deposiciones (M. Burrows) y Test de Graham.

Resultados

El examen inicial revela porcentajes de infección similar en Grupo A (5/26) que el Grupo B (4/25), sin significancia estadística, correspondiendo a infección por *E. histolytica* (6 casos), *G. lamblia* (2 casos) y *E. vermicularis* (1 caso).

Al cabo de 6 meses, luego de tratamiento medicamentoso y Educación Sanitaria, el grupo A revela índices de infección similar al inicial (4/26) y semejante al Grupo B (4/25). Hubo 5 casos de infección por *E. histolytica* y 3 por *G. lamblia*.

Conclusión

El trabajo demuestra que las Manipuladoras de Alimentos presentan cifras de infección por enteroparásitos cercanas al 200/o y que esta cifra no se modifica en esta experiencia a mediano plazo ni con el tratamiento medicamentoso ni la Educación Sanitaria. Debe intentarse agregar otras soluciones además a los aplicados, para enfrentar estas infecciones que tienen directa relación y efecto en los preescolares que atiende.

99. ESTILO DE VIDA EN MEDICOS

Dr. Nelson Vargas y Srs. Teresa Millán, Jorge Aliaga, Miguel Bustos, Horacio Cox, Gonzalo Espinoza, Luis Leiva, Alvaro Norambuena y Marco Pereira
(Departamento Salud Pública, División Occidente, Facultad de Medicina, Universidad de Chile)

Para describir y evaluar, en forma rápida, aspectos del estilo de vida de médicos de dos hospitales docentes de Santiago, se elabora un instrumento que asigna puntaje (mínimo: 10 puntos; máximo: 35 puntos) a tres áreas: restricción de ciertos alimentos (5 a 20 puntos); realización de actividad física (3 a 10 puntos) y participación en actividades sociales (2 a 5 puntos).

Se entrevistó 285 médicos de los hospitales San Juan de Dios y Félix Bulnes C., descartando 18 enfermos y 18 que rehusaron responder (total 259).

El instrumento está diseñado para asignar puntaje alto a la restricción de alimentos (calorías, azúcar, grasas animales, colesterol y sal), a la realización o incremento de la actividad física y a la participación en actividades sociales (familiares y extrafamiliares).

El puntaje promedio total alcanzó a $18,7 \pm 4,8$ puntos, siendo significativamente mayor ($p: - 0,05$) en los individuos sobre 40 años ($n = 89$) al comparar con los menores ($n = 160$) de esa edad ($19,8 \pm 5,6$ puntos. versus $18,1 \pm 4,3$). Esta diferencia entre estos grupos sólo fue significativa entre los hombres ($n = 185$), sin alcanzar a serlo entre las mujeres ($n = 64$).

Se denominó buen restrictor de un alimento al que, en 100 ocasiones posibles de consumo, declaró restringirlo 75 veces o más y se llamó mal restrictor al que declaró hacerlo menos de 25 veces.

Las grasas animales fueron el alimento con mayor frecuencia de buenos restrictores ($14,1\%$ y $n = 35$), en especial entre las mujeres ($20,3\%$), al comparar con los hombres ($11,9\%$). La frecuencia de buenos restrictores subió en sujetos sobre 40 años ($22,5\%$ versus $9,4\%$) al comparar con los menores ($p: - 0,05$). Las grasas animales también fueron el alimento con menor cifra de malos restrictores. Sobre los 40 años disminuyó ($p: - 0,05$) el tamaño del grupo de malos restrictores de calorías, azúcar, grasas animales y colesterol.

Las mujeres declararon ser más sedentarias que los hombres por tener un grupo más grande que realizaba poco ejercicio y un grupo más chico que lo hacía en forma frecuente.

Los hombres declararon menor participación en actividades sociales.

Los hallazgos sugieren que los médicos encuestados no tienen, en los aspectos estudiados, un estilo de vida que promueva la salud y que el grupo sobre 40 años realiza algún esfuerzo en este sentido. De ello se desprende la necesidad de motivar un cambio conductual en ellos, para luego intentar la difusión de éste al resto de la población.

TABLA Nº 1

**PUNTAJES PROMEDIO TOTALES OBTENIDOS CON LA ENCUESTA,
SEGUN GRUPO DE SEXO Y EDAD**

	Nº	Puntaje Promedio	Desviación Tipo
Total	249	18,7	4,8
Hombres	185	18,6	4,9
– 40 años	109	17,8	4,1
+ 40 años	76	19,9 *	5,7
Mujeres	64	18,8	4,6
– 40 años	51	18,7	4,5
+ 40 años	13	19,2	5,2
Menores 40 años	160	18,1	4,3
Mayores 40 años	89	19,8 *	5,6

* Significativo.

TABLA Nº 2

**PORCENTAJE DE MALOS RESTRICTORES*, SEGUN ALIMENTO, POR SEXO Y EDAD
249 MEDICOS DE DOS HOSPITALES DOCENTES. SANTIAGO 1985–1986**

Alimento	Total n = 249	Hombres 185	Mujeres 64	– 40 años 160	+ 40 años 89
Calorías	61,8	67,0 **	46,9	68,8 **	49,4
Azúcar	66,3	70,8 **	53,1	70,6 **	58,4
Grasas animales	55,4	60,5 **	40,6	59,4 **	48,3
Colesterol	60,2	64,3 **	48,4	65,0 **	51,7
Sal	80,7	81,6	78,1	84,4	74,2

* En un total de 100 ocasiones declaran restringir menos de 25 veces.

** Significativo.

TABLA Nº 3

PORCENTAJE CON ACTIVIDAD FISICA* FRECUENTE E INFRECUENTE, POR SEXO Y EDAD. MEDICOS DE DOS HOSPITALES DOCENTES. SANTIAGO 1985-1986

Actividad Física	Total (n = 249)	Hombres (185)	Mujeres (64)	- 40 años (160)	+ 40 años (89)
1 ó + veces semanales	36,1	42,1 **	18,8	35,0	38,2
Menos 1 vez al mes	40,6	34,6 **	57,8	38,1	44,9

* 20 min. por sesión, como actividad principal.

** Significativo.

TABLA Nº 4

PROPORCION QUE DECLARA PARTICIPACION FRECUENTE* E INFRECUENTE* EN ACTIVIDADES SOCIALES FAMILIARES Y EXTRA FAMILIARES, POR SEXO Y EDAD. 249 MEDICOS DE HOSPITALES DOCENTES. SANTIAGO 1985-1986

Actividad Social	Total (n = 249)	Hombres (185)	Mujeres (64)	- 40 años (160)	+ 40 años (89)
Familiar					
Frecuente	43,8	43,2	45,3	43,8	43,8
Infrecuente	17,3	21,1 **	6,3	15,6	20,2
Extrafamiliar					
Frecuente	17,7	17,8	17,2	20,0	13,5
Infrecuente	36,9	39,5	29,7	35,6	39,3

* En 52 semanas del año: Frecuente = 75 o más semanas.
Infrecuente = menos de 24

** Significativo.

100. ESTILO DE VIDA DE LOS ALUMNOS DE LAS CARRERAS DE LA SALUD

Dra. Inés Salas y Srs. Ricardo Salinas, Wenceslao Vial, Jorge Marín, Jorge Ruiz, Raúl San Martín, Herman Schwarze, Iván Sepúlveda, Verónica Soto, José Tevah y Sebastián Uribe
(Departamento de Salud Pública, División Oriente, Facultad de Medicina, Universidad de Chile)

El estilo de vida de las personas, es de la máxima importancia en relación a salud y enfermedad y conocerlo es un requisito básico para plantear una estrategia de promoción de salud destinada a estimular conductas adecuadas y a minimizar conductas de riesgo. El estilo de vida de los alumnos de las carreras de la salud adquiere un interés adicional, puesto que en el futuro será un modelo para los pacientes y, por otra parte, refleja en cierta medida el impacto que se está logrando en conductas saludables en los alumnos, con el sistema actual de formación en pre grado.

El objetivo de esta investigación es describir, en los alumnos de las carreras de la salud de la División de Ciencias Médicas Oriente, los siguientes aspectos del estilo de vida: sueño, ejercicio físico, actividades recreativas, consumo de cigarrillos y alimentación.

De un universo de 432 alumnos en junio de 1985, constituido por tercero, cuarto, y quinto año de Medicina y primero, segundo y tercero de Kinesioterapia, Fonoaudiología y Terapia Ocupacional, se logró encuestar a 363 alumnos (84,00/o) en julio de 1985. Las encuestas fueron pasadas por los investigadores en los cursos respectivos. La información fue procesada con microcomputador.

De los 363 alumnos, 147 (40,50/o) son hombres y 216 (59,50/o) mujeres, con edad promedio de $20,8 \pm 1,94$ años.

Los alumnos duermen un promedio de $6,95 \pm 1,11$ horas diarias, siendo los de Fonoaudiología los que tienen un promedio más alto, de $7,38 \pm 1,10$ horas, lo que es estadísticamente significativo en relación a las otras carreras, a una $p \leq 0,05$.

En relación a horas semanales de práctica deportiva, un 48,60/o de los 352 alumnos que respondieron este ítem, declaran practicar cero hora a la semana. Al analizar por carrera, se aprecia que en Terapia Ocupacional, este porcentaje es de 73,90/o, en Fonoaudiología de 61,00/o, en Medicina de 37,10/o y en Kinesioterapia de 34,30/o. Los alumnos de Terapia Ocupacional y de Fonoaudiología en un mayor porcentaje no practican deportes en relación a los de Medicina y Kinesioterapia, siendo esta diferencia estadísticamente significativa a una $p \leq 0,05$.

Sobre percepción de la cuantía de actividad física practicada, un 70,80/o de los 360 alumnos que respondieron este ítem declaran que lo que realizan es poco o muy poco. Un 87,10/o de los 363 alumnos declaran que el ejercicio físico es muy importante para la salud.

Un 59,70/o de 362 alumnos señalan que realizan pocas o muy pocas actividades recreativas. Durante el día hábil los alumnos dicen ver televisión un promedio de $1,41 \pm 1,31$ horas. El promedio más bajo corresponde a alumnos de Medicina ($1,31 \pm 1,19$ horas) y el más alto a alumnos de Fonoaudiología ($1,59 \pm 1,24$ horas). Durante los días festivos el promedio de horas diarias de televisión sube a $3,13 \pm 2,17$ horas.

El número promedio de amigos de los 340 alumnos que respondieron es de $4,16 \pm 2,49$.

Un 65,10/o de los 335 alumnos que respondieron respecto a consumo de cigarrillos declaran no fumar nunca.

Por último, un 38,30/o de 360 alumnos señalan consumir un patrón de cuatro comidas diarias (desayuno, almuerzo, once y cena).

Los resultados observados en algunos aspectos del estilo de vida de los alumnos de las carreras de la salud, nos sugieren la conveniencia de revisar el currículum de formación actual para estimular la adquisición de conductas saludables.

TABLA Nº 1

NUMERO DE HORAS SEMANALES DE PRACTICA DEPORTIVA SEGUN CARRERAS
DE LA DIVISION DE CIENCIAS MEDICAS ORIENTE. JULIO DE 1985

Horas Semanales	Medicina		Kinesioterapia		T. Ocupacional		Fonoaudiología		Total	
	Nº	o/o	Nº	o/o	Nº	o/o	Nº	o/o	Nº	o/o
0	52	37,1 *	24	34,3	48	73,9 *	47	61,0 *	171	48,6
1 - 2	38	27,1	9	12,9	8	12,3	8	10,4	63	17,9
3 - 4	29	20,7	13	18,6	4	6,2	10	13,0	56	15,9
5 - 6	8	5,7	8	11,4	-	-	6	7,8	22	6,3
7 - 8	8	5,7	8	11,4	2	3,1	2	2,6	20	5,7
9 - 10	3	2,1	-	-	1	1,5	2	2,6	6	1,7
11 - 12	1	0,7	2	2,9	1	1,5	-	-	4	1,1
13 - 14	1	0,7	2	2,9	-	-	-	-	3	0,9
15 - 16	-	-	3	4,3	-	-	-	-	3	0,9
17 - 18	-	-	1	1,4	-	-	-	-	1	0,3
19	-	-	-	-	1	1,5	2	2,6	3	0,9
S/C	5	-	4	-	-	-	2	-	11	-
TOTAL	140	100,0	70	100,0	65	100,0	77	100,0	352	100,0

* $p \leq 0,05$

101. TABAQUISMO EN 12 CIUDADES CHILENAS

Drs. Ernesto Medina, Ana Paz Bahamondes, Ana María Espinoza, M. Verónica Fernández,
Bernadette Forray, Carmen Jeria y María Kondrak
(Escuela de Salud Pública, Facultad de Medicina, Universidad de Chile)

La prevalencia de tabaquismo ha sido estudiada en la ciudad de Santiago en 1971 (D. Joly y col. Publ. Cientif. OPS N° 337, 1977) y en 1985 (E. Medina y cols, Rev. Med. Chile 114:257, 1986), apreciándose un aumento del número de adultos fumadores de 36 a 41% en la población total y de 26 a 39% en las mujeres, que contrasta con la disminución de 47 a 44% en el sexo masculino.

Esta investigación ha explorado por primera vez el hábito de fumar en un conjunto de 12 ciudades chilenas. En cada una de ellas se investigó una muestra aleatoria de viviendas de la ciudad, explorándose la morbilidad percibida por la población, la atención de salud prestada en las dos semanas anteriores a la encuesta, y un conjunto de información vinculada a la condición económico social y el estilo de vida que incluyó el consumo de tabaco por la población adulta, con un total de 2.100 mayores de 15 años investigados. El estudio se realizó en noviembre de 1985.

Resultados

TABLA N° 1

PREVALENCIA DE TABAQUISMO (o/o) AJUSTADA POR SEXO Y EDAD EN ADULTOS DE 12 CIUDADES CHILENAS. 1985

Ciudades	PREVALENCIA (o/o)		
	Total	Varones	Mujeres
Viña del Mar	41,8	51,2	33,6
Valparaíso	38,1	50,3	27,9
Antofagasta	35,1	50,3	21,0
Talcahuano	32,8	41,5	25,5
Coquimbo	32,9	50,0	17,0
Concepción	30,6	39,5	22,7
Iquique	30,4	42,3	19,3
Chillán	30,3	34,7	26,0
Talca	29,7	41,3	19,6
La Serena	23,3	28,8	19,1
Rancagua	18,9	24,9	14,5
Coronel	16,7	18,5	15,0

En el conjunto de las 12 ciudades es posible apreciar que sistemáticamente la frecuencia de fumadores es superior en el sexo masculino, situación que se registra en todos los grupos de edad considerados. El hábito se inicia en la adolescencia (22^o/o de fumadores en varones y 13^o/o en mujeres de 15 a 19 años), aumentando a 53^o/o y 31^o/o a los 25 años y disminuyendo progresivamente a partir de esa edad hasta alcanzar un 22^o/o en hombres mayores de 75 años y 20^o/o en mujeres de dicha edad.

En la tabla 2 se presenta la prevalencia de fumadores de acuerdo al nivel de ingreso familiar, años de instrucción y nivel de angustia, considerando el total de las 12 ciudades. El análisis estadístico revela que el hábito de fumar incrementa significativamente con la escolaridad; que los grupos de muy bajo ingreso (menos de \$ 5.000 mensuales) y los de mayor nivel económico (\$ 50.000 y más) fuman significativamente menos o más, respectivamente, que otras situaciones de ingreso y que el nivel de angustia expresado por la población no se correlaciona significativamente con el hábito de fumar.

TABLA Nº 2

**TABAQUISMO SEGUN INGRESO FAMILIAR, ESCOLARIDAD Y NIVEL DE ANGUSTIA
EN 12 CIUDADES CHILENAS. 1985**

Variables	o/o de fumadores	Indice
Total	30,3	100
Ingreso familiar mensual		
— de 5.000	19,8	64
5 a 9.900	29,2	95
10 a 14.900	27,0	88
15 a 24.900	29,9	97
25 a 49.900	32,9	107
50.000 y más	40,4	132
Años de instrucción		
0 a 3	23,6	78
4 a 8	27,2	90
9 a 12	32,6	108
13 y más	33,6	112
Nivel de angustia		
1 (mínima)	28,4	94
2	31,0	103
3	26,5	88
4	26,0	86
5	34,5	115
6	31,4	104
7	33,0	110

La prevalencia de tabaquismo de las ciudades se correlacionó con los valores medios de ingreso mensual, escolaridad e índices de intensa angustia observados en las 12 ciudades. Los coeficientes de Spearman fueron de 0,143 para la relación tabaquismo-ingreso; de 0,162 para tabaquismo-escolaridad y de 0,142 para tabaquismo-angustia. Ninguno de estos coeficientes es estadísticamente significativo.

Comentario

En el estudio hemos comprobado que el hábito de fumar de las ciudades chilenas, si bien es inferior en promedio al observado en Santiago, muestra cifras elevadas. Se aprecia, igualmente que, a diferencia de la capital, ciudad en la que la prevalencia difiere escasamente en hombres y mujeres, en las ciudades consideradas se observa una significativa diferencia entre ambos sexos.

Las variaciones en el hábito de fumar en las 12 ciudades no se explican por los factores nivel de ingreso, nivel de escolaridad y nivel de angustia, pese a que las dos primeras variables aparecen asociadas al hábito de fumar.

102. TABAQUISMO EN PACIENTES HOSPITALIZADOS

Drs. Ernesto Medina, Marisol Denegri, Ana María Donoso, Erico Segovia y Alfredo Sierra
(Escuela de Salud Pública, Facultad de Medicina, Universidad de Chile)

Los estudios epidemiológicos modernos han demostrado, sin lugar a dudas, que el hábito de fumar representa un importante factor de producción de enfermedad respiratoria, cardiovascular, neoplásica, maternal e infantil, además de actuar como multiplicador de diversos riesgos ocupacionales. Las evidencias provienen de investigaciones realizadas en diversas partes del mundo. Diversos estudios colaborativos muestran, sin embargo, que la importancia del tabaco como factor causal de enfermedad, suele variar de país en país, reflejando seguramente diferencias de las personas o de las características del hábito de fumar. Ha llamado la atención, por ejemplo, que el significado del tabaco en cuanto a producción de episodios agudos de enfermedad coronaria es considerablemente mayor en Norteamérica que en los países latinoamericanos. Algo parecido se ha observado en el cáncer del pulmón: evidencias chilenas recientes muestran un incremento del riesgo relativo del cáncer pulmonar inferior a los clásicos hallazgos ingleses.

Por las razones anteriores nos ha parecido oportuno estudiar el significado del tabaco en los pacientes chilenos.

Material y Método

Los enfermos estudiados estaban hospitalizados en el Hospital Clínico de la Universidad de Chile y correspondieron a 215 varones y 253 mujeres adultas. En todos ellos se empleó el cuestionario básico de tabaquismo elaborado por la American Cancer Society, adaptado por nosotros para su uso en enfermos. Dicho cuestionario incluye preguntas sobre experiencia tabáquica, edad de comienzo, situación antes de enfermar, abandono del hábito por la enfermedad, situación actual, cantidad de cigarrillos, preocupación por los efectos de fumar y fuentes de información sobre el riesgo del tabaco. Los datos fueron traspasados a cinta y elaborados en los terminales de computación de la Escuela de Salud Pública.

El riesgo relativo de uso del tabaco en los diversos tipos de patología, se estudió comparando la prevalencia específica en los pacientes con un determinado diagnóstico con la prevalencia observada en el total de enfermos, excluyendo dicha patología. Se utilizó la fórmula clásica de los diseños de casos y controles provenientes de la tabla cuadrangular y equivalente a ad/bc .

Resultados

El análisis de la prevalencia de fumadores según sexo y edad, muestra una tendencia tabáquica diversa en los menores de 50 años, que fuman en proporciones del 50% de los casos, y en los mayores de aquella edad, cuya prevalencia es claramente menor. Se advierte, igualmente, una neta y significativa diferencia ($p = 0,01$) en cuanto a una mayor prevalencia, en todas las edades, en el sexo masculino.

En cuanto a la prevalencia y el consumo promedio de cigarrillos en pacientes portadores de diversas patologías, se advierte que en 7 de ellas (accidentes vasculares encefálicos, cáncer del pulmón, insuficiencia renal, enfermedad coronaria, gastritis crónica, enfermedad bronquial obstructiva y adenoma prostático) hay una clara mayor prevalencia y consumo diario de cigarrillos que en el resto de los pacientes.

La cuantificación del riesgo relativo revela valores entre 3 y 4 para el cáncer y la tuberculosis pulmonar y los AVE y de 2 para nefropatías en insuficiencia renal, gastritis crónica, EBOC, enfermedad coronaria y adenoma prostático. A la inversa, el riesgo relativo es inferior a uno en patologías como la diabetes, ITU y asma bronquial.

La comparación entre las enfermedades asociadas y no asociadas revela un riesgo relativo de 1,48 paralelamente a una magnitud de consumo diario de cigarrillos de 2,5 veces.

En el 62,6% la iniciación del hábito se produce en edades inferiores a los 21 años.

Respecto a las principales fuentes de información de los pacientes respecto a los efectos del tabaco sobre la salud, destacan la gran frecuencia con que dicha información se ha originado en los medios de comunicación masivos.

En relación al nivel de preocupación de los pacientes por los efectos del tabaco, se aprecia que existe una diferencia estadísticamente significativa en cuanto a mayor nivel de preocupación de los enfermos no fumadores en comparación con los fumadores.

Comentario

La prevalencia de fumadores entre los enfermos estudiados alcanzó globalmente a un 42,0/o, cifra que es comparable a la encontrada por nosotros en encuestas de tabaquismo en la población general de Santiago, donde registramos un 41,20/o de fumadores. La prevalencia de fumadores en los pacientes varones (58,60/o) fue superior a la de la población general (43,90/o) mientras en las mujeres, las cifras correspondientes alcanzaron a 27,60/o y 38,90/o, respectivamente.

Hemos encontrado que diversas patologías se asocian en Chile al consumo de tabaco, apareciendo riesgos relativos dos a cinco veces superiores en los fumadores. Algunas de estas enfermedades han sido señaladas en la literatura, como ocurre con el cáncer del pulmón, la bronquitis crónica, la enfermedad coronaria o los accidentes vasculares cerebrales. La asociación que hemos encontrado con tuberculosis pulmonar, nefropatías en insuficiencia renal o adenoma prostático, requiere exploración más detallada. La baja prevalencia de fumadores en algunas patologías se explica en el caso de la patología biliar y la infección urinaria por la mayor frecuencia de estas afecciones en el sexo femenino, con menor frecuencia de fumadoras, y en el caso del asma bronquial, por la producción de síntomas respiratorios que tienden a hacer abandonar el hábito.

Un importante componente del control del tabaquismo es la preocupación por sus efectos. Al respecto se observa, una vez más, una asociación inversa entre preocupación y prevalencia del hábito. Se comprueba, igualmente, que los medios de comunicación de masas, y en particular la televisión, constituyen la principal fuente de información en la materia.

103. HABITO DE FUMAR EN PROFESORES DE ENSEÑANZA MEDIA

Sr. Drago Vrsalovic, Dra. Aída Kirschbaum y Sr. Ara Pinilla

(Departamento Ciencias Exactas y Naturales, Instituto Profesional de Osorno y Escuela de Salud Pública, Universidad de Chile).

Numerosos investigadores y diversos organismos nacionales e internacionales, han planteado la importancia que tiene la educación antitabáquica como una acción destinada a prevenir la iniciación del hábito, o bien, para lograr su abandono. La O.M.S. manifiesta que "las escuelas pueden servir como el conducto más importante para un público de suma importancia, y los maestros son útiles portadores de mensajes educativos contra el hábito de fumar".

Para realizar una efectiva labor educativa sobre el Tabaquismo, se debe contar con un profesorado debidamente capacitado en este tema, pero además, con una clara actitud antitabáquica, ya que el docente no sólo cumple un papel de instructor, sino también desempeña un importante rol de modelo conductual ante sus alumnos.

Objetivo General

Conocer las características del hábito de fumar de los profesores de Enseñanza Media, en la comuna de Osorno.

Material y Método

Para este propósito se aplicó un cuestionario, basado en la encuesta de la American Cancer Society, durante los meses de Abril a Junio de 1986. La población estudiada son los profesores de Enseñanza Media de los 11 colegios de la comuna de Osorno, con un total de 319 encuestados, lo que corresponde al 95,50/o del universo.

Resultados

La tasa de prevalencia para los fumadores fue de 50,80/o correspondiendo a 162 profesores; de estos, la tasa para el sexo masculino fue 50,00/o y de 51,50/o para el sexo femenino. Se encontró a 63 docentes que habían dejado de fumar (19,70/o) y los 94 restantes, se clasificaron como "nunca fumaron" (29,50/o).

Las tasas de los fumadores varían con la edad, observándose la tasa más elevada en los menores de 30 años, con un 55,70/o (Tabla Nº 1).

Al desglosarse por sexo, los varones presentan tasas prácticamente iguales en todos los tramos de edades, y es así como los menores de 30 tienen una tasa del 48,40/o, de 30 a 39 es el 50,50/o, los de 40 y más años presentan tasa de 50,00/o. En las mujeres se aprecian diferencias, ya que las menores de 30 tienen una tasa de 63,30/o, que desciende a 54,90/o entre 30 y 39 años, para llegar en el último tramo al 35,70/o.

Respecto al número de cigarrillos consumidos diariamente, el 72,20/o fuma entre 1 y 9, el 22,20/o, entre 10 y 19 y el 5,60/o restante consume 20 o más. Al separarlos por sexo, se aprecia que los varones consumen entre 1 y 9 cigarrillos en un 64,10/o y las mujeres en el 79,80/o; sólo el 2,40/o de las damas fuman 20 y más, en cambio, los hombres lo hacen en el 9,00/o.

En relación a las fuentes de información a través de las cuales se informaron los profesores sobre los riesgos del consumo de tabaco, se obtuvieron los siguientes resultados: el 73,40/o indicó a los diarios y revistas, la televisión el 52,70/o, revistas técnicas 14,70/o, durante sus estudios profesionales 12,50/o, cuando estudió en el colegio 5,90/o, la radio 5,60/o, en cursos de perfeccionamiento 4,70/o, otros medios 12,20/o. Al contestar este ítem, cada profesor podía marcar 2 opciones.

Al separarlos por sexo, se aprecia que los 4 primeros medios indicados coinciden con los marcados por las damas y los varones.

El nivel de preocupación que tienen los profesores fumadores por los efectos del cigarrillo en su salud, se manifestó de la siguiente manera: el 35,80/o está muy preocupado o preocupado, y el 64,20/o está algo preocupado o no preocupado.

Al separarlos por sexo, se observa que los varones están muy preocupados o preocupados en el 44,90/o, en cambio, las mujeres lo están sólo en el 27,40/o.

El nivel de despreocupación es particularmente frecuente en las damas menores de 30 años, que llega al 84,20/o (Tabla No 2).

Al preguntarle a los profesores fumadores sobre la perspectiva que tienen de continuar fumando dentro de 5 años, el 22,80/o piensa que con seguridad o probablemente No seguirán fumando, pero el 47,50/o manifiesta que con seguridad o probablemente Sí continuarán con el hábito; el 29,70/o contesta que no sabe.

De acuerdo al sexo, las mujeres representan un porcentaje un poco mayor que mantendrá la categoría de fumadores, con un 50,00/o y los varones con el 44,90/o.

Conclusión

Los resultados obtenidos permiten llamar la atención sobre el hecho de que los profesores presentan una tasa de prevalencia de 50,80/o de fumadores, lo que indica que no todos los maestros están en adecuadas condiciones para realizar una efectiva labor preventiva del tabaquismo en los adolescentes escolares; es necesario llevar a cabo una acción educativa antitabáquica primeramente en los docentes.

TABLA Nº 1

TASAS DE PREVALENCIA DE PROFESORES FUMADORES, EX-FUMADORES Y NO FUMADORES. OSORNO, 1986

Edad años	Fumadores		Dejaron de Fumar		Nunca Fumaron		Total
	Nº	o/o	Nº	o/o	Nº	o/o	Nº
– 30	34	55,7	11	18,0	16	26,2	61
30 – 39	97	52,70	31	16,8	56	30,4	184
40 y más	31	39,2	21	31,1	22	29,7	74
TOTAL	162	50,8	63	19,7	94	29,5	319

χ^2 calculado: 5,52

χ^2 crítico, con 4 gr. libertad: 9,48; $p = 0,05$

TABLA Nº 2

NIVEL DE PREOCUPACION DE PROFESORES FUMADORES POR LOS RIESGOS DEL TABACO. OSORNO, 1986

	Muy preocupados y preocupados		Algo preocupados y no preocupados		Total
	Nº	o/o	Nº	o/o	Nº
Varones	35	44,9	43	55,1	78
– 30	5	33,3	10	66,6	15
30 – 39	23	48,9	24	51,1	47
40 y más	7	43,8	9	56,2	16
Mujeres	23	27,4	61	72,6	84
– 30	3	15,8	16	84,2	19
30 – 39	16	32,0	34	68,0	50
40 y más	4	26,7	11	73,3	15
TOTAL	58	35,8	104	64,2	162

χ^2 calculado (hombres y mujeres): 3,05

χ^2 crítico, con 2 gr. libertad: 5,99; $p = 0,05$

104. HABITOS DE ALCOHOL, TABAQUISMO Y DIVERSION FAMILIARES EN UNA POBLACION ESCOLAR ENCUESTADA EN TIL TIL

Srs. Marcelo Maturana, Patricio Marín, Drs. Manuel León y Luis González
(Hospital-Consultorio Til Til)

El alcoholismo es un importante problema de Salud Pública en nuestro país. Según estudios nacionales, un 50/o de la población mayor de 15 años presenta enfermedad alcohólica, y un 150/o, alcoholismo excesivo.

La comuna de Til Til no escapa a este problema y es así como, desde la instalación del Programa de Alcoholismo en 1983, se ha logrado sólo un rehabilitado.

Por otra parte, se han recibido denuncias de aumento del consumo de tabaco y marihuana en la población escolar de Til Til, sin haber estudios al respecto.

Dada esta situación, se investigó hábitos de alcoholismo y tabaquismo familiar incluyendo, además, un estudio de los medios de entretenimiento del escolar en esta comunidad, tratando de buscar la importancia que estos pueden tener en el fomento de los hábitos de alcoholismo y tabaquismo.

Materiales y Métodos

Se confeccionó una encuesta semi-estructurada, la cual contenía preguntas que abarcaban 3 rubros: diversión, tabaquismo y alcoholismo, en relación a los hábitos del escolar encuestado y de sus padres, incluyendo, además, algunas preguntas distractoras. Esta encuesta fue aplicada en el Liceo de Til Til a los cursos 8º Básico, 1º y 2º Medio (n = 95), comprendiendo edades entre 12 y 19 años con un promedio de 15.

Resultados

- De los 91 escolares que respondieron esta pregunta, 11 de ellos reconocieron que les gustaba beber alcohol (120/o), siendo 9 hombres y 2 mujeres. En 10 de estos el padre también bebía alcohol.
- No gustaban del alcohol 80 escolares (880/o), y en el 450/o de ellos el padre no bebía (ver Tabla 1 que muestra una relación entre gusto alcohólico del escolar y hábito alcohólico del padre).
- En 47 de los padres de los escolares encuestados (55,20/o) se evidenció un hábito alcohólico.
- Sólo 8 de todos los escolares criticaron alcoholismo del padre en forma explícita, de los cuales a sólo uno de ellos le gustaba beber.
- Fumaban 19 escolares (20,20/o), siendo 13 hombres y 6 mujeres. En 11 de ellos el padre también fumaba.
No fumaban 75 escolares (79,80/o), en el 590/o de ellos el padre tampoco lo hacía (ver Tabla 2 que muestra una relación entre tabaquismo del escolar y de su padre).
- Sólo 3 niños criticaron explícitamente el tabaquismo del padre, de los cuales ninguno de ellos fumaba.
- De los 11 escolares que bebían, 7 de ellos además fumaban.
- Sólo 2 escolares de los 95 (2,10/o) reconocieron consumir marihuana.
- Sobre el uso del tiempo libre: 89 escolares veían TV, 84 gustaban de bailar, 64 leían y 61 hacían deportes.

En relación a los entretenimientos del fin de semana, las actividades más frecuentemente mencionadas fueron: ir a la Discoteque del Pueblo, a los Juegos Electrónicos (1 local de "flippers" y videos en el pueblo) y practicar deportes (fueron mencionados solamente el fútbol y tenis de mesa).

Conclusiones

- 1) En un 550/o de los padres de los encuestados se observó un hábito alcohólico, el que es difícil cuantificar en este estudio debido a la imprecisión de las respuestas.
- 2) Ya a esta edad (15 años en promedio) existe gusto por el alcohol y el tabaco, y esto es más frecuente en hombres que en mujeres, y en aquellos escolares cuyos padres presentan estos hábitos.
Consideramos de importancia esta información para planificar y ejecutar Programas de Educación dirigidos a este grupo de edades.
- 3) No encontramos en este estudio una alta frecuencia de consumo de marihuana, lo que podría explicarse por las edades de los encuestados.
- 4) Hemos encontrado una pobreza de medios de entretención en esta comunidad, y en los lugares más concurridos por los escolares, se fomenta y estimula el consumo de alcohol y tabaco.

TABLA Nº 1

RELACION ENTRE GUSTO ALCOHOLICO DEL ESCOLAR Y DE SU PADRE*

		PADRE	
		Sí	No
Escolar	Sí	10	—
	No	37	36

* Esta Tabla incluye sólo a los que respondieron ambas preguntas.

TABLA Nº 2

RELACION ENTRE TABAQUISMO DEL ESCOLAR Y DE SU PADRE*

		PADRE	
		Sí	No
Escolar	Sí	11	7
	No	25	44

* Esta Tabla incluye sólo a los que respondieron ambas preguntas.

105. CARACTERISTICAS DE FUMADORES ASISTENTES Y RESULTADOS INMEDIATOS DEL PLAN DE CINCO DIAS PARA DEJAR DE FUMAR

Dr. Daniel Jiménez Espinoza
(Instituto Profesional Adventista de Chillán)

El Plan de Cinco Días para Dejar de Fumar es probablemente el método de ayuda para la cesación del hábito de fumar de mayor continuidad y alcance que se ha presentado en nuestro país. Dadas sus particulares características, ser ofrecido como un servicio a la comunidad de parte de la Iglesia Adventista y aplicar una concepción integral de lo que es salud es de interés conocer aspectos generales de sus resultados, como de los fumadores asistentes.

Para tal efecto se procedió a revisar las tarjetas de inscripción y los registros de evaluación de los asistentes a los Planes de Cinco Días presentados en Valdivia en Julio 1986. Se trata de Planes de Cinco días realizados en auditorios de los hospitales Regional y John Kennedy y dos escuelas. El total de asistentes fue 120, de los cuales se reunió información completa de 100.

La Tabla 1 muestra que 570/o son hombres y 430/o, mujeres. Al separarlos por grupos etáreos hay 660/o entre 15-44 años, 280/o de 45-64 y 60/o de 65 y más, señalando que se está beneficiando a población laboralmente activa. El promedio de años fumando es 19,4 en varones, poco mayor que en las mujeres, 18,5 y el promedio diario de cigarrillos es 18,9 en hombres y 15,4 en mujeres. Esta diferencia se mantiene en todos los grupos etáreos y en ambos sexos existe aumento desde 11,0 promedio entre quienes llevan menos de 10 años fumando hasta llegar a 24,4 cigarrillos/día en aquellos que fuman más de 40 años. Estos datos demuestran que los asistentes al Plan son en general grandes fumadores, con fracasos previos en su intento de dejar de fumar.

Dado que se estimula el elemento espiritual durante el Plan, buscamos identificar el origen religioso de los fumadores, el 720/o se reconoció católico, 80/o protestante y 200/o con otra o ninguna religión. A la pregunta ¿qué necesita principalmente para cambiar un mal hábito?, 840/o indicó que fuerza de voluntad, 570/o que necesitaba ayuda de Dios, 270/o más conocimiento teórico y práctico, 130/o la ayuda de un psicólogo y escasamente 30/o ir a un médico. Estas opiniones apoyan la pertinencia del Plan al incluir como objetivo específico el desarrollo de la fuerza de voluntad y utilizar como estrategia el buscar la ayuda en la fe religiosa. En cuanto al nivel socioeconómico, se trata de un grupo medio y medio alto.

La Tabla 2 señala que todos los asistentes al Plan fueron beneficiados. El 800/o deja de fumar completamente, más proporción de hombres que de mujeres, 86 y 720/o respectivamente. El 740/o de todos ellos dejan de fumar desde el primer día y 210/o desde el segundo. Los días más difíciles de enfrentar son el segundo y el tercero, manifestado por el 44 y 220/o de los que suspenden totalmente. Hay un 200/o que cesa parcialmente de fumar, con predominio de mujeres, pero que de todas maneras muestran un notable progreso al bajar su cuota a 2,6 cigarrillos/día.

Estos datos concuerdan con los resultados obtenidos en otros países, además permiten aclarar que entre los fumadores existe una necesidad sentida, que es imprescindible incluir en todo método para la cesación del hábito de fumar: acrecentar la fuerza de voluntad, la que se aumenta si se estimula el desarrollo espiritual religioso de la persona. Los resultados a largo plazo dependerán de varios factores, aún no revisados en nuestro medio, entre los cuales destaca la presencia de actividades de refuerzo o no.

Aún desconociendo el nivel de reincidencia o duración de la abstinencia, sin duda que cada fumador asistente al Plan puede llegar al convencimiento de que es posible triunfar sobre un mal hábito.

TABLA Nº 1

**CARACTERISTICAS DE 100 FUMADORES ASISTENTES AL PLAN DE CINCO DIAS
PARA DEJAR DE FUMAR. VALDIVIA, JULIO 1986**

	100 FUMADORES		
	Total	Hombres	Mujeres
Total	100	57	43
Nº años fumando en promedio	19.0 ± 9	19.4 ± 11.6	18.5 ± 8.2
Nº cigarrillos día/promedio	17.4	18.9	15.4
Religión:			
Católica	72		
Protestante	8		
Otra, ninguna	20		

TABLA Nº 2

**NUMERO DE FUMADORES QUE DEJAN DE FUMAR COMPLETAMENTE
Y PARCIALMENTE DURANTE EL PLAN DE CINCO DIAS**

	Totalmente	Parcialmente
Total	80	20
Hombres	860/0	14
Mujeres	720/0	28
	Dejan de fumar Primer día: 74 Segundo día: 21	Nº cigarrillos por día que ahora fuman: 2,6

106. EL PLAN DE CINCO DIAS, APLICACION DE UNA CONCEPCION HOLISTICA DE SALUD PARA LA CESACION DEL HABITO DE FUMAR

Dr. Daniel Jiménez
(Instituto Profesional Adventista, Chillán)

Los distintos programas de control del tabaquismo epidémico, que impulsan las máximas autoridades sanitarias mundiales y nacionales en procura de la prevención primaria de cáncer y arteriosclerosis, consideran, a lo menos, tres fines: 1. Que los no fumadores sigan absteniéndose, evitando que los niños comiencen a fumar; 2. Lograr que los fumadores dejen de fumar, y 3. Crear un ambiente social favorable para la abstinencia. En cuanto a los fumadores, se sabe que hasta un 80% podría suspender el hábito con sus propios medios, quedando 20% que requeriría ayuda. Existen varios métodos propuestos con tal fin: uso de medicamentos sustitutos del tabaco, procedimiento del temor, filtros para graduar la nicotina, condicionamiento de aversión, métodos y manuales de autoayuda y clínicas y terapias de grupos. Esta multiplicidad de métodos insinúa la complejidad del hábito que, en términos generales, en los grandes fumadores comprende: adicción a nicotina, conducta mecánica condicionada a desempeños sociales y eventos psicológicos, diverso grado de déficit de autocontrol y distinta trascendencia para la persona de una filosofía y valoración de la vida y la salud.

Por tales razones es oportuno revisar la estructura y estrategia del Plan de Cinco Días para Dejar de Fumar, que procura la cesación del hábito, considerando los distintos aspectos de su multicausalidad, en una visión holística del cuidado de la salud. Para tal efecto se revisaron los manuales e instructivos del Plan y se participó en la presentación del mismo, para cotejar sus estrategias con la multicausalidad del hábito de fumar.

El Plan de Cinco Días es un programa de educación para la salud y de asistencia social de propiedad de la Iglesia Adventista, utilizado en todo el mundo para ayudar a fumadores. En Chile se encuentra presente sistemáticamente desde 1965. La Tabla 1 muestra sus características más destacadas. Para el logro de los objetivos específicos deben participar dos relatores, un médico y un pastor (licenciado en teología). El primero se encarga de los aspectos médicos y de educación para la salud, y el pastor de los psíquicos, y ambos de aspectos motivacionales ético-religiosos. En cuanto al objetivo 1, se estimula la valoración ventajosa de ser no fumador en lo físico, psíquico, social y espiritual, se promueve el sistema de amigos, aprender, repetir e internalizar la frase triunfadora, una de las cinco películas usa el temor. Para la desarticulación del hábito se procede a caracterizar el hábito personal, suspender bruscamente, y públicamente señalado al despojarse de cigarrillos y encendedores, suspender uso de café con cafeína, reemplazándolo. Para tratar el síndrome de privación se recurre a ingesta abundante de agua, hidrotterapia casera, ejercicios respiratorios, régimen lactovegetariano, asistir al Plan, buscar ayuda en Dios y, en casos especiales, uso de ansiolíticos. Acrecentar la fuerza de voluntad, se estimula mediante la decisión de dejar de fumar, suspender bruscamente, usar técnicas para enfrentar el deseo intenso de fumar: agua, ejercicios, técnicas psicológicas y buscar ayuda en Dios.

Las actividades comprenden educación mediante charlas y películas, discusión de casos y guías de instrucción para 24 horas. En la Tabla 2, se indican los rasgos más distintivos de este Plan. La ayuda prestada al fumador comprende aspectos de una concepción holística del cuidado de la salud: biopsicosocial y espiritual, que obedece a un fundamento bíblico. Por tal razón, se requiere que ambos relatores sean creyentes y consecuentes con un estilo de vida adventista. El Plan cuenta con una infraestructura: manuales, películas, registro y evaluación, la que es financiada y mantenida por aportes de los miembros de la Iglesia Adventista, como demostración práctica de amor al prójimo. Además se cuenta con colaboración de los medios de comunicación e instituciones públicas para la publicidad. Un buen testimonio de las ventajas de aplicar una concepción integral para vencer un mal hábito lo pueden dar los más de 18.000 fumadores que han asistido en los últimos cinco años.

TABLA Nº 1**CARACTERISTICAS GENERALES DEL PLAN DE CINCO DIAS**

Objetivos Específicos:	Actividades:
Asegurar la decisión de dejar de fumar	Cinco sesiones de 90 minutos
Desarticular el hábito	Educación tipo charla
	Películas educativas
	Discusión de casos
Tratar el síndrome de privación	Participación en sistema de compañeros
Acrecentar la fuerza de voluntad	Guía de actividades para las próximas 24 horas

TABLA Nº 2**RASGOS PARTICULARES DEL PLAN DE CINCO DIAS**

1. Comprende una concepción holística del cuidado de la salud: biopsicosocial espiritual.
2. Relatores creyentes, con estilo de vida adventista, prestando servicio a la comunidad, apoyado por jóvenes y líderes voluntarios.
3. Infraestructura: manuales, películas, sistemas de registro y evaluación.
4. Sin costo para los fumadores y de alcance masivo.
5. Financiamiento principal de miembros de la Iglesia Adventista, y colaboración puntual de medios de comunicación e instituciones públicas.

107. DEFUNCIONES POR ENFERMEDADES DEL APARATO CIRCULATORIO. CHILE 1984

Dras. Aída Kirschbaum y Gabriela Sandoval
(Escuela de Salud Pública, Facultad de Medicina, Universidad de Chile)

Las Enfermedades del Aparato Circulatorio constituyen la primera causa de muerte en Chile desde 1970. El número de muertes por este grupo de causas va en aumento en los últimos 40 años. En 1945 alcanzó a 14.945 muertes, para llegar en 1983 a 20.555, lo que corresponde a una tasa de 179,9 por 100.000 habitantes, con un aumento de 5.610 muertes y un incremento de un 330/o de la tasa. El incremento de este grupo de causas se debe a las enfermedades Isquémicas y Cerebrovasculares que han producido un aumento en conjunto de 780/o, en circunstancias que las Isquémicas solas, han aumentado en 1660/o en el período. (Tasas de 22,1 en 1945 y 58,7 en 1982). En 1945 estas dos enfermedades contribuyeron al 250/o de las muertes del grupo; en 1981 lo hacen con el 720/o; en cambio la Fiebre Reumática redujo su tasa de mortalidad al 500/o, y la Enfermedad Hipertensiva de una tasa de 22,0 en 1955, se reduce a 8,2 en 1981. Estas tendencias de las Enfermedades del Aparato Circulatorio despiertan nuestro interés por analizar lo que está ocurriendo actualmente con las defunciones por este grupo de diagnósticos.

Objetivo Específico

Determinar la prevalencia de las defunciones por Enfermedades del Aparato Circulatorio en Chile durante 1984 y la prevalencia de subgrupos según las variables independientes; sexo, grupos de edad y causa específica.

Material y Método

El material corresponde a todos los Certificados de Defunción con diagnóstico de Enfermedades del Aparato Circulatorio del País durante 1984, que fueron analizados de acuerdo a las variables independientes.

Resultados

Las defunciones por Enfermedades del Aparato Circulatorio en 1984 alcanzaron a 21.188, que corresponden a 28,39/o del total de defunciones y a una tasa de 178,4 por 100.000 habitantes con un ligero predominio de 2,29/o del sexo masculino (Tabla 1).

El análisis de las tasas por grupos de edad, demuestra una tendencia creciente, con la mayor tasa de 2.411,1 en el grupo de 65 años y más, que acumula el 760/o de las muertes. La tasa del grupo de adultos jóvenes de 20,7 aumenta más de 10 veces en el grupo de 45-64 y más de 100 veces en el grupo de 65 años y más. Las defunciones del senescente por esta causa corresponden al 40,10/o del total de defunciones de este grupo de edad.

Por sexo, las tasas son de predominio masculino en toda edad, aún cuando la cifra absoluta de las mujeres supera en 1.000 muertes a la de los hombres en el grupo senescente.

Por causas específicas, la primera causa corresponde a la Enfermedad Coronaria con el 36,29/o del total del grupo de causas y una tasa de 64,6. Las muertes por este diagnóstico corresponden a algo más del 109/o del total de defunciones del país. El segundo rubro del grupo corresponde a las Enfermedades Cerebrovasculares cuyas defunciones constituyen un tercio del total del grupo, con una tasa de 59,1 y 9,40/o del total de defunciones por todas las causas. Estas dos causas específicas alcanzan al 209/o del total de muertes del país. Los otros rubros específicos de las defunciones por Enfermedades del Aparato Circulatorio constituyen el 90/o del total de defunciones del país y 29,70/o de las defunciones por Enfermedades del Aparato Circulatorio. Los diagnósticos en orden de importancia son la Aterosclerosis, la Insuficiencia Cardíaca, los Transtornos de la Conducción, la Enfermedad Hipertensiva y la Enfermedad Reumática. El total de estas 7 causas corresponde al 950/o de las muertes por Enfermedades del Aparato Circulatorio y al 279/o del total de muertes del país.

La Enfermedad Coronaria, primera causa de defunción del grupo, presenta tasas ascendentes por edad que se hacen importantes en el adulto maduro con 85,4 por 100.000 habitantes, aumentando a 895,0 en el grupo senescente. En estas dos edades se agrupa el 97,0% del total de muertes por este diagnóstico. En todos los grupos de edad, salvo en el adolescente, las tasas son de predominio masculino con una razón 1,25:1,0. En el adulto maduro la tasa de los varones es 2,5 veces mayor. Con respecto al senescente, es 1,43 veces mayor.

Las defunciones por Enfermedad Coronaria según causa específica presentan 5 rubros: La primera importancia relativa corresponde al Infarto Agudo al Miocardio (410), con 4.986 muertes, con predominio masculino. El segundo rubro corresponde a Otras Formas de Enfermedades Isquémicas Crónicas (414), con 2.492 muertes. Estos dos grupos engloban el 97,50% de los diagnósticos incluidos en la Enfermedad Coronaria. El 2,10% más de este grupo de defunciones corresponde a Otras Formas de Enfermedad Isquémica Aguda.

Las muertes por Infarto Agudo del Miocardio y las Isquémicas Agudas, se observan desde la infancia; las Isquémicas crónicas comienzan en el grupo adolescente. El Infarto Agudo cobra importancia desde el grupo 25-44 años, con una tasa de 4,5 que aumenta a 70,0 en el grupo de adultos maduros y a 539,0 en el grupo senescente.

El segundo rubro del grupo de defunciones por Enfermedades del Aparato Circulatorio corresponde a las Enfermedades Cerebrovasculares, con 7.018 defunciones, con tasa de 59,1 por 100.000 habitantes y un predominio femenino de 0,9:1,0. En el análisis por grupos de edad, se observa que el 96,0% de los casos corresponde al adulto maduro y al senescente, presentando este último grupo de edad el 75,0%. En todos los grupos de edad se observa un predominio masculino, siendo éste más marcado en el grupo de 45 a 65 años.

En el análisis de las defunciones por enfermedad cerebrovascular según causas específicas destaca en primer lugar la enfermedad cerebrovascular aguda con 57,00% del total de este grupo y una tasa de 33,7. El segundo rubro en importancia relativa corresponde a la Hemorragia Intracerebral con 20,50% del total del grupo y una tasa de 12,1. El tercer rubro está dado por la Oclusión de las Arterias Cerebrales con 14,10% y una tasa de 8,4 por 100.000 habitantes. Estas tres causas corresponden al 92,0% del total de este grupo. El predominio de este grupo de causas es femenino, con tasas de 61,9 para las mujeres y 55,2 para los varones y una diferencia de 10,10%.

En los menores de 15 años la tasa de las defunciones por Enfermedades Cerebrovasculares alcanza a 0,9 con predominio de la Hemorragia Subaracnoidea, seguida de la Hemorragia Intracerebral. En el grupo adolescente con una tasa de 1,5 predomina la Hemorragia Subaracnoidea. En el adulto joven, con una tasa de 6,6, predomina la Hemorragia Intracerebral seguida de la Hemorragia Subaracnoidea. En el grupo del adulto maduro, con una tasa de 86,3, predomina la Enfermedad Cerebrovascular aguda, seguida de la Hemorragia Intracerebral y en tercer lugar la Hemorragia Subaracnoidea. En el grupo senescente, con una tasa de 781,0 predomina la Enfermedad Cerebrovascular aguda, seguida de la Oclusión de las Arterias Cerebrales y en tercer lugar la Hemorragia Intracerebral.

El tercer lugar entre las enfermedades del Aparato Circulatorio corresponde a la Aterosclerosis, con una tasa de 11,5 y predominio femenino de 0,75:1,0. El 97,0% de este diagnóstico se presenta en el grupo de 65 años y más, con una tasa de 196,8. En este grupo de edad la tasa es de predominio masculino, aún cuando el porcentaje de defunciones en las mujeres es mayor. El cuarto diagnóstico corresponde a la Insuficiencia Cardíaca con una tasa de 10,9. El 80,0% de los casos corresponde al grupo senescente. En las tasas por grupos de edad se observa un predominio masculino desde los 25 años.

El quinto diagnóstico, los Transtornos de la Conducción, también predominan en el sexo masculino desde los 25 años.

El sexto diagnóstico, la Enfermedad Hipertensiva, presenta una tasa de 8,5 con predominio femenino, y el 82,0% de las defunciones en el grupo senescente.

En el adulto maduro, que engloba el 17,0% de las defunciones, el predominio es masculino.

El séptimo diagnóstico, la Enfermedad Reumática, con una tasa de 3,9, presenta predominio femenino. Las tasas aumentan con la edad, pero la mayor proporción de defunciones, 37,0%, se observa en el grupo de adultos maduros. Las tasas son de predominio masculino sólo en los adultos jóvenes y maduros.

TABLA Nº 1

**DEFUNCIONES POR ENFERMEDADES DEL APARATO CIRCULATORIO SEGUN SEXO.
TASAS POR 100.000 HABITANTES. CHILE 1984**

Sexos	Nº	o/o	Tasa	o/o de Defunciones
Masculino	10.606	50,1	180,3	25,0
Femenino	10.582	49,9	176,5	32,7
TOTAL	21.188	100,0	178,4	28,3

108. HIPERTENSION EN VALDIVIA: ENTRE EL SOBREPESO Y EL INCUMPLIMIENTO

Sr. Francisco Marín, Dra. Juana Arriagada y Enf. Patricia Buttkovich.
(Instituto de Salud Pública, Universidad Austral de Chile, Consultorio Gil de Castro, Valdivia)

En 1984, el Consultorio Gil de Castro de la ciudad de Valdivia (que tiene asignado el 550/o de la población), comenzó a manejar el subprograma de Hipertensión Arterial (HTA) en el Adulto. Después de dos años de funcionamiento, pareció conveniente evaluar más ampliamente dicho programa. Con tal fin, se planteó un conjunto de objetivos, de los cuales en este informe presentamos dos:

1. Describir algunas características biodemográficas de los pacientes adscritos al subprograma, y
2. Determinar antecedentes y resultados del tratamiento.

Material y Método

Se estudió a todos los pacientes que entre junio de 1984 y junio de 1986, tenían a lo menos un mes de seguimiento. La información obtenida de la "Tarjeta de control y seguimiento de HTA en Consultorio", fue traspasada a un formulario precodificado y procesada computacionalmente.

Las definiciones y criterios utilizados, fueron los señalados por el Ministerio de Salud. El estado nutricional se estableció aplicando la tabla de clasificación de Peso/Talla de Valiente.

Resultados

La población estudiada estuvo constituida por 288 pacientes, la mayoría de los cuales (65,30/o) era de sexo femenino. La edad de los varones fluctuaba entre 39 y 82 años, con un promedio de 62,1 años (mediana = 63 años), en cambio, las mujeres tenían entre 35 y 79 años, con un promedio de 57,5 años (mediana = 58 años);

En cuanto a la escolaridad, el 21,20/o de los hipertensos estudiados, es analfabeto, siendo el promedio de años de estudio de 3,6, sin diferencias entre sexos. La mitad de ellos tiene como máximo 3 años de estudio.

Casi 8 de cada diez mujeres (76,10/o) eran dueñas de casa, en cambio la mitad de los hombres eran jubilados o pensionados y aproximadamente 1/3 estaba constituido por obreros.

Al ingresar al subprograma, el 810/o de los pacientes era obeso, situación que se mantuvo similar al cierre del estudio; sólo un 6,10/o de obesos logró peso normal, estado en el cual ingresó y se mantuvo sólo uno de cada diez pacientes.

A la mitad de la población estudiada se le había hecho el diagnóstico de HTA en el período en estudio.

Respecto a patologías agregadas, el 29,50/o las tenía consignadas, siendo las más frecuentes: obesidad (34,10/o), diabetes (21,20/o) y cardiopatías (18,80/o).

Antecedentes familiares de HTA fueron señalados en el 31,90/o de los casos (padres: 57,60/o; hermanos: 35,90/o), pero sólo el 20,70/o de los familiares correspondientes estaría en tratamiento.

Lo más frecuente al ingresar al programa, fue que el tratamiento consistiera sólo en HCT (63,50/o); HCT + metildopa fue utilizado en el 19,40/o de los casos. Tratamiento sin droga fue aplicado al 30/o de los pacientes. Al cierre del seguimiento se mantuvo el porcentaje de pacientes tratados sin drogas; el tratamiento sólo con HCT disminuyó al 54,90/o de los casos y la combinación con metildopa aumentó a 26,00/o.

Al comienzo del tratamiento el 28,10/o de la población estaba asintomática y casi un tercio (27,40/o) presentaba un sólo síntoma. La sintomatología más frecuente fue: cefalea (46,50/o), mareos, somnolencia y bochornos (44,80/o), calambres (21,50/o) y ortostatismo (15,30/o).

La sintomatología al cierre del seguimiento se presentaba del siguiente modo: asintomáticos (35,80/o); con un sólo síntoma (33,30/o), siendo lo más frecuente: cefalea (37,50/o), mareos, somnolencia y bochornos (34,70/o), ortostatismo (13,50/o) y calambres (14,20/o).

Los pacientes estudiados tuvieron 11,1 controles de enfermera en promedio (mediana = 11,1) y 0,9 controles con médico en promedio (mediana = 1,0).

La asistencia a controles fue buena (cero inasistencias a las citaciones) sólo en el 44,10/o de los casos, y fue clasificada como mala (más de 1/3 de inasistencias a las citaciones) en un 11,50/o de los pacientes.

Al cierre del seguimiento estaba en control regular el 74,60/o de quienes ingresaron al programa. Las otras situaciones encontradas fueron: inasistentes (13,50/o), abandonaron (8,30/o), fallecidos (1,00/o), altas (1,00/o) y traslados (1,70/o).

Es importante destacar que el 42,00/o de los pacientes llegaron al primer control desde el hospital, sin tener especificado su nivel de HTA, razón por la cual se clasificó al paciente de acuerdo a su situación en ese momento. Esto permite pensar que los resultados reales son mejores que los presentados a continuación.

En general, logró normalizar su presión el 43,70/o de los pacientes, llamando la atención que en el caso de las inasistencias, dicho resultado se logre en el 55,30/o de los casos. Lógicamente no sucedió lo mismo en quienes abandonaron el tratamiento, grupo en que se logró un 29,20/o de normotensos.

A estos resultados habría que agregar los referentes a disminución de presión, sin lograr normalidad (Tabla 1).

Por último, en la Tabla 2 se entregan algunos antecedentes respecto a la adhesividad del programa.

TABLA Nº 1

DISTRIBUCION DE PACIENTES SEGUN ESTADO AL ULTIMO CONTROL, NIVEL DE HTA AL INGRESO Y AL ULTIMO CONTROL. CONSULTORIO GIL DE CASTRO VALDIVIA

Estado al último control y nivel HTA al ingreso	Nivel HTA al Ultimo Control				Total n = 288
	Leve n = 117	Moderada n = 35	Severa n = 11	Normal n = 125	
En Control (n = 214)	41,6	11,7	3,7	43,0	100,0
Leve (n = 131)	42,0	8,4	2,3	47,3	100,0
Moderada (n = 59)	40,7	16,9	3,4	39,0	100,0
Severa (n = 24)	41,7	16,7	12,5	29,2	100,1
Inasistentes (n = 38)	34,2	7,9	2,6	55,3	100,0
Leve (n = 30)	36,7	6,7	0,0	56,7	100,1
Moderada (n = 6)	33,3	0,0	16,7	50,0	100,0
Severa (n = 2)	0,0	50,0	0,0	50,0	100,0
Abandonaron (n = 24)	41,7	20,8	8,3	29,2	100,0
Leve (n = 10)	50,0	10,0	0,0	40,0	100,0
Moderada (n = 7)	14,2	28,6	14,3	42,9	100,0
Severa (n = 7)	57,1	28,6	14,3	0,0	100,0
TOTAL (n = 288)	40,6	12,2	3,8	43,4	100,0

Nota: En esta tabla no se incluye el nivel de HTA al ingreso, de fallecidos, altas y traslados.

TABLA Nº 2

**TABLA DE PROSECUCION RESUMIDA PARA LOS PACIENTES
HIPERTENSOS ESTUDIADOS**

Período de observación (meses)	Nº casos al inicio de cada período	Casos que no siguieron				Fallecidos	Porcentaje acumulado de abandono
		Estaban sólo en período indicado	Abandonaron	Inasistentes	Altas más traslados		
1 – 3	288	27	9	6	2	2	0,0
4 – 6	244	17	3	6	2	0	3,2
7 – 9	216	33	2	4	1	1	4,3
10 – 12	176	35	3	5	1	0	5,2
13 – 15	132	30	6	4	1	0	6,9
16 – 18	91	27	1	11	0	0	11,1
19 – 21	52	26	0	3	0	0	12,1
22 – 24	23	20	0	0	0	0	12,1

109. CANCER GASTRICO Y ACCIDENTES VASCULARES CEREBRALES

Dr. Luis Martínez y Srtas. Ivonne Moreno, Carmen Morales y Sandra París
(Escuela de Salud Pública, Facultad de Medicina, Universidad de Chile)

El cáncer gástrico es una neoplasia de alta frecuencia en Chile para ambos sexos, provocando unas 2.300 muertes anualmente. Se considera una enfermedad multifactorial en los que están involucrados factores dietéticos como: alta ingesta de sal, ingesta de nitritos y nitratos, baja ingesta de frutas y vegetales verdes, baja ingesta de proteínas, etc. y factores no dietéticos como: sexo masculino, anemia perniciosa, etc.

Este trabajo tiene como propósito observar si en Chile y en la región americana se da la situación encontrada por V. Joosens, quien, estudiando mortalidad por A.V.E. en relación a distintas patologías, observó que ésta está fuertemente relacionada con la mortalidad por cáncer gástrico.

Básicamente Joosens encontró que las tasas de mortalidad por ambas patologías disminuyen a lo largo del tiempo, esto para un mismo país en un momento determinado. Este hecho se explicaría por la existencia de un factor etiológico dietético común que involucre la mucosa gástrica y los vasos cerebrales, que debería tener las siguientes propiedades: aumentar la presión arterial (factor de riesgo más importante para A.V.E.) tender a inducir por sí mismo o facilitar la inducción de cáncer gástrico, estar presente en la dieta de cualquier población, al disminuir su consumo debería observarse disminución de mortalidad por A.V.E. y cáncer gástrico.

La hipótesis de trabajo postula que el consumo de sal pudiera ser este factor buscado.

La información de mortalidad para cáncer gástrico, A.V.E. y otras neoplasias se obtuvo de los anuarios de defunción del Ministerio de Salud (año 1972-1983), información demográfica y producción física de sal provienen del I.N.E.

Los resultados de este trabajo concuerdan con los hallazgos de V. Joosens en el sentido que en la región americana, aquellos países con tasa de mortalidad más elevada por cáncer gástrico, presentan también un riesgo de fallecer más alto por patología vascular cerebral, la asociación se observó específicamente para el grupo etario de 55-64 años en hombres y mujeres en edad más avanzada de 65-74 años (Figura 1).

Se estudió también correlación entre A.V.E. y mortalidad por cáncer pulmonar, intestinal y otras localizaciones no encontrándose asociación con significación estadística.

Tomando como unidad de análisis los Servicios de Salud del país, se muestra una distribución geográfica altamente asociada para A.V.E. y cáncer gástrico, lo que puede ser indicio de diferencias en la exposición de factor etiológico común en las distintas zonas geográficas cubiertas por los respectivos Servicios de Salud (Figura 2).

Al analizar la exposición al factor de riesgo, en nuestro caso el consumo de sal, la información disponible permite estudiar en términos de la producción física anual per cápita de sal refinada y envasada en el período 1979-1983, si consideramos esto como indicador del consumo de sal de la población, existe una tendencia a la disminución del consumo de este producto en tanto que la mortalidad por A.V.E. y cáncer gástrico también han disminuido.

Es importante señalar que de comprobarse la acción patológica de la sal, se puede intentar una prevención primaria de estas patologías en la población general.

CORRELACION ENTRE LAS TASAS DE MORTALIDAD $\times 10^5$ DE CANCER GASTRICO Y ACCIDENTE VASCULAR
ENCEFALICO. HOMBRES 55-64 AÑOS. PAISES AMERICANOS 1977 O ULTIMO AÑO DISPONIBLE

n = 18
r = 0.50
p = 0.03

CHI = Chile
COL = Colombia
CAN = Canadá
CUB = Cuba
PER = Perú
MEX = México
C.RI = Costa Rica
ECU = Ecuador
P.RI = Puerto Rico
GUA = Guatemala
HON = Honduras
NIC = Nicaragua
ARG = Argentina
URU = Uruguay
PAR = Paraguay
USA = Estados Unidos
R.DO = R. Dominicana

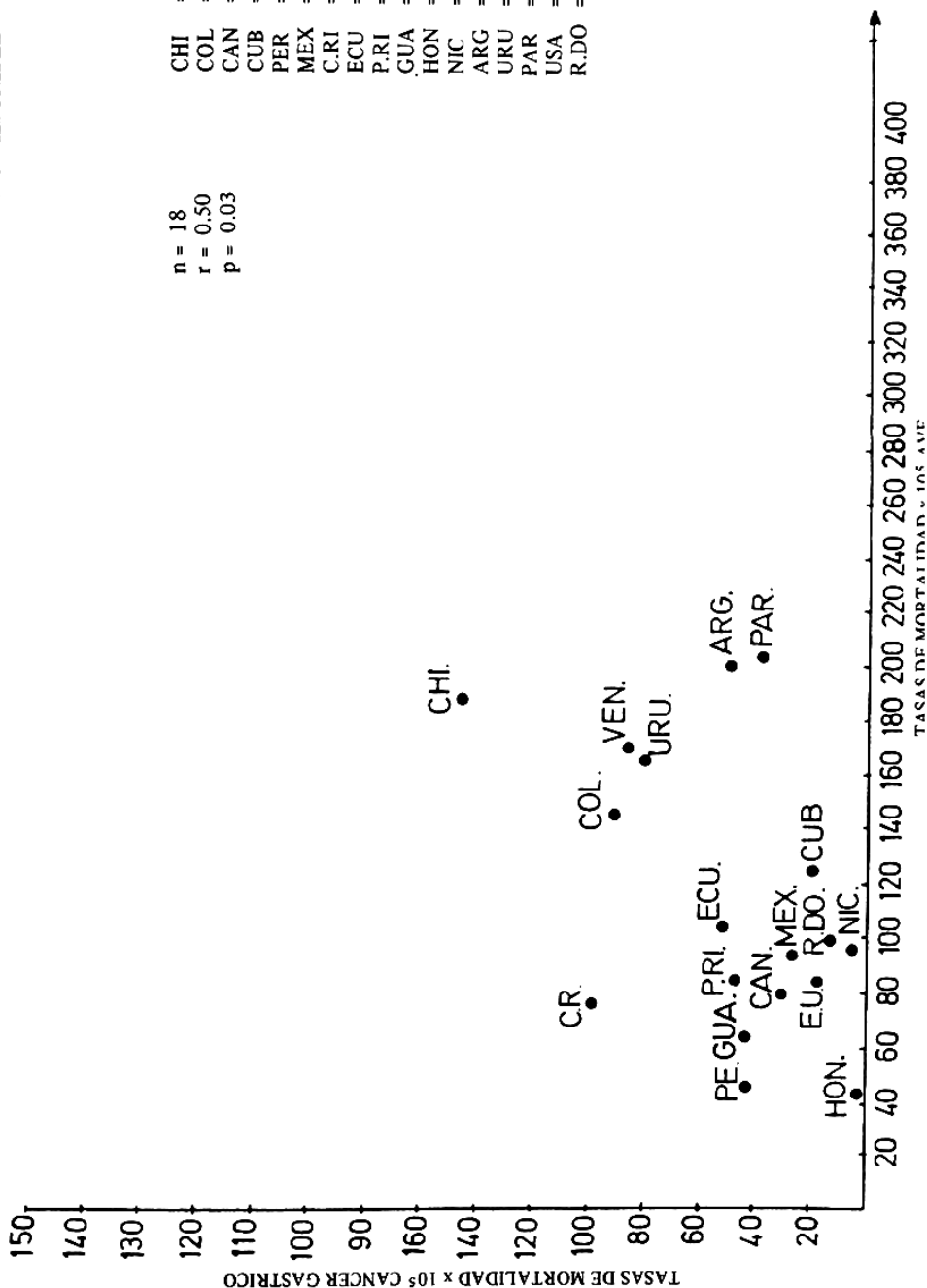
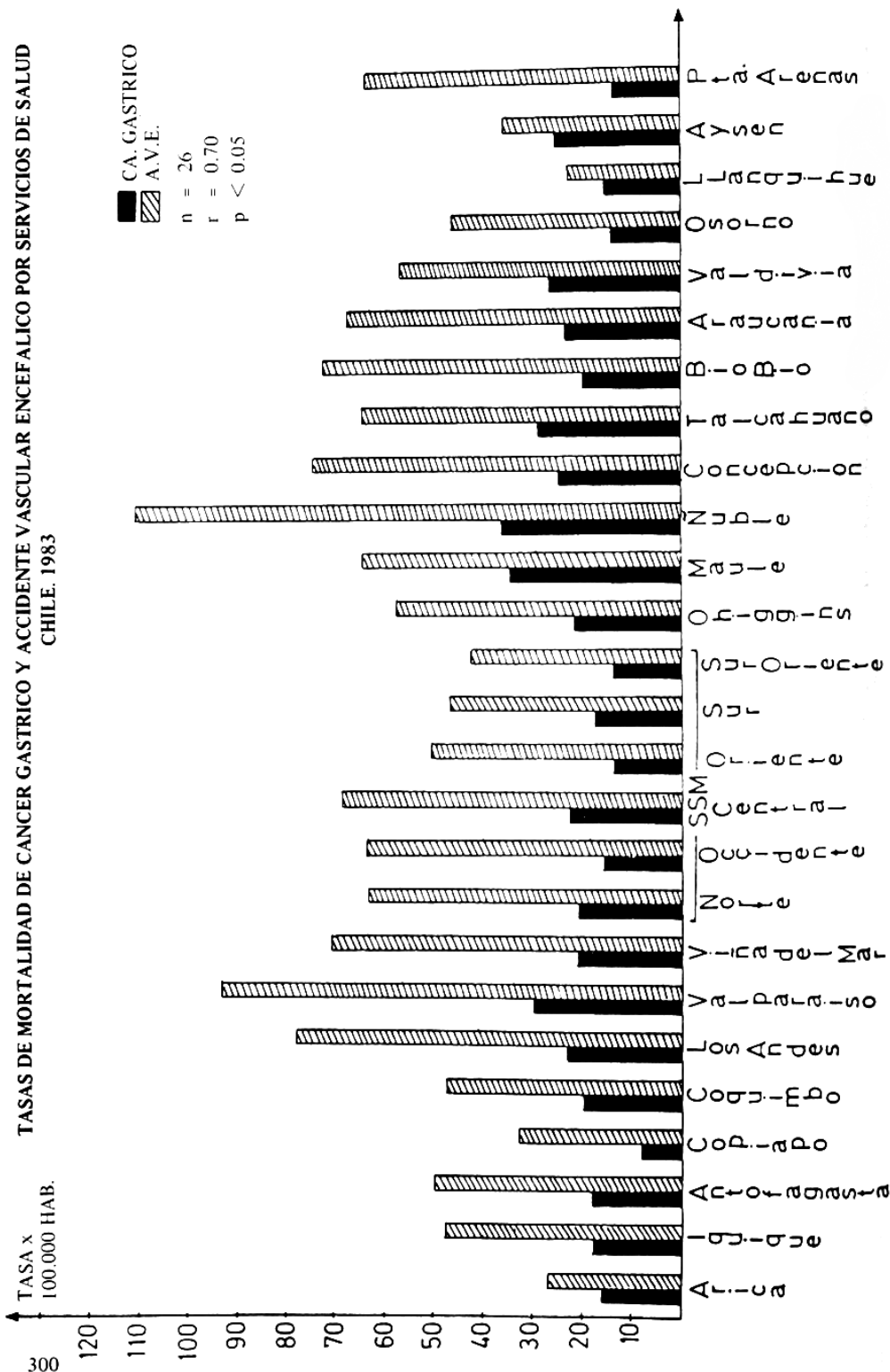


FIGURA Nº 2

TASAS DE MORTALIDAD DE CANCER GASTRICO Y ACCIDENTE VASCULAR ENCEFALICO POR SERVICIOS DE SALUD
CHILE, 1983



110. SITUACION ACTUAL Y PERSPECTIVAS DEL CANCER BILIAR EN CHILE

Drs. Iván Serra, Allan Sharp, Alfonso Calvo e Ignacio Goñe.

(Escuela de Salud Pública, Facultad de Medicina, Universidad de Chile y Hospital Sótero del Río)

Siendo un hecho aceptado que el cáncer biliar se presenta en Chile con bastante más frecuencia que en muchos países, sólo recientemente se ha reconocido que su notable incremento de los últimos 15 años es verdadero, lo que hace más imperativa la necesidad de su análisis.

Se ha postulado que este aumento se debe a la disminución relativa de la cirugía biliar en relación a la población, al aumento de la colelitiasis según estudios de autopsias, haciendo más notoria la disminución de las colecistectomías, al incremento de la fiebre tifoidea y su secuela de portadores crónicos y al envejecimiento de la población.

Material y Método

Se ha utilizado la información publicada por el Servicio Nacional de Salud y Ministerio de Salud entre 1970 y 1984, además de los datos computacionales de 1985. También, las publicaciones del Instituto Nacional de Estadística sobre esta materia y las proyecciones de población hasta el año 2.000.

Resultados

El cáncer biliar en Chile con sus dos componentes, vesícula biliar y vía biliar extrahepática, incluyendo ampolla de Vater, ocupa actualmente el tercer lugar entre todos los cánceres en 1985, con una tasa de 9,4 por 100.000 y una importancia relativa del 9,5%, ambas magnitudes referidas a muertes. En el sexo femenino es ya el primero, con una tasa de mortalidad de 13,9 por 100.000 mujeres, mientras el cáncer cérvico-uterino se mantiene en 12,4, y el mamario en 11,6 por 100.000 mujeres.

La situación es aún más destacable, ya que las tendencias comparadas de mortalidad de todos los cánceres, con la importante disminución del gástrico y aumento más lento del pulmonar que lo anteceden actualmente en importancia, indica que antes del año 2.000 el cáncer biliar será el más importante en Chile, lo que constituye una situación no observada en otros países. En esa época, el cáncer gástrico habrá bajado al tercer lugar, mientras el cáncer pulmonar se mantendrá en el segundo.

Discusión y Comentario

Es necesario precisar, en primer lugar, la efectividad de que el notable incremento observado sea verdadero. La evidencia de que se dispone y la experiencia quirúrgica habitual de diferentes servicios señalan que el aumento oficial descrito es real y no correspondería a mayor frecuencia diagnóstica, o más colecistectomías, o mayor cantidad de exámenes histopatológicos, o mayor calidad comprobada de éstos (biopsia rápida, más cortes), o aumento marcado de autopsias en los hospitales. Todos estos factores pueden estar jugando algún rol en algunos lugares, pero su ponderación no parece importante. El envejecimiento de la población está induciendo, sin duda, un aumento natural de los cánceres biliares, pero su impacto es muy moderado.

De hecho, lo probable es que la incidencia del cáncer biliar en Chile está realmente disminuida en las estadísticas oficiales, ya que se extirpan muchas vesículas con estados precanceros y a que el estudio anatómopatológico de las mismas podría ser más acabado.

Como la causa del cáncer biliar no es conocida, sólo es posible elucubrar sobre las razones que pueden explicar su notable incremento en Chile. Las postulaciones lógicas parecen ser las siguientes.

A semejanza de lo que ocurre en Estados Unidos, donde la disminución de la mortalidad por esta causa específica es atribuida al aumento de la tasa de la colecistectomías, en Chile, donde habría una disminución de éstas, ello puede constituir una razonable explicación del incremento de su mortalidad. Además, debe considerarse que habría una necesidad aumentada de cirugía biliar por el aumento descrito de colelitiasis en la población dado por estudios de autopsias y por el gran aumento de la cirugía biliar de urgencia. Esta constituye en el Hospital Sótero del Río más del 50% de esta cirugía en la actualidad. También se ha adjudicado a la infección

biliar, particularmente fiebre tifoidea, un rol en la génesis del cáncer vesicular, que es principal componente del cáncer biliar. Esta enfermedad, así como otras de origen entérico, ha aumentado francamente en nuestro medio por deficiencias del saneamiento ambiental. Esto puede estar contribuyendo al incremento observado del cáncer biliar. La acción de carcinógenos como tales, de origen exógeno, tampoco puede ser descartada.

En resumen, lo probable es que el incremento notable del cáncer biliar en Chile de los últimos 15 años tenga una multicausalidad. Es necesario extender y profundizar los estudios epidemiológicos, clínicos, experimentales y otros que permitan establecer la ponderación de algunos factores de riesgo conocidos. Al mismo tiempo, aparece como imperativo establecer una política de salud tendiente a disminuir el gran riesgo de muerte que significa esta grave enfermedad. Nuestra población no está obteniendo el beneficio derivado del mantenido descenso del cáncer gástrico que no ha dependido de la atención médica y cuyas causas se ignoran. Esta mejoría se está perdiendo por el aumento del cáncer pulmonar debido al aumento del tabaquismo y especialmente por el incremento del cáncer biliar, cuyas causas deben precisarse.

111. RESULTADO ALEJADO DEL TRATAMIENTO DEL CANCER FOLICULAR PURO DEL TIROIDES (C.F.P.)

Dr. Enrique López y Srs. Miguel Domínguez, José Torres, Roberto Volpato, Julián Mascaró, Virginia Martínez, Mario Rolando, Soledad Galarza, Gilberto Pérez, Valeska Philippi, Eric Power y Teresa Sir.

(Hospital San Juan de Dios y Escuela de Salud Pública, Facultad de Medicina, Universidad de Chile)

El cáncer de tiroides es una enfermedad que se presenta con una baja frecuencia, y para Chile representaba en el año 1983 una importancia relativa de 5,10/o en relación al total de defunciones por tumores malignos (códigos CTE 140-208) y de 0,80/o en relación al total de muertes en el país. La tasa de mortalidad a nivel nacional por esta patología asciende a 5,20/o para el ya citado año de 1983, tasa que se ha mantenido relativamente estable en el último decenio (mínimo 3,50/o en 1980; máximo 6,30/o en 1979).

La presente comunicación da cuenta de la experiencia habida en el Hospital San Juan de Dios en Santiago de Chile desde el año 1954.

De un total de 414 casos de cáncer tiroideo, 135 (32,60/o) correspondieron a cáncer folicular puro sin estructuras papilares. De ellos 117 pacientes (86,60/o) son mujeres y 18 (13,40/o) son de sexo masculino, con un promedio de edad de 40 años (mínimo 4 años; máximo 71 años). El tiempo de control fluctúa entre 1 y 32 años, con un promedio de 13 años. Sólo dos casos están perdidos de control y todos los pacientes, con excepción de uno, fueron intervenidos quirúrgicamente del tiroides.

Según la subclasificación histológica de Woolner, los cánceres foliculares puros (C.F.P.) se dividen en "encapsulados" e "invasores", encontrando en nuestro estudio 103 casos (76,20/o) del primer tipo y 32 casos (23,80/o) del tipo invasor.

El tipo de operación practicado incluye: 57 pacientes con lobectomía, 58 con tiroidectomía subtotal y 19 con tiroidectomía total.

Se administró yodo radioactivo terapéutico a 67 pacientes (49,60/o) con una dosis promedio de 144,7 mCi y un rango entre 20 y 1150 mCi.

En el cáncer folicular puro hubo una recurrencia local en 6 pacientes e igualmente 6 recurrencias a distancia, correspondiendo esta última a localización ósea (4 casos), pulmonar (1 caso) y pulmonar-ósea (1 caso).

La morbilidad postoperatoria reveló 5 casos de hipoparatiroidismo (3,70/o) y 5 casos de lesión de nervio recurrente (3,70/o).

La letalidad de casos controlados es de 15,50/o, pero sólo el 7,40/o fallece por cáncer tiroideo, ya que 3 casos (2,20/o) fallecen en la operación y 8 pacientes (5,90/o) lo hacen por otra causa.

Considerando los pacientes que fallecieron como consecuencia del C.F.P., se puede apreciar que los mayores de 40 años en el momento del diagnóstico fallecen en un 12,90/o, mientras que los menores de esa edad lo hacen en un 2,70/o. Igualmente, en los pacientes con cáncer folicular encapsulado hubo un 10/o de fallecimiento, mientras que en el cáncer folicular invasor se observó un 28,10/o.

Los pacientes que mostraron linfonodos positivos al momento del diagnóstico, fallecieron en un 7,70/o, y los que no los tenían, en un 7,40/o; por otra parte, aquellos con multicentricidad del tumor, fallecieron en un 200/o, en tanto que los que tenían una lesión dentro de un solo lóbulo, fallecieron en un 6,90/o.

Entre los que se practicó lobectomía se observó dos fallecimientos, mientras que a los que se les efectuó tiroidectomía subtotal y total fallecieron en un 8,6 y 11,10/o respectivamente.

Los pacientes en que se usó radioyodo fallecieron de cáncer en un 90/o y los que no lo recibieron, en un 5,90/o; los pacientes que presentaron recurrencia durante el período de control, fallecieron en un 35,70/o, mientras que de los que no la presentaron sólo falleció el 4,10/o.

Conclusiones

El cáncer folicular puro se presentó en el 32,60/o de nuestra casuística, de preferencia en el sexo femenino, y su letalidad global durante los años que se han controlado los pacientes, asciende a un 7,40/o.

Son factores de pronóstico ominoso la edad sobre 40 años a la fecha del diagnóstico, el subtipo histológico "invasor", al igual que la existencia de linfonodos presentes en el cuello al momento del diagnóstico y la multicentricidad del tumor inicial. La recurrencia del tumor después de la intervención es signo de mal pronóstico.

TABLA Nº 1
TASAS DE LETALIDAD POR CANCER

Variables	Vivos	Muertos	Total	Muertes por cáncer	Tasa
Sub-tipo histológico:					
Encapsulado	93	10	103	1	1,00/o
Invasor	21	11	32	9	28,10/o
Tipo de operación					
Biopsia	—	1	1	1	—
Lobectomía	54	4	58	2	3,40/o
Tiroidectomía subtotal	48	10	58	5	8,60/o
Tiroidectomía total	12	6	18	2	11,10/o
Uso de radiyodo					
Sí	57	10	67	6	9,00/o
No	57	11	68	4	5,90/o
Linfonodo al inicio					
Sí	12	1	13	1	7,70/o
No	102	20	122	9	7,40/o
Multicentricidad					
1 Lóbulo	110	20	130	9	6,90/o
2 Lóbulos	4	1	5	1	20,00/o
Recurrencia					
Sí	5	9	14	5	35,70/o
No	109	12	121	5	4,10/o

112. ANALISIS EPIDEMIOLOGICO DE LOS TUMORES MALIGNOS EN EL MENOR DE 15 AÑOS, 1978-1982

Drs. May Chomali, Miriam Gelman, Sonia Medina, Mónica Morgues, Ana M. Kaempffer y Sr. Francisco Cumsille

(Escuela de Salud Pública, Facultad de Medicina, Universidad de Chile)

Por mucho tiempo los cánceres infantiles no fueron una preocupación predominante desde el punto de vista de la Salud Pública; sin embargo, la disminución importante de algunas patologías infantiles (infecciosas, entéricas, respiratorias), especialmente en los menores de 2 años, por una parte, y los importantes avances en la terapéutica de los últimos 25 años, han hecho que en nuestro país, como en otros, los diferentes tipos de cáncer del menor de 15 años hayan ido tomando mayor importancia relativa como causa de muerte. La mortalidad por tumores malignos en el menor de 15 años corresponde hoy en día a un 2,50/o de la mortalidad global para ese grupo etario, la que en 1970 fuera de 0,850/o. Este porcentaje ha ido en aumento en forma considerable los últimos 14 años, a expensas, principalmente, del grupo de 1 a 14 que en 1970 fuera de 3,60/o y en 1984, del 8,50/o.

Es por eso que nos interesó conocer algunas características epidemiológicas de pacientes seguidos durante varios años en diferentes centros oncológicos.

Material y Métodos

Los datos de mortalidad expuestos en este trabajo fueron extraídos de los anuarios de defunciones editados por el Ministerio de Salud, y los de morbilidad fueron extraídos de las fichas clínicas de los pacientes atendidos en 7 centros oncológicos del Area Metropolitana y uno de la V Región, cuyos diagnósticos se efectuaron entre los años 1978 y 1982, lo que nos dio un total de 887 casos nuevos. Vale la pena destacar que las cifras aquí expuestas representan alrededor del 570/o de la tasa esperada, que si se diagnosticaran todos los casos, según consenso internacional es de 12 por 100.000 hab. Esto se debe, por una parte, a falta de diagnósticos, y por otra, a que muchos pacientes oncológicos no son tratados ni derivados, en algún momento de su evolución, a centros especializados, como por ejemplo, los tumores del SNC y los Retinoblastomas que, en su mayoría, son tratados en Neurocirugía y en Oftalmología, respectivamente.

Los datos aquí obtenidos fueron vaciados a un formulario ad-hoc y procesados en computador.

Resultados

Las principales causas de muerte por tumores malignos para el grupo menor de 15 años, son bastante diferentes a las del adulto, como se puede apreciar en la Tabla 1.

De los datos obtenidos de las 887 fichas clínicas pudimos constatar que los tumores infantiles son, en global, de predominio masculino, con un 55,70/o para los varones, y un 44,30/o para las mujeres, lo que da una relación de 1,3/1. El análisis por grupos de edad nos da una mayor frecuencia para el grupo de 1 a 4 años, con un 36,80/o del total, lo sigue en frecuencia el grupo de 5 a 9 años, con un 33,80/o, en tercer lugar se ubica el grupo de 10 años y más, con un 22,40/o y, finalmente, el grupo menor de un año, con 7,10/o del total de los tumores.

En el análisis por región de procedencia, destaca que un 43,40/o de los pacientes tratados en Santiago provienen de otras regiones del país, desde la primera hasta la décimosegunda región, siendo lo más frecuente entre la cuarta y la octava. El resto de los pacientes tienen su residencia habitual en el Area Metropolitana.

Las Leucemias que en global representan un 42,90/o del total de los tumores, fue el tipo de tumor que encontramos con mayor frecuencia, existiendo una relación de 6/1 en favor de las Leucemias Linfáticas agudas. En 2º lugar se encontraron los Linfomas, con 19,60/o. En 3er. lugar, los Tumores Oseos, con 5,70/o, 4º los Rbdomiosarcomas, 5º, Tumor de Wilms, 6º, Neuroblastoma; en lugares más alejados se encontró el resto de los tumores.

De los tumores analizados son de predominio masculino: Linfomas Hogking y no Hogking, Tumores del SNC, Tumor de Ewing, Carcinomas Embrionarios, Neuroblastoma, Retinoblastoma, Rbdomiosarcoma y Leucemia Linfática, en orden de importancia, y son de predominio femenino sólo las Leucemias Mieloblásticas, los Tumores de Wilms y Osteosarcoma.

Si analizamos la información por grupos de edad y causas específicas, vemos que los tumores más frecuentes en el menor de 5 años son: Leucemias Linfáticas, Tumor de Wilms, Linfoma no Hogking, Retinoblastoma y Carcinoma Embrionario, y en el grupo mayor de 10 años son más frecuentes las Leucemias Linfáticas, los Linfomas de Hogking, las Leucemias Mielo-blásticas, los Osteosarcomas, y los Linfomas no Hogking, en orden de importancia.

Al observar la curva del $\%$ de sobrevivientes, según tiempo de evolución para el global de los tumores, podemos apreciar que a los 24 meses de observación sobrevive un 49 $\%$ de los pacientes, este porcentaje baja a 41,6 $\%$ a los 48 meses, y sigue disminuyendo hasta llegar a 38,4 $\%$ a los 84 meses, que fue nuestro tiempo máximo de observación. En el análisis de las fichas se encontró en varias oportunidades, una causa de muerte no relacionada con el cáncer, por lo que nos parece más realista pensar en un $\%$ de sobrevida de aproximadamente un 41 $\%$ a 7 años plazo. La información se presenta en el gráfico N° 1.

Conclusiones y Comentarios

Los Tumores Infantiles, han tomado gran relevancia los últimos años por diversos motivos, por su mayor importancia relativa como causa de muerte, por los grandes avances en las posibilidades terapéuticas, lo que ha llevado a mejorar la sobrevida de estos pacientes; por esto creemos que existe la necesidad de crear un registro nacional del cáncer infantil para tener acceso, en la forma más fidedigna, a los datos de morbilidad, los cuales son una ayuda innegable para la implementación de nuevos servicios y distribución presupuestaria, con lo cual mejoraría aún más la atención que ellos requieren, tanto en el Área Metropolitana como en las diferentes regiones del país.

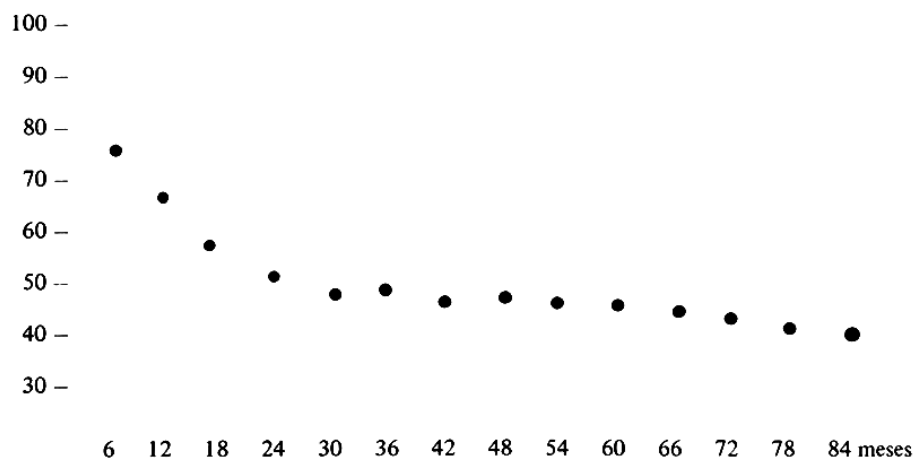
TABLA Nº 1

MORTALIDAD POR TUMORES MALIGNOS. IMPORTANCIA RELATIVA. CHILE 1984
(Tasas por 100.000 hab.)

Menor de 15 años				15 años y más			
Causas	Nº	o/o	Tasa	Causas	Nº	o/o	Tasa
1. Leucemias	79	43,6		1. Estómago	2.334	19,7	
2. Linfomas	39	21,6		2. Pulmón	1.202	10,2	
3. Tumores nerviosos	19	10,5		3. Vesícula	962	8,1	
4. Tumores óseos	14	7,7		4. Cuello uterino	682	5,8	
5. Wilms	6	3,3		5. Mama	665	5,6	
6. Retinoblastoma	5	2,8		6. Colon-Recto	619	5,2	
7. Otros	19	10,5		7. Otros	5.370	45,4	
TOTAL	181	100,0	4,9	TOTAL	11.834	100,0	145,3

GRAFICO Nº 1

o/o DE SOBREVIVIENTES SEGUN TIEMPO DE EVOLUCION PARA LOS TUMORES MALIGNOS EN LOS MENORES DE 15 AÑOS
CHILE 1978-1982



113. CANCER PROSTATICO Y OTRAS ENFERMEDADES DE LA PROSTATA. DEFUNCIONES Y EGRESOS. CHILE 1983

Drs. Aída Kirschbaum, Sonia D'Acuña, Juan Valdivieso y Juan Verdaguer
(Escuela de Salud Pública, Facultad de Medicina, Universidad de Chile)

Entre los cánceres que han aumentado sus tasas en el período de los últimos 40 años, el de próstata ocupa el cuarto lugar después de pulmón, hígado y vesícula, con un aumento del 820/o. De aquí nuestro interés por conocer lo que pasa con esta patología en la actualidad en nuestro país, de lo que resulta nuestro primer objetivo: estudiar las defunciones y egresos por cáncer prostático, su importancia relativa dentro de los cánceres, y su distribución por grupos de edad.

Nuestro segundo objetivo es analizar las otras enfermedades prostáticas, que corresponden al grupo de las enfermedades genitourinarias (580-629), también desde el punto de vista de las defunciones y egresos; la revisión de la literatura extranjera nos ha permitido conocer numerosos trabajos sobre cáncer prostático desde el punto de vista epidemiológico, pero ninguna de las otras enfermedades prostáticas no cancerosas. De estas últimas, la hiperplasia prostática representaba en nuestro país en 1945, un 3,80/o del total de muertes por enfermedades genitourinarias, y en 1981 este porcentaje se elevó a un 14,20/o.

Material y Método

Se revisó la información suministrada por el Ministerio de Salud de la totalidad de las defunciones y egresos del país en 1983 por cáncer prostático y por enfermedades genitourinarias, realizando la tabulación por importancia relativa, grupos etarios, y comparación con el total de defunciones y egresos, tanto del grupo de los cánceres, como del total global del país.

Resultados

En 1983, las defunciones por cáncer prostático representaron el 4,00/o del total de defunciones por cáncer, y el 7,90/o de las defunciones por cáncer en el sexo masculino, con una tasa de 8,2 por 100.000 habitantes. De estas defunciones, sólo el 0,40/o (2 casos) correspondió a menores de 25 años, encontrándose las demás en los grupos de 45 a 64 años con 13,60/o y mayor de 65 años con 86,00/o. Este último grupo presentó la tasa más alta con 149,2 por 100.000 habitantes, constituyendo el 12,00/o de las muertes por cáncer en el sexo masculino en dicha edad (Tabla 1).

Se registraron 1.004 egresos por cáncer prostático, que correspondieron, a su vez, al 3,50/o del total de egresos por cáncer, y al 8,40/o del total de egresos por cáncer en el sexo masculino, con una tasa de 17,4. El 2,60/o de los egresos correspondió al grupo menor de 25 años, el 0,80/o al grupo de 25 a 44 años, concentrándose los mayores porcentajes en los grupos de 45-64 años con 18,50/o, y 65 y más años con 78,10/o. La tasa más alta correspondió al grupo de 65 años y más con 285,3 y representando el 16,90/o de los egresos por cáncer en el sexo masculino en este grupo de edad.

En cuanto a la patología prostática no cancerosa, que incluye la hiperplasia de la próstata, enfermedades inflamatorias de la próstata y otros trastornos prostáticos (números 600 a 602 de la clasificación de las enfermedades), se registraron 183 defunciones que representaron el 11,60/o del total de defunciones por patología genitourinaria, y el 20,50/o de las defunciones de causa genitourinaria en el hombre, con una tasa de 32 por 100.000 habitantes. De estas 183 defunciones, el 0,50/o correspondió al grupo de 25 a 44 años, el 8,80/o al grupo de 45 a 64 años, y el 90,70/o al grupo de 65 años y más, no registrándose defunciones por estas causas en el grupo menor de 25 años. Las tasas más altas se encuentran en los grupos de 45 a 64 años con 2,0, y 65 años y más con 60,4, representando respectivamente el 9,70/o y 27,10/o del total de defunciones genitourinarias en el sexo masculino para estos grupos de edad (Tabla 2).

Los egresos por patología no cancerosa fueron 5.643, que equivalen al 7,10/o del total de egresos por causa genitourinaria, y al 21,90/o de los egresos genitourinarios en el hombre, con una tasa de 97,5. El 2,40/o de ellos se encontró en el grupo menor de 25 años, el 2,10/o entre 25 y 44 años, el 28,50/o entre 45 y 64 años, y el 66,90/o en el grupo de 65 años y más, registrándose, además, un 0,10/o de egresos de edad ignorada. Las tasas más elevadas correspondie-

ron a los grupos de 45 a 64 años con 199,7 y 65 años y más, con 1.374,5, constituyendo respectivamente el 39,20/o y 600/o del total de egresos por patología genitourinaria en el sexo masculino en dichas edades.

Comentarios

El cáncer prostático, es una importante causa de muerte por cáncer en hombres mayores de 45 años, y especialmente en mayores de 65 años, siendo el 120/o de las defunciones por cáncer en hombres de esa edad, con una tasa de 149,2 por 100.000 habitantes. Los egresos por cáncer prostático se encuentran a toda edad, aunque nuevamente predomina el grupo de 65 años y más, donde esta patología presenta el 16,90/o de los egresos por cáncer en el hombre. Es importante señalar que el grupo de 25 a 44 años representa el menor porcentaje de egresos (0,80/o) y no tiene mortalidad por esta causa.

Respecto de la patología prostática no cancerosa, podemos decir que éstas sólo representan una causa importante de defunción dentro de la patología genitourinaria en hombres mayores de 45 años, muy especialmente el grupo de 65 años y más con 27,10/o de las defunciones de causa genitourinaria en hombres de esa edad. Los egresos por patología prostática no cancerosa aparecen sin embargo a toda edad, encontrándose un 4,50/o de ellos en menores de 45 años, aunque nuevamente predomina el grupo de 65 años y más, llegando al 600/o de los egresos por patología genitourinaria en el sexo masculino.

Por último, hay que señalar que dentro de la patología no cancerosa estudiada, la hiperplasia prostática constituye el mayor porcentaje, con un 96,00/o de las defunciones y 980/o de los egresos.

TABLA Nº 1

**DEFUNCIONES POR CANCER PROSTATICO SEGUN GRUPOS DE EDAD
TASA POR 100.000 HABITANTES. CHILE 1983**

Grupos Etarios	Número	o/o	Tasas	o/o Total de Def. por Ca	o/o Total de Def. por Ca Sexo Masc.
Menor de 25 años	2	0,4	0,1	0,5	0,9
25 - 44 años	--	--	--	--	--
45 - 64 años	65	13,6	8,1	1,6	3,2
Mayor de 65 años	410	86,0	149,2	6,1	12,0
TOTAL	477	100,0	8,2	4,0	7,9

TABLA Nº 2

**DEFUNCIONES POR PATOLOGIA PROSTATICA NO NEOPLASICA
SEGUN GRUPOS DE EDAD. TASAS POR 100.000 HABITANTES. CHILE 1983**

Grupos Etarios	Número	o/o	Tasas	o/o Total de Defunciones por Patología Genito-urinaria	o/o Total de Def. por Patología Genitourinaria (Varones)
Menor de 25 años	--	--	--	--	--
25 - 44 años	1	0,5	0,1	0,8	1,8
45 - 64 años	16	8,8	2,0	5,0	9,7
Mayor de 65 años	166	90,7	60,4	16,2	27,1
TOTAL	183	100,0	3,2	11,6	20,5

114. EVALUACION DEL PROYECTO DOCENTE ASISTENCIAL DE ONCOLOGIA Y PATOLOGIA MAMARIA DEL SERVICIO DE SALUD METROPOLITANO SUR-ORIENTE. INFORME PRELIMINAR

Drs. Blanca Durán, Roberto Henríquez, Cecilia Morales, Rosa Moreno, Erika Méndez, Jorge Sobarzo,
Ingrid Castillo y Lorna Luco
(Servicio de Salud Metropolitano Sur-Oriente)

El cáncer de mama constituye la localización de mayor frecuencia en las mujeres, en los países desarrollados (1, 2, 4); en Latinoamérica es la segunda causa de muerte por cáncer en la mujer.

La localización en la mama, junto a la de esófago y pulmón, han tenido un aumento significativamente mayor que otros cánceres. A partir de 1920, mientras las tasas de mortalidad por el total de cánceres han aumentado 2,5 veces, el incremento de las tasas de mortalidad por neos de mama, esófago y pulmón ha sido de 10 veces más (1, 5, 6, 7).

Dados estos antecedentes, los Oncólogos del Servicio de Cirugía y el Comité de Oncología del Hospital Sótero del Río, elaboraron un Proyecto Docente Asistencial que fue aceptado, por considerarse sus objetivos adecuados a las necesidades del Servicio.

Objetivos

1. Aumentar el poder resolutivo local, a través de la salida de especialistas en Oncología, a Consultorios de Atención Primaria.
2. Facilitar a los médicos de Atención Primaria, el conocimiento de técnicas de examen mamario, especialmente clínico y de apoyo, como la primera etapa de un programa de detección precoz de cáncer de mama.
3. Atender a los pacientes en Policlínico de su sector.
4. Agilizar la atención del paciente de mayor riesgo a nivel secundario y terciario mediante la selección previa en el Consultorio, con criterios técnicos adecuados.

Metodología

Se seleccionan seis Consultorios de Atención Primaria, con un médico encargado del Proyecto en cada uno de ellos, quien atiende a pacientes con patología mamaria, derivados por médicos generales, de planificación familiar y eventualmente aquellos referidos del nivel secundario para el control post-operatorio. Al ingreso de cada paciente al Proyecto se confecciona una ficha de patología mamaria tipo.

Una vez al mes, las pacientes de mayor complejidad son atendidas por el Oncólogo, para toma de decisiones sobre tratamiento y derivación oportuna.

Periódicamente se realizan reuniones con el especialista para evaluar el Proyecto y unificar criterios acerca de clasificación y nomenclatura a usar.

Resultados

Se atendieron 2.404 pacientes durante 1985, a los que se le entregaron 4.551 consultas. Esto corresponde a un 2,50/o del total de consultas por morbilidad general, realizadas en los Consultorios seleccionados (incluyen hombres y mujeres).

En la distribución por sexo, de acuerdo al carácter de la patología, un 99,40/o de las consultantes fueron mujeres. El 0,60/o de consulta del sexo masculino, correspondió a ginecomastía y otras patologías benignas.

Un 630/o de las consultas se dieron a mujeres menores de 35 años, y un 370/o a mayores de 35 años.

El diagnóstico clínico más frecuente fue el de displasia mamaria, con un 59,60/o (Tabla 1). Un 12,50/o de los diagnósticos correspondió a "Tumor de mama", que se definió como "aumento de volumen único o múltiple, sin signología clínica ni radiológica de malignidad". Sólo en un 0,40/o de las pacientes se hizo el diagnóstico clínico de "cáncer de mama", en los que la condición de neoplasia era evidente, clínica y/o radiológicamente.

Del total de mamografías solicitadas (1.065), se realizaron 279 (26,10/o).

En cuanto a tratamiento, se indicó administración de Progesterona a 561 pacientes (25,4 por ciento del total). La duración fue de tres, seis y nueve meses, dependiendo de cada paciente. Se evalúa en este informe, el resultado en 220 pacientes que terminaron el tratamiento, obteniendo una remisión de la sintomatología en un 64,50/o y de la signología en un 600/o.

La Cirugía se indicó en 222 pacientes, con diagnóstico clínico de cáncer de mama, tumor mamario, fibroadenoma y en aquellas en que hubo fracaso del tratamiento médico, determinado por falta de regresión de la signología después de tres ciclos de terapia hormonal, sin posibilidades de control mamográfico. Un 53,20/o de las pacientes fueron intervenidas el mes de Diciembre de 1985.

El diagnóstico anátomo-patológico (Tabla 2) confirmó la presencia de mastopatía fibroquística en un 39,00/o, fibroadenoma en un 34,70/o y cáncer en un 9,30/o.

Comentario

Algunos puntos importantes de considerar como conclusión de esta primera etapa, se detallan a continuación:

- Se hace necesaria la incorporación de un Sub-Programa de Patología Mamaria en el Programa del adulto.
- El grupo de edad de mayores de 35 años (el de más alto riesgo), sólo corresponde al 37,0 por ciento del total de consultas, porcentaje que es necesario aumentar, dado que la literatura señala que un 850/o de las neoplasias de mama se presentan en mujeres con más de 40 años de edad.
- Es fundamental el apoyo de un mamógrafo para aumentar el poder resolutivo y afinar el diagnóstico clínico necesario para decidir en cuanto a tratamiento médico o quirúrgico. El objetivo más importante, de promover y sensibilizar a los médicos de Atención Primaria que participaron en el Proyecto en la pesquisa de patología mamaria, se considera ampliamente cumplido, demostrándose, además, lo indispensable de la presencia del especialista en Atención Primaria, en una labor de Docencia permanente de Post-Grado al médico General.

TABLA Nº 1

**DISTRIBUCION DE LOS PACIENTES ATENDIDOS SEGUN DIAGNOSTICO CLINICO
NUMERO Y PORCENTAJE**

Patología	Nº	o/o
Displasia Mamaria	1.433	59,6
Tumor de mamas	348	14,5
Mastodinia	228	9,5
Galactorrea	87	3,6
Mastitis	67	2,8
Ginecomastía	12	0,5
Telarquia	13	0,5
Cáncer de mama	9	0,4
Contusión mamaria	8	0,36
Telorragia	6	0,3
Gigantomastía	8	0,3
Otros diagnósticos	105	4,4
Mamas sanas	80	3,3
TOTAL	2.404	100,0

TABLA Nº 2

**DIAGNOSTICO ANATOMO-PATOLOGICO DE LAS PACIENTES SOMETIDAS A
TRATAMIENTO QUIRURGICO**

Diagnóstico	Nº	o/o
Mastopatía fibroquística	46	39,0
Fibroadenoma	41	34,7
Carcinoma	11	9,32
Lipoma	4	3,38
Mama Axilar	3	2,5
Galactocele	3	2,5
Hiperplasia adenoidea	1	0,7
Mastitis crónica	4	3,4
Ginecomastía	1	0,7
Involución adiposa	1	0,7
Adenopatía	1	0,7
Papiloma Intraductal	1	0,7
Desconocido	1	0,7
TOTAL	118	100,0

115. PREVALENCIA DE SINTOMAS ESOFAGICOS Y GASTROINTESTINALES EN LA POBLACION ADULTA NORMAL CHILENA

Drs. Attila Csendes, Ernesto Medina, José Arraztoa, Pedro Becker y Julio Valenzuela
(Depto. Cirugía, Hospital Clínico U. de Chile y Escuela de Salud Pública, Facultad de Medicina)

Se ha señalado en algunos estudios que la pirosis es un síntoma frecuente en la población adulta, presentándose en aproximadamente 30% de los sujetos. Sin embargo, estos estudios han sido retrospectivos y analizando pacientes hospitalizados que no constituyen un grupo "normal".

Objetivo

Determinar la prevalencia de síntomas esofágicos y gastrointestinales en una población adulta normal, mediante un estudio prospectivo, empleando una encuesta previamente establecida.

Material y Método

Se encuestó un total de 300 sujetos 147 hombres y 153 mujeres, con edades promedio de 34 y 38 años respectivamente. Este grupo normal se tomó de los familiares de pacientes hospitalizados en el Hospital Clínico de la Universidad de Chile, durante la visita semanal, y de los acompañantes de los pacientes que concurren al Servicio de Urgencia de dicho hospital. En la encuesta se consideraron un total de 17 variables previamente determinadas. Para los cálculos estadísticos se empleó la prueba de χ^2 .

Resultados

El peso promedio de los hombres varió entre 60 y 70 Kg. y el de las mujeres entre 50 y 60 Kg. No hubo ningún tipo de rechazo por parte de los encuestados para ingresar a este estudio. En la Tabla I se señala la incidencia de síntomas gastrointestinales.

TABLA Nº 1
PREVALENCIA DE SINTOMAS

Síntomas	Ausente o/o	Ocasional o/o	Frecuente o/o
Pirosis	40,3	39,7	20,0*
Regurgitación	47,7	41,0	11,3*
Disfagia	82,7	10,0	7,3*
Distensión abdominal	43,0	44,0	13,0*

* Síntomas significativamente más frecuentes en mujeres que en hombres ($p < 0.003$)

La diarrea crónica como un hábito intestinal, fue un hecho excepcional, presentándose en 2 encuestados (0,70/o), mientras que la constipación fue más frecuente en las mujeres (38,50/o) que en los hombres (2,70/o).

La intolerancia a las comidas se observó en el 450/o de los encuestados, siendo más frecuente en las mujeres ($p < 0.001$).

En la Tabla 2 se señalan los hábitos de alcohol y tabaco.

TABLA Nº 2

	Nº o/o	Ocasional o/o	Moderado o/o	Excesivo
Alcohol	29,3	60,3	9,3	1,0 *
Tabaco	42,7	32,7	18,7	5,0

* Mayor frecuencia en hombres que en mujeres ($p < 0.000$)

Conclusiones

1. La pirosis y los demás síntomas esofágicos son frecuentes en la población adulta normal, con una frecuencia significativamente mayor en las mujeres.
2. Hay una diferencia muy significativa en los hábitos intestinales entre hombres y mujeres, siendo la constipación más frecuente en las mujeres.
3. La intolerancia a las comidas es muy frecuente en la población chilena, en especial a grasas y leguminosas.
4. Hay una diferencia significativa en la ingesta de alcohol entre hombres y mujeres, pero no se observó esta diferencia en el consumo de tabaco.

116. CARACTERISTICAS CLINICO EPIDEMIOLOGICAS DE 80 PACIENTES HOSPITALIZADOS CON EL DIAGNOSTICO DE ENFERMEDAD BRONQUIAL OBSTRUCTIVA CRONICA

Drs. Luis Martínez, Miguel Irrazábal, Rodolfo Paredes y Srs. Lorena Muñoz, Manuel Pantoja, Cristián Pérez Ricardo Pommer y Juan Stoppel.

(Escuela de Salud Pública y Depto. Medicina Interna Hospital Clínico J. J. Aguirre, Facultad de Medicina Universidad de Chile)

Las enfermedades bronquiales obstructivas crónicas constituyen un grupo de patologías responsables de altas tasas de morbi-mortalidad, son una importante causa de incapacidad laboral y su control demanda al país una elevada cantidad de recursos materiales y humanos.

Con frecuencia estas enfermedades resultan invalidantes, pero un control médico adecuado puede evitar o revertir esta condición.

El término EBOC suele utilizarse para agrupar estas enfermedades, que corresponden al Asma, la Bronquitis Crónica y el Enfisema Pulmonar. Este término resulta útil para el estudio epidemiológico poblacional de dichas enfermedades, pero el individuo se beneficia más con un diagnóstico exacto de su afección particular.

Dentro de los medios para alcanzar este diagnóstico se encuentran el análisis detallado de los hallazgos clínicos, el estudio de algunos antecedentes importantes y un estudio de laboratorio que incluya la radiografía de tórax y la espirometría como exámenes básicos, complementado con el test cutáneo y eventualmente otros exámenes generales y/o específicos.

Nuestro estudio tiene como propósito observar las características clínicas y de laboratorio presentes en pacientes hospitalizados con los diagnósticos de Asma, Bronquitis Crónica, EBOC, Enfisema y otras enfermedades respiratorias. El objetivo específico es: a) Caracterizar al grupo estudiado según edad y sexo. b) Observar la presencia de antecedentes de consumo de tabaco y de alcohol, TBC y atopías. c) Analizar el uso de radiografía de tórax, espirometría y test cutáneo en el estudio clínico de los pacientes. d) Analizar la correspondencia entre el diagnóstico de ingreso y de egreso.

En el estudio se emplearon los datos obtenidos de 80 fichas clínicas de pacientes egresados en el año 1984 del Hospital Clínico de la Universidad de Chile, correspondientes al total de pacientes con diagnóstico de Bronquitis Crónica (24 casos) y EBOC (13 casos), a 26 pacientes con diagnóstico de Asma y 16 con el de Otra Enfermedad Respiratoria (obtenidos por muestreo aleatorio sistemática) y al único caso de Enfisema, que por lo reducido de la muestra se incluyó junto a la Bronquitis Aguda, Neumonía y TBC en el grupo de Otras Enfermedades Respiratorias.

De los datos provenientes de las fichas logramos obtener la distribución por frecuencia de los distintos grupos diagnósticos para el diagnóstico de ingreso y de egreso, el sexo, la edad, los hallazgos clínicos de disnea, tos, desgarro, crisis obstructivas y hemoptisis, el antecedente de consumo de tabaco y de alcohol, TBC y atopías, y el empleo de la radiografía de tórax, la espirometría y el test cutáneo para los pacientes considerados en total y agrupados según patología (Tabla 1).

La edad promedio de los pacientes se encontró entre los 40 ± 17 y los 76 ± 8 años, con los pacientes de menos edad en el grupo de los asmáticos y los de más edad en el de bronquíticos crónicos respectivamente. El sexo tuvo una distribución similar entre los grupos.

La disnea se presentó en el 83,70% de los pacientes e incluyó al total de los asmáticos y EBOC y sólo al 70,80% de los bronquíticos crónicos. Idéntico porcentaje de ellos presentó tos, siendo que este síntoma se considera un requisito para su diagnóstico. En el total de los casos de asma y en el 30,80% de los EBOC se consignó el hallazgo de crisis obstructivas.

El antecedente de consumo de alcohol resultó con una distribución similar entre los grupos (400% para el total), mientras que el de consumo de tabaco predominó en el de bronquitis crónica y de EBOC. La TBC existió en el 300% de los EBOC y sólo en uno de los asmáticos.

En el análisis del estudio de los pacientes mediante exámenes de laboratorio destacó que sólo 59 (740%) de los pacientes se sometió a la radiografía de tórax y sólo 19 (240%) a la espirometría. Al realizar una comparación entre el diagnóstico de ingreso y la conclusión radiológica de estos 59 pacientes se vio que la conclusión informada con mayor frecuencia fue la de "normal" (12 casos) y que en 7 casos se informó Enfisema.

Finalmente, se comparó a los pacientes según su diagnóstico de ingreso y de egreso, destacando que en sólo 6 de los 19 pacientes ingresados con el diagnóstico de EBOC se logró clasificarlos dentro de un diagnóstico más preciso a su egreso (Tabla 2).

El análisis de estos resultados nos permitió concluir que de los egresos por enfermedades respiratorias obstructivas crónicas del Hospital Clínico de la Universidad de Chile, el mayor porcentaje corresponde a los asmáticos, mientras que el diagnóstico de Enfisema es excepcional; que los hallazgos clínicos corresponden a los descritos clásicamente para estas enfermedades, salvo en el caso de la Bronquitis Crónica en que la tos no se consignó en el 29,0% de los casos; que el consumo de tabaco fue predominante en los bronquíticos crónicos y EBOC y el de atopias en los asmáticos; y que el estudio con exámenes de laboratorio no incluye la radiografía de tórax ni la espirometría en un alto número de casos, lo que posiblemente influya en que no se logre obtener un diagnóstico preciso en un significativo número de los pacientes.

TABLA Nº 1

**HALLAZGOS CLINICOS Y ANTECEDENTES EN 80 PACIENTES HOSPITALIZADOS
CON LOS DIAGNOSTICOS DE ASMA, BRONQUITIS CRONICA
Y OTRAS PATOLOGIAS RESPIRATORIAS
(Hospital Clínico Universidad de Chile, 1984)**

	ASMA	BRONQUITIS CRONICA	EBOC	OTRAS	TOTAL
Hallazgos Clínicos					
Disnea	26	17	13	11	67
Tos	14	17	13	9	53
Desgarro	11	14	11	8	44
Crisis Obstructiva	26	4	4	6	40
Hemoptisis	0	1	0	1	2
Antecedentes					
Tabaco	8	12	7	5	32
Alcohol	11	11	6	4	32
TBC	1	3	4	2	10
Atopía	9	0	2	1	12

TABLA Nº 2

**DIAGNOSTICO DE INGRESO VS. DIAGNOSTICO DE EGRESO EN PACIENTES
HOSPITALIZADOS CON LOS DIAGNOSTICOS DE ASMA
BRONQUITIS CRONICA Y EBOC
(Hospital Clínico Universidad de Chile, 1984)**

	DIAGNOSTICO DE EGRESO		
	ASMA	BRONQUITIS CRONICA	EBOC
Diagnóstico de Ingreso			
Asma	24	0	1
Bronquitis crónica	0	15	1
Enfisema	0	0	0
Bronquitis aguda	0	0	0
Neumonía	0	3	0
TBC	0	0	1
EBOC	1	5	11
Otros	1	1	0
TOTAL	26	24	13

117. EVALUACION DEL ESTADO NUTRITIVO EN UN POLICLINICO DE MEDICINA DE ADULTOS. ANALISIS SOBRE OBESIDAD Y SEXO

Gloria Páez, Constanza Buguña y Renate Flaskamp

(Depto. Salud Pública, División Ciencias Médicas Occidente, Facultad de Medicina, Universidad de Chile)

Históricamente, la nutrición del hombre ha sido motivo de análisis y estudios diversos, dada la evidencia de que salud y nutrición son dos conceptos estrechamente relacionados entre sí.

El estado nutritivo (E.N.), es uno de los parámetros usados para evaluar el bienestar biosocial de una población. Se ha empleado una serie de valores objetivos para hacerlo, entre éstos, el índice peso/talla. Para complementarlo, se ha usado la medición del pliegue graso, proteína plasmática, recuento de linfocitos y PAD, entre otros.

Elegimos el índice P/T debido a su fácil aplicación y bajo costo, proporcionando una buena orientación respecto del E.N. del paciente.

El estudio se realizó en el Consultorio Andes perteneciente al S.S.M.O., donde según datos de 1983, se atendió a 19.791 personas en Policlínico de Medicina General, de los cuales el 13,70/o fueron hipertensos y el 30/o, diabéticos. No se encontró información sobre E.N. de esa población atendida ni aún en relación a las dos patologías mencionadas. Debido a la importancia del E.N. en pacientes diabéticos y/o hipertensos para el plan terapéutico y el pronóstico, y a la ausencia de programas que apoyen al enfermo y al médico en el manejo de esta variable, decidimos realizar un estudio de prevalencia, evaluando el E.N. de todos los pacientes que se atendieron en este Policlínico durante el mes de Enero de 1986.

Objetivos

Evaluar el E.N. de la población consultante de 18 años y más, en un Policlínico de Medicina General, según índice, peso/talla, sexo y edad.

Evaluar el E.N. de los pacientes diabéticos y/o hipertensos, de esta Población consultante.

Asociar el E.N. de los pacientes con patología crónica concomitante (Diabetes Mellitus y/o Hipertensión arterial) y comparar con todos aquellos pacientes sin esta patología.

Material y Método

El estudio se realizó en el Consultorio Andes, que tiene una cobertura aproximada de 77.710 personas, en el Sector Occidente de Santiago.

La población adulta atendida en el Policlínico de Medicina en 1983, fue de 19.791 personas, de ellos los crónicos fueron 3.476 (17,60/o), de los cuales 2.710 (780/o) fueron hipertensos y 585 (170/o), diabéticos.

Con estos antecedentes se decidió efectuar medición de peso y talla a todo paciente consultante a este Policlínico por un período de un mes, Enero de 1986. No se consideraron las consultas repetidas, ni pacientes en condiciones físicas comprometidas por patologías graves, situación que nos determinó un sesgo en nuestra muestra. Además se eliminaron 22 pacientes menores de 18 años. Al concluir el período fijado, se habían evaluado 428 pacientes, el 92,30/o de estos pacientes fueron atendidos además en consulta médica por las autoras, correspondientes a 395 personas.

Para efectuar la E.N. se utilizó como índice: Peso Real/Peso Ideal por 100, siendo el peso ideal aquel que corresponde al 1000/o según talla y sexo. Las mediciones se realizaron con una pesa SECA, con intervalos de 100 gramos y un altímetro con intervalos de 0,5 cms.

Se definieron las variables del estudio, considerándose como dependiente al E.N. enflaquecido con $-900/o$; eutrófico $1000/o$; sobrepeso $111-1200/o$, y obesidad más $1200/o$. Se decidieron controlar las variables sexo, edad asociadas al E.N. y la presencia de Diabetes Mellitus y/o Hipertensión arterial, o la ausencia de ambas. Otras variables independientes, como estado civil, socioeconómico, trabajo, ingresos, escolaridad, no se analizaron en esta muestra, a pesar de considerarlas importantes y con una alta probabilidad de influir en el E.N., sin embargo, al ampliar la muestra, se estudiarán a futuro.

Resultados

Se evaluó el E.N. de 428 consultantes de 18 años y más, 120 de sexo masculino (28^o/o) y 308 de sexo femenino (72^o/o). Los porcentajes observados sobre el total para ambos sexos fueron de 38,3^o/o de eutrofia, 31,8^o/o obesidad, 17 2^o/o de sobrepeso y un 12,9^o/o de enflaquecidos (Tabla 1).

Por los resultados obtenidos se realizó análisis estadístico, utilizando X^2 como prueba de asociación (1^o/o y 3 gr. de L) y ésta fue significativa para la muestra en estudio. Como destaca el porcentaje de obesidad (31,8^o/o) se precisó respecto a las diferencias porcentuales observadas en obesidad masculina y femenina ($p < 0,01$), su resultado fue significativo por sexo.

Se asociaron las variables E.N. sexo y grupos de edad y se observó que en el grupo de edad 18-44 años, el sexo masculino presentó un 57,4^o/o de eutrofia y sólo un 3,7^o/o de obesidad. La eutrofia femenina fue de 55,1^o/o, destacando un aumento porcentual de obesidad en ese grupo de edad de un 21,9^o/o. Sin embargo, en el siguiente grupo de edad, 45-64 años, las cifras de obesidad observadas difieren escasamente, siendo de 47,1^o/o en hombres y de un 48,7^o/o en mujeres; esta situación no concuerda con estudios anteriores y podría deberse a lo escaso de la muestra o el tipo de población estudiada.

Se analizaron los resultados en relación a sexo y obesidad, y se encontró que la fuerza de asociación entre ser obeso y sexo masculino, fue de 0,36^o/o (R.R. riesgo relativo) y en relación al sexo femenino y ser obesa, fue de 2,78^o/o. El riesgo atribuible al sexo (R.A.) fue de 22^o/o y el RAP (riesgo atribuible porcentual) de ser obeso femenino, 61^o/o en esta muestra.

Los análisis estadísticos de las variables asociadas fueron efectuados con X^2 ($p < 0,01$) 18-44 años para sexo masculino, significativo; 45-64 años en sexo femenino significativo y en el grupo 65 años y más, no significativo (Tabla 2).

En el Gráfico 1 se observa que el E.N. eutrofia es similar en ambos sexos en los grupos de edad estudiada. En cambio a pesar de lo esperado, no es el sexo femenino el que presenta mayor porcentaje de obesidad en el grupo 65 años y más.

De los 395 pacientes atendidos, 270 (68,4^o/o) carecían de patología crónica (no diabéticos y no hipertensos); 22 (5,57^o/o) eran diabéticos; 80 (20,2^o/o) hipertensos y 23 (5,82^o/o) presentaron diabetes e hipertensión. En el grupo de diabéticos el E.N. obesidad se observó en un 40,9^o/o de la muestra, un 44,4^o/o de éstos, correspondió a mujeres, en cambio, en el de pacientes hipertensos el E.N. aumentó a un 43,7^o/o y en el análisis de asociación según sexo, correspondió al sexo femenino el 51,7^o/o, mientras que en el sexo masculino sólo alcanzó a un 22,7^o/o.

De los consultantes sin patología crónica, el sexo femenino se distribuyó nuevamente en el porcentaje más alto de obesidad de un total para ambos sexos de 26,3^o/o, el 33,7^o/o fueron mujeres y sólo hubo un 9,6^o/o de hombres obesos.

Se usó X^2 de asociación para E.N. sexo y patología: hipertenso, diabético, hipertensión y diabético y no hipertenso no diabético, fijándose $p < 0,01$ L fue significativo.

Comentarios y Conclusiones

Se cumplió el objetivo de evaluar el E.N. de todos los pacientes consultados en un policlínico de medicina y se asoció esta variable con el sexo y la edad.

La distribución porcentual del E.N. según sexo, en esta muestra es estadísticamente significativa, por lo tanto, se pudo demostrar que: las diferentes porcentuales respecto al sexo es poco probable que se deban al azar y podemos afirmar que la obesidad es más importante en las mujeres que en los hombres.

Respecto a la variable edad, podemos concluir que entre 18-44 años y 44-65 años, hay una asociación significativa con el E.N., por lo que podemos asegurar que en esta muestra es menos frecuente la obesidad mientras más joven el paciente.

No se obtuvieron conclusiones válidas estadísticamente en el grupo de diabéticos por lo escaso de la muestra.

Creemos que es posible evaluar el E.N. en forma fácil, obteniendo un mejor manejo de esta variable, dependiendo del sexo y la edad de los pacientes, estableciendo un mejor plan terapéutico y un pronóstico más certero.

TABLA Nº 1

**DISTRIBUCION DE 428 CONSULTANTES, POLICLINICO MEDICINA S/SEXO
CONSULTORIO ANDES S.S.M.O. ENERO 1986**

Estado Nutritivo o/o	Masc.		Fem.		Total	
	Nº	o/o	Nº	o/o	Nº	o/o
- 90	27	6,3	28	6,5	55	12,9
90 - 110	57	13,30	107	25,0	164	38,3
111 - 120	19	4,4	54	12,6	73	17,1
120 +	17	4,0	119	27,8	136	31,8
TOTAL	120	28,0	308	72,0	428	100,0

X^2 : 0.01 15

$p < 0.01$ 5

TABLA Nº 2

**428 CONSULTANTES POL. MEDICINA C. ANDES
DISTRIBUCION PORCENTUAL SEGUN E.N., GRUPO DE EDAD Y SEXO S.S.M.O.
ENERO 1986**

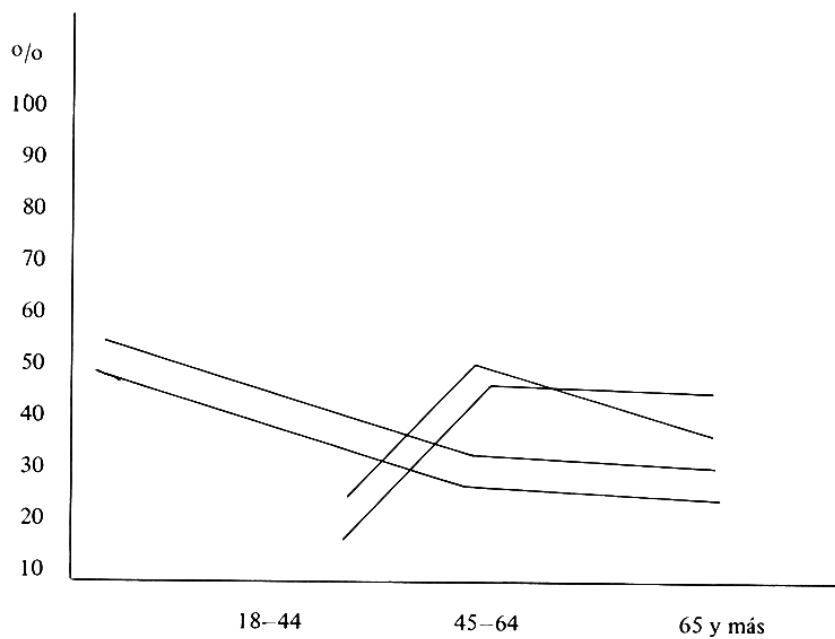
Estado Nutritivo	GRUPO DE EDAD						Total	
	18-44*		45-64*		65 y más			
	Masc	Fem.	Masc.	Fem.	Masc.	Fem.	Nº	o/o
- 90	27,8	8,8	17,1	7,1	19,4	12,2	55	12,9
90 - 110	57,4	52,2	40,0	22,1	38,7	28,0	164	38,3
111 - 120	11,1	15,9	20,0	19,5	19,4	17,1	73	17,1
120 +	3,7	23,1	22,9	51,3	22,6	42,7	136	31,8
TOTAL o/o	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0		
Nº	54	113	35	113	31	82	428	100,0

X^2 : 0.01 : 5 para grupos de edad 18-44 y 45-64

$p < 0.01$: 5 para sexo y obesidad.

GRAFICO Nº 1

PORCENTAJES DE EUTROFICO Y OBESIDAD SEGUN SEXO Y GRUPOS DE EDAD CONSULTORIO ANDES S.S.M.O.



Sexo: Masc. Eutrofia 0 Línea continua
Obesidad*
Fem. Eutrofia Línea cortada
Obesidad*

118. DIABETES MELLITUS. DEFUNCIONES Y EGRESOS. CHILE, 1982-1984

Drs. Aída Kirschbaum y Miguel Irrazábal
(Escuela de Salud Pública, Facultad de Medicina, Universidad de Chile)

La Diabetes Mellitus, 250 de la C.I.E., es una enfermedad crónica, frecuente en nuestro país que, además de ser invalidante, representa un factor de alto riesgo para la aparición precoz de aterosclerosis coronaria. En los últimos decenios su prevalencia ha ido en aumento debido a los mejores métodos de pesquisa y diagnóstico en uso, y a las mayores expectativas de vida de la población chilena. Para 1977 se estimó una prevalencia global de 12 por mil, cifra seguramente por debajo de la real, de acuerdo a las tasas de prevalencia de otros países latinoamericanos de condiciones semejantes a las nuestras. Se estimó también una tasa de 0,4 por mil para la población menor de 15 años, que aumentando con la edad, llega a 92,6 por mil de la población de 60 años y más. Se calcula que existe un 40% de diabetes no diagnosticada en la población y es probable que no más del 10% de los diabéticos identificados tengan un control permanente y adecuado.

En relación a la mortalidad por diabetes, y aún cuando hay una subestimación de este diagnóstico como factor condicionante de la muerte, la tendencia detectada es ascendente. La tasa de mortalidad por diabetes sube de 2,1 por 100.000 habitantes en 1913, 5,1 en 1945, y en 1981 la tasa alcanza a 11,3, lo que corresponde a un incremento de 438%.

En cuanto a los egresos hospitalarios por Diabetes Mellitus que sólo representan una parte del problema de la morbilidad, han aumentado en el país de 1,6 por 100.000 habitantes en 1920, a 28,3 en 1969, vale decir, un aumento de 18 veces, en circunstancias que los egresos totales sólo se duplicaron en el mismo período.

De aquí nuestro interés en determinar lo que está ocurriendo con esta patología en nuestro país, analizando la totalidad de las defunciones ocurridas en el trienio 1982-1984 y la totalidad de los egresos de los establecimientos del sector estatal ocurridos en el bienio 1982-1983 en el territorio nacional.

Resultados

Las defunciones por este diagnóstico en el país alcanzaron a 1.523 en 1982, lo que corresponde al mayor número anual de defunciones por Diabetes Mellitus en los últimos 40 años, descendiendo a 1.346 y 1.333 en los dos años siguientes, lo que representa una disminución de 14,3%. La tasa de mortalidad de 13,3 en 1982 corresponde a la tasa más alta observada, mayor aún que la tasa estimada para el año 2.000 de 13,2 por 100.000 habitantes. En 1984 desciende a 11,2, lo que representa un 18,8% de disminución. En las tasas de mortalidad según sexo, se observa un predominio femenino de 13,7% en 1982, pero, como el mayor descenso de la mortalidad se observa en las mujeres con 22,6% de decrecimiento, y sólo 9,7% en los varones, la diferencia entre las tasas de varones y mujeres se reduce a sólo 1,8% en 1984.

En el análisis de la mortalidad por diabetes según grupos de edad puede destacarse que las tasas de la niñez y de la adolescencia son bajas y estacionarias en el trienio estudiado. En el adulto joven se observa un número de muertes que fluctúa entre 35 y 52, con una tasa de 1,6 en 1982 y 1,5 en 1984. En el adulto maduro (45 a 64 años) las tasas de mortalidad han aumentado en forma importante, fluctuando entre 21,6 en 1983 y 25,4 en 1982, en que llegó a su más alto valor, y 22,3 en 1984. El descenso de esta tasa en este grupo de edad alcanzó a 13,9% en el trienio. En el grupo senescente, en 1982 se observa la mayor tasa de mortalidad, 162,3 por cien mil habitantes, con un descenso de 22,2% en el trienio, llegando a una tasa de 132,8 en 1984. Estos dos grupos de edades, de 45 a 64 años y de 65 y más, concentran el 96% de las defunciones por diabetes, correspondiendo al senescente el 67 a 70% del total en el trienio estudiado y también este grupo es el que presenta el mayor descenso de las tasas de mortalidad. Aún cuando las tasas globales de mortalidad son mayores en el sexo femenino, desde los 25 años las tasas predominan en el sexo masculino.

Con respecto a los egresos por Diabetes Mellitus en los años 1982 y 1983 se observó un aumento de 9.295 a 10.191 con tasas de 80,9 y 87,2, respectivamente, lo que corresponde a un incremento de 7,80/o. En ambos años, los egresos por diabetes corresponden al 0,80/o del total de egresos. Además, en ambos años, tienen predominio femenino que se va atenuando, porque aumenta la proporción de varones que se hospitaliza y disminuye la de mujeres. Las tasas de egresos aumentan en el bienio para ambos sexos: 12,10/o la tasa de los varones y 4,70/o la tasa de las mujeres.

En el análisis por grupos de edad, la tendencia de las tasas es ascendente en el bienio, con excepción de la tasa del adulto joven. La tasa más alta es la del senescente seguida de la del adulto maduro que, en conjunto, corresponden a 820/o de los egresos. La mayor proporción de egresos se observa en el grupo del adulto maduro en ambos sexos y en ambos años analizados.

Comentario

Las defunciones por Diabetes Mellitus parecen haber comenzado a disminuir desde 1982, año en que ocurrió el mayor número de muertes y la más alta tasa de mortalidad observada, mayor aún que la tasa estimada para el año 2.000 de 13,2 por 100 mil habitantes. En 1984 la tasa de mortalidad desciende a 11,2 con un mayor descenso de la tasa femenina. Por grupos de edad, la tasa más alta es la del senescente y la que ha experimentado el mayor descenso en el trienio. Este grupo y el del adulto maduro concentran el 960/o de las defunciones por diabetes.

Con respecto a los egresos por este diagnóstico, van en aumento, predominando el aumento de hospitalizaciones del sexo masculino. El adulto maduro y el senescente concentran el 820/o de los egresos.

TABLA Nº 1
DEFUNCIONES POR DIABETES MELLITUS SEGUN SEXO
CHILE 1982 - 1984

	DEFUNCIONES			
1982				
Sexos	Nº	o/o	Tasa	o/o Total Def.
Masculino	707	46,2	12,4	1,8
Femenino	816	53,8	14,1	2,7
TOTAL	1.523	100,0	13,3	2,2
1983				
Sexos				
Masculino	642	47,7	11,1	1,5
Femenino	704	52,3	11,9	2,2
TOTAL	1.346	100,0	11,5	1,8
1984				
Sexos				
Masculino	664	49,8	11,3	1,6
Femenino	689	50,2	11,5	2,1
TOTAL	1.333	100,0	11,2	1,8

TABLA Nº 2

DEFUNCIONES POR DIABETES MELLITUS SEGUN GRUPOS DE EDAD
CHILE 1982-1984

Edades (años)	1982			1983			1984		
	Nº	o/o	Tasa	Nº	o/o	Tasa	Nº	o/o	Tasa
- 15	8	0,5	0,2	4	0,3	0,1	5	0,4	0,1
15 - 24	5	0,3	0,2	8	0,6	0,3	4	0,3	0,2
25 - 44	52	3,4	1,6	35	2,6	1,1	49	3,7	1,5
45 - 64	418	27,5	25,4	364	27,0	21,6	384	28,8	22,3
65 y más	1.037	68,2	162,3	935	69,5	142,8	891	66,8	132,8
Ignorada	3	0,1	--						
TOTAL	1.523	100,0	13,3	1.346	100,0	11,5	1.333	100,0	11,2

119. TRATAMIENTOS ANTICONVULSIVANTES

Drs. Enrique Cancec, Alejandro Manterola y Aída Kirschbaum
(Escuela de Salud Pública, Facultad de Medicina, Universidad de Chile)

Se dice que los sujetos con evidencia de daño cerebral traducido por deficiencia intelectual, defectos perceptuales, trastornos motores centrales, no sólo se complican con más frecuencia de alguna forma de epilepsia, sino que responden con menor facilidad al tratamiento medicamentoso anticonvulsivo, sus crisis tienden a repetirse, caen más fácilmente a status epiléptico y exhiben elementos clínicos y electroencefalográficos de carácter único o multifocal. Por otra parte, la presencia de deficiencia mental conspira al cumplimiento del plan terapéutico, entre otras razones, por la incapacidad del sujeto para aceptar la medicación y para colaborar en caso que los familiares olviden de dársela en la forma prescrita.

El propósito del trabajo es objetivar clínicamente la calidad de la respuesta al tratamiento medicamentoso antiepiléptico a través del número, frecuencia e intensidad de las descargas convulsivas observadas por los padres y cuidadores de niños con daño cerebral severo, colocados en sistema de internado y de control ambulatorio.

Material y Método

Se trata de un estudio retrospectivo de una cohorte de 50 sujetos jóvenes con daño cerebral severo, controlados durante 2 a 15 años, que presentaban convulsiones recurrentes y sometidos a terapia anticonvulsiva, y distribuidos en los sistemas de: a) Internado con control de enfermería continua representada por el Hogar San Ricardo para niños con deficiencia mental con situación irregular, y b) Ambulatorio representados por: Escuela Especial Nº 82 para parálisis cerebral anexa al Hospital Roberto del Río; Unidad de Estimulación Precoz de la Cruz Roja, Asociación Santiago; y Consultorio adosado de Neurología del Hospital Roberto del Río. La totalidad de los casos fueron examinados y controlados por uno de los investigadores.

Resultados

1. En cuanto a las características clínicas de estos niños, se aprecia que la edad de comienzo y el tipo de convulsiones, son similares en los niños internados y ambulatorios. El 60% de todos los casos presentaba convulsiones antes de los 2 años de vida.
La edad actual, los antecedentes familiares de convulsiones, la etiología compleja, el compromiso del lenguaje, la capacidad de aprendizaje y la intensidad del retardo mental es mayor en los niños internados.
2. Los resultados obtenidos en los últimos 12 meses con medicación anticonvulsiva, nos revela que con una sola droga, Fenobarbital (FB) o Fenitoína (FNT) se logra un resultado excelente en más de un tercio de los casos. Con ambas drogas (FB más FNT) el resultado es también excelente en la cuarta parte del total.
Con el resto de las drogas se logra completar un resultado excelente en el 72% de los casos. Además, un 22% obtuvo un resultado Bueno, lo que significa que en el 94% de los casos se obtuvo un resultado excelente o bueno en la presente serie.
3. Al comparar el esquema terapéutico en los pacientes internados y ambulatorios observamos que: los internados logran resultado excelente con más del 88% de los casos y el resto es bueno, mientras que en los ambulatorios el resultado es excelente en el 64% y bueno en el 27%. En los sujetos que obtuvieron fracasos ocasionales (9%) se comprobó fallas continuas en la administración y complemento del tratamiento medicamentoso por motivos sociales y culturales.
4. La demora en obtener respuesta clínica excelente o buena se logra en los niños internados menos de un año en el 29,2%, para llegar después de un año al 70,8% adicional; en los niños ambulatorios se logra antes de un año en el 36,3%, y después de un año en el 54,6%.

Comentario

Se insiste en la literatura que hay factores que ensombrecen el pronóstico de un sujeto epiléptico: la presencia de signos severos de daño sensorial, mental, motor grave sin indicadores de daño cerebral, como también la edad de inicio de la convulsión, y con ellos cabría esperar que el tratamiento anticonvulsivante no diera el éxito esperado. Los resultados de este estudio contradicen este supuesto, avalando la hipótesis de que cumpliendo los requisitos del manejo integral adecuado se puede mejorar la respuesta clínica.

La terapia anticonvulsiva es excelente en una alta proporción de los casos, y paradójicamente mejor en los niños con daño más profundo y mayor cronicidad de epilepsia, en quienes la regulación del tratamiento y el cuidado y estabilidad emocional eran mejor controlados en el sistema internado.

Los resultados desfavorables fueron atribuidos a falta de adherencia al esquema terapéutico por parte del sujeto o de los familiares a cargo directo del paciente. La respuesta favorable se logró, aún cuando en ocasiones hubo demora; ésto nos señala la importancia de perseverar en el tratamiento.

Este estudio permite abogar, además, por la simplicidad del esquema terapéutico, lo cual hace más fácil llevar a cabo la farmacoterapia.

TABLA Nº 1

CARACTERISTICAS CLINICAS DE LOS CASOS

Características	Internados Nº: 17		Ambulatorios Nº: 33	
	Nº	o/o	Nº	o/o
Edad y Tipo de Convulsiones				
Rango en años	14 - 28		2 - 20	
Promedio en años	19,1		10,5	
Mediana en años	18		9	
Inicio antes de 2 años	10	59	20	61
Inicio después de 2 años	7	41	13	39
Crisis generalizadas	10	59	21	64
Crisis parciales	7	41	12	37
Historia Previa				
Hasta 3 crisis	3	18	9	27
Más de 3 crisis	14	82	24	73
Antecedentes familiares de convulsiones	8	47	2	6
Etiología				
Compleja Defectos Genéticos	8	47	2	6
Daño Pre-natal y Perinatal	5	29	21	64
Daño Post-natal	1	6	7	21
Desconocido	3	18	3	9
Alteraciones Asociadas				
Disfunción Motora Grave	9	53	25	76
Lenguaje Mínimo o Ausente	16	94	25	76
Desconexión Sensorial de Leve Grave	5	29	13	39
Incapacidad de Aprendizaje	12	71	10	30
Retardo Mental Grave	16	94	13	39
Conducta Intersocial muy Deteriorada	8	47	9	27

TABLA Nº 2
ESQUEMAS TERAPEUTICOS Y RESULTADOS OBTENIDOS

Esquema Terapéutico	Total de Casos		RESULTADOS OBTENIDOS							
			Excelente		Bueno		Regular		Malo	
	Nº	o/o	Nº	o/o	Nº	o/o	Nº	o/o	Nº	o/o
FB	17	34	13		3		—		1	
FNT	6	12	5		1		—		—	
FB más FNT	17	34	12		4		1		—	
FB más D	1	2	1		—		—		—	
FB más FNT más CBZ	2	4	1		1		—		—	
FB más P más CBZ	1	2	1		—		—		—	
P	2	4	1		1		—		—	
FNT más P	2	4	2		—		—		—	
FNT más D	1	2	—		—		1		—	
P más CBZ	1	2	—		1		—		—	
Total Acumulado	50	100	36	72	11	22	2	4	1	2

Simbología

FB = Fenobarbital
D = Diazepam
P = Primidona

FNT = Fenitoína
CBZ = Carbamazepina

120. ALGUNAS CARACTERISTICAS EPIDEMIOLOGICAS DE LOS CONSULTANTES A UN SERVICIO DE OFTALMOLOGIA DE LA REGION METROPOLITANA Y PREVALENCIA DE CEGUERA ENTRE ELLOS

T.M. Lena Wolnitzky y Dra. Aída Kirschbaum

(Departamento de Salud Pública, División Occidente, Facultad de Medicina, Universidad de Chile y Escuela de Salud Pública, Facultad de Medicina, Universidad de Chile)

La magnitud del problema de ceguera en el mundo, se conoce sólo en forma incompleta. Extrapolando las cifras conocidas, el número de ciegos oscilaría entre 28 y 42 millones. En países desarrollados, con suficiente personal entrenado para hacer el diagnóstico, la tasa de prevalencia es, aproximadamente, de 0,10/o a 0,20/o, al usar la definición internacional de ceguera. En los países en desarrollo la tasa sería 1 a 2 veces más alta. Para Chile, se estima que fluctuaría entre 0,60/o y 10/o.

Este estudio describe algunas características de los consultantes al Servicio de Oftalmología de un Hospital tipo A de Santiago: el Hospital San Juan de Dios, y establece la prevalencia de ceguera entre ellos, así como la evolución de la agudeza visual. Para esto último se utilizó la definición de la Organización Mundial de la Salud (1975): "Ceguera es la disminución de la agudeza visual a 0,05 (3/60) o menos, hasta visión 0".

Material y Método

Se escogió al azar, una muestra de 2.141 consultantes, correspondiendo al 330/o del total de historias clínicas de pacientes atendidos en 1983. Se estudiaron 119 variables, siendo la variable dependiente la ceguera y sus grados 3, 4 y 5 (de acuerdo a la O.M.S.) para el estudio de esta patología. Para completar el trabajo se estudió, además, las categorías 1 y 2 de agudeza visual de cada ojo, con corrección óptica.

La confirmación diagnóstica estaba hecha por el médico especialista y se evaluaron todos los exámenes pertinentes de cada consultante: campo visual, tonometría, fondo de ojo, etc.

Resultados

Un 61,40/o de los consultantes fueron mujeres. Un 55,20/o tenía más de 45 años y un 27,60/o era mayor de 65 años. Los apellidos paternos y maternos fueron mayoritariamente españoles (92 y 950/o), con un 2,20/o mapuche (2º lugar en frecuencia). Los apellidos italianos ocuparon el tercer lugar. La actividad u ocupación dio como resultado un 23,50/o de escolares; 13,90/o de dueñas de casa; 7,20/o de jubilados y 4,60/o de obreros.

Otra causa de consulta: un 20,90/o se debió a trastornos de refracción, otro 14,20/o a glaucoma y 13,30/o a catarata. Sólo 1,70/o tuvo examen normal. Estas frecuencias no mostraron diferencias significativas entre los consultantes de ambos sexos. Traumatismos y contusiones, anomalías congénitas y retinopatía diabética fueron más frecuentes entre los consultantes varones ($p: -0,05$, unilateral).

Al analizar la causa de consulta por edad se vio que en el menor de 1 año las alteraciones del aparato lacrimal y párpados (33,30/o) y el estrabismo y la ambliopía (25,00/o) ocuparon el primer lugar. Entre 1-14 años los trastornos de la refracción (24,00/o) fueron la primera causa, al igual que entre 15 y 24 años (26,90/o) y 25 y 44 años (17,90/o) y entre 45 y 64 años (25,40/o). El glaucoma (27,90/o) y la catarata (27,90/o), fueron las causas más frecuentes entre los mayores de 65 años. Las alteraciones visuales 1 y 2, fueron un 15,60/o ($n = 335$), con mayor frecuencia ($p: -0,05$) entre los consultantes mujeres (17,10/o versus 13,30/o).

La prevalencia de ceguera fue 5,90/o, sin variación por sexo. Al analizar los ciegos ($n = 124$) por edad, encontramos que la prevalencia osciló entre 0,50/o en los consultantes bajo 15 años y 10,20/o entre los senescentes. Entre los consultantes en edad productiva (15-64 años) se encontró un 5,60/o de ciegos.

En relación a los grados de ceguera: el grado 3 fue un 30,6^o/o; el grado 4 llegó a 57,3^o/o y el grado 5 (ceguera total), al 12,1^o/o. Por grupos de edad la ceguera aumenta con la edad en todos los grados. Las enfermedades concomitantes de los ciegos fueron, en orden de importancia, la Diabetes (22^o/o); la Hipertensión esencial (8^o/o); la Tuberculosis pulmonar (5^o/o) y las Mesenquimopatías (5^o/o).

Se estudió la evolución de la agudeza visual entre la primera y la última consulta. Los grados 1 y 2 evolucionaron favorablemente en un 37^o/o, mientras que los grados 3, 4 y 5 (ceguera) lo hicieron en un 36^o/o. 66 ciegos se operaron de catarata (28,2^o/o) y glaucoma (12,7^o/o); en proporciones menores, de: desprendimiento de retina, traumatismos y retinopatía diabética (3,2^o/o).

TABLA Nº 1

**DISTRIBUCION DE LA AGUDEZA VISUAL SEGUN O.M.S. EN 2.141 CONSULTANTES. SEGUN GRUPOS DE EDAD
SERVICIO DE OFTALMOLOGIA. HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS. 1983**

E d a d	Normal		Sub Normal		CATEGORIAS DE ALTERACION VISUAL*				Sin Datos		Total	
	Nº	o/o	Nº	o/o	Grados 1-2		Grados (3-4-5) (Ceguera)		Nº	o/o	Nº	o/o
< de 5 años	7	1,0	10	2,9	2	0,6	1	0,8	92	13,9	112	0,6
5 - 14 "	144	21,3	44	12,8	21	6,3	1	0,8	116	17,5	326	15,2
15 - 24 "	101	14,9	22	6,4	15	4,5	8	6,3	73	11,0	219	10,2
25 - 44 "	128	18,9	27	7,9	26	7,8	16	12,6	109	16,5	306	14,3
45 - 64 "	191	28,2	106	30,9	101	30,1	41	32,2	151	22,9	590	27,6
65 y más "	104	15,4	134	39,1	170	50,7	60	47,3	120	18,2	588	27,6
TOTAL	675	100,0	343	100,0	335	100,0	127	100,0	661	100,0	2.141	100,0
o/o	31,5		16,0		15,7		5,9		30,9		100,0	

* Según O.M.S.

TABLA Nº 2

DISTRIBUCION DE LOS GRADOS DE ALTERACION VISUAL Y CEGUERA (O.M.S.) POR SEXO EN 459 CONSULTANTES
SERVICIO DE OFTALMOLOGIA. HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS. 1983

Sexo	Grados de Alteración Visual		G R A D O S D E C E G U E R A								Total	
	1 - 2		3		4		5					
	Nº	o/o	Nº	o/o	Nº	o/o	Nº	o/o	Nº	o/o		
Masculino	110	69,6	15	9,5	27	17,1	6	3,8	158	100,0		
Femenino	225	74,8	23	7,6	44	14,6	9	3,0	301	100,0		
TOTAL	335	73,0	38	8,3	71	15,5	15	3,2	459	100,0		

TABLA Nº 3

**DISTRIBUCION PORCENTUAL DE LAS CAUSAS ESPECIFICAS DE 2.141
CONSULTANTES SEGUN SEXO. IMPORTANCIA RELATIVA
SERVICIO DE OFTALMOLOGIA. HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS. 1983**

Causas Específicas	SEXO		T o t a l	
	Masculino o/o	Femenino o/o	Nº	o/o
Trastornos de refracción	19,5	21,7	447	20,9
Glaucoma	12,9	15,0	305	14,2
Catarata	13,2	13,3	284	13,3
Trastornos de la conjuntiva	7,6	6,7	151	7,0
Estrabismo	5,5	6,0	126	5,9
Opacidad corneal	4,7	6,1	106	5,0
Alteraciones de los párpados	3,5	4,6	90	4,2
Traumatismo y contusiones	5,4	1,8	69	3,2
Alteraciones del aparato lagrimal	1,8	3,6	63	2,9
Alteraciones de la retina	3,0	2,6	59	2,8
Trastornos del globo ocular	2,5	1,9	47	2,2
Desprendimiento de retina	3,0	1,7	47	2,2
Anomalías congénitas	3,4	1,3	45	2,1
Retinopatía diabética	3,0	1,8	44	2,1
Nistagmus y otros	1,7	0,9	26	1,2
Iridocilitis	1,0	1,4	27	1,2
Atrofia papilar	1,2	1,1	25	1,2
Tumores	0,5	0,7	13	0,6
Ambliopatía	0,5	0,5	10	0,5
Examen visual normal	1,7	1,7	37	1,7
Otras causas	4,6	6,4	122	5,7
TOTAL	38,6	61,4	2.141	100,0
	n = 826	n = 1.315		

121. CEGUERA EN CONSULTANTES Y HOSPITALIZADOS: ESTUDIO COMPARATIVO

Sra. Lena Wolnitzky, Gloria Paéz, Srtas. Carolina Berrios, Sandra Calquin, Ximena Carrasco y Marcela Delgado

(Depto. Salud Pública, División Ciencias Médicas Occidente, Facultad de Medicina, Universidad de Chile)

La prevalencia de ceguera en el mundo es una tarea que tropieza con varias dificultades, una de ellas es la diferencia en cuanto a la definición de ceguera, que existe entre los distintos países. Por esto, con el fin de conseguir uniformidad de criterios a nivel mundial, realizar estudios más precisos sobre prevalencia y facilitar la labor en el campo de la salud pública, la O.M.S. propuso en 1975, distinguir las categorías de alteración visual, de ellas, las categorías 1 y 2 corresponden a disminución visual, y las 3, 4 y 5, a ceguera.

La inmensa mayoría de los ciegos del mundo viven en los países en vías de desarrollo, donde las infecciones, la mala nutrición y la falta de asistencia oftalmológica, originan una elevada proporción de casos de ceguera, especialmente en poblaciones rurales. Estos países poseen, así, tasas de ceguera que son 10 a 40 veces mayores que en los países industrializados; Chile presenta características similares, donde la ceguera obedece principalmente a trastornos degenerativos y metabólicos.

Material y Método

Se revisaron 122 fichas clínicas de pacientes ciegos hospitalizados en el Servicio de Oftalmología del Hospital San Juan de Dios de los meses de Enero, Mayo, Agosto y Noviembre de 1985. Para hacer este estudio coincidente con el estudio de prevalencia de ceguera en consultantes de la misma área de Salud, se aplicó un instrumento de medición con los siguientes rubros: 1. Datos personales; 2. Antecedentes familiares; 3. Datos sobre la enfermedad que motiva la hospitalización; 4. Datos sobre la hospitalización; y, 5. Datos socio-económicos y culturales del paciente.

Los ciegos estudiados eran mono (81) y binoculares (41).

Las variables estudiadas fueron: sexo, grupos de edad, origen urbano-rural, ocupación, previsión, causas específicas de hospitalización y enfermedades concomitantes.

Objetivos Generales

Describir características epidemiológicas de hospitalizados por ceguera en el Servicio de Oftalmología del Hospital San Juan de Dios en el año 1985, y comparar algunas de estas características con las descritas en un estudio similar realizado en consultantes por ceguera en 1983.

Objetivos Específicos

1. Establecer el número de hospitalizados por ceguera en el Servicio de Oftalmología del Hospital San Juan de Dios en 1985.
2. Determinar la distribución de hospitalizados por ceguera mono y binocular, según sexo y edad en 1985.
3. Conocer la procedencia de hospitalizados según origen urbano-rural y comparar en consultantes de 1983.
4. Identificar las causas específicas de hospitalización por ceguera en 1985 en el Hospital San Juan de Dios.
5. Determinar la existencia de enfermedades concomitantes en los hospitalizados y consultantes en 1983-1985.
6. Comparar causas específicas de ceguera año 1983 y 1985.
7. Comparar la ocupación de hospitalizados 1985 y consultantes 1983.

Resultados

Se observa en el estudio que en los grupos de edades de 45 a 74 años, se manifiestan los mayores porcentajes de ceguera. En los grupos en edad productiva (25–64 años) las diferencias porcentuales analizadas comparativamente fueron significativas ($p < 0,01$) (Tabla 1).

Entre los consultantes, el mayor porcentaje corresponde al sexo femenino (61,30/o) y en hospitalizados, al sexo masculino (51,60/o) (Tabla 2).

Al analizar la distribución según procedencia correspondió a urbano un 60,60/o en 1983, y un 46,70/o en hospitalizados 1985 (Tabla 3).

Las causas específicas de ceguera mostraron que en los hospitalizados, la mitad de la muestra corresponde a catarata. Comparando esta cifra con la obtenida en consultantes por la misma causa, se obtuvo una diferencia de 27,40/o. La segunda causa en importancia correspondió en consultantes (1983) a glaucoma, con un 21,00/o (1983), y en hospitalizados, a desprendimiento de retina (16,40/o).

En la distribución de ceguera, según enfermedad concomitante, la primera causa en consultantes fue Diabetes Mellitus, con un 21,70/o, y en hospitalizados ocupó el primer lugar la Hipertensión Arterial (20,00/o), seguido por Diabetes Mellitus (19,00/o) y T.E.C. (13,10/o).

En relación con la actividad laboral y previsión, se observaron en ambas muestras los porcentajes más altos para la actividad “dueña de casa” (15,2 y 21,70/o) y jubilados (14,5 y 31,40/o); el resto de los porcentajes se distribuyó en actividades varias: modistas, asesoras del hogar, zapateros, etc.

Tanto en consultantes como en hospitalizados por ceguera, el mayor porcentaje lo obtuvo la previsión FONASA (Fondo Nacional de Salud), con un 74,00/o. El 18,60/o de la muestra se distribuyó en otras prestaciones de Salud, y sin previsión sólo un 7,40/o.

TABLA Nº 1

**DISTRIBUCION DE PACIENTES CIEGOS (MONO Y BINOCULARES)
CONSULTANTES Y HOSPITALIZADOS SEGUN GRUPO DE EDAD
HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS. 1983-1985
H. S. J. DE D. S.S.M.O.**

Grupo de edad	A Ñ O S			
	1 9 8 3		1 9 8 5	
	No	o/o	No	o/o
5 - 14	2	1,6	1	0,81
15 - 24	8	6,4	9	7,37
25 - 44	15	12,1	20	16,4
45 - 64	39	31,5	46	37,7
65 - 74	34	27,4	26	31,3
75 y más	26	21,0	20	16,4
TOTAL	124	100	122	100

p. < 0,01 = S

TABLA Nº 2

**IMPORTANCIA RELATIVA DE LAS CAUSAS ESPECIFICAS DE CEGUERA
CONSULTANTES 1983, HOSPITALIZADOS 1985.
HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS**

Causa Específica	1983	1985
	o/o	o/o
Catarata	22,6	50,0
Glaucoma	21,0	9,0
Desprendimiento Retina	4,0	16,4
Retinopatía Diabética	5,6	7,4
Otras	46,8	17,2
TOTAL	100,0	100,0
	n = 124	n = 122

TABLA Nº 3

**DISTRIBUCION DE CEGUERA SEGUN ENFERMEDAD CONCOMITANTE
IMPORTANCIA RELATIVA. CONSULTANTE 1983 HOSPITALIZADO 1985
HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS**

Enfermedad Concomitante	1983 o/o	1985 o/o
Diabetes Mellitus .	21,7	19,0
Hipertensión arterial	8,0	20,0
T.E.C.	—	13,0
E.B.O.C.	5,0	2,4
Tramatismo Ocular	0,8	2,4
Úlcera Gastrod.	—	2,4
Mesenquimiopatías	5,0	1,6
Insuficiencia Cardíaca	—	1,6
Otras	14,4	12,2
No registrado	45,1	25,4
TOTAL	100,0	100,0
	n = 124	n = 122

122. DIAGNOSTICO EDUCATIVO EN SALUD EN UNA POBLACION SANA DE DOS NIVELES SOCIOCULTURALES DIFERENTES

Sra. Ana Repetto, Agustina González, Miren Osorio, Matilde Mateu, María E. Rosales
(Depto. de Salud Pública, División Oriente, Facultad de Medicina, Universidad de Chile)

En los últimos años, en todo el mundo, se ha asignado una mayor importancia a la educación en salud como parte de la atención primaria, para lo que es necesario conocer lo que los educandos saben y hacen con su salud, mediante un adecuado diagnóstico educativo en salud.

Hemos querido realizar un estudio para determinar los conocimientos y conductas manifestadas acerca de algunas Patologías Crónicas, la importancia asignada a medidas preventivas y a la detección precoz de enfermedades, en dos poblaciones con realidades socioculturales distintas, apoderados de Kinder y Primero Básico de los colegios: San Lorenzo, de la Comuna de Conchalí, y Sagrado Corazón, de Las Condes. Se entrevistaron 53 apoderados de San Lorenzo y 28 de Sagrado Corazón, que asistieron a una reunión planificada con anterioridad mediante una Encuesta Semiestructurada que fue probada en el 100/o de la muestra.

Se consideraron las siguientes enfermedades crónicas: Hipertensión Arterial, Diabetes Mellitus, Cardiopatía Coronaria, Obesidad, Consumo de Alcohol y Tabaquismo, además de Cáncer Cervicouterino y de Mama. Para el análisis de los resultados se definió la respuesta correcta a cada pregunta, en caso de más de una correcta se tomó un promedio de ellas.

Resultados

En ambas poblaciones se encontró una actitud adecuada frente a la Consulta Médica Asintomática, en especial de mayores de 40 años. En relación a Hipertensión Arterial, revelan un mejor conocimiento en el Sagrado Corazón para detección, factores de riesgo y asociación a Enfermedad Coronaria; de esta última, ambos grupos demostraron regular conocimiento de sus factores de riesgo, siendo mayor en el Sagrado Corazón. Está presente el concepto de Diabetes sin diferencias. Respecto a la detección precoz de Cáncer CU y Mamario, existe una marcada diferencia de conocimientos y conductas manifestadas en los apoderados del Sagrado Corazón, superando a los de San Lorenzo.

En conclusión, el nivel sociocultural repercute en el conocimiento de Salud, viéndose la necesidad de hacer Educación para la salud especialmente en el estrato bajo, y con énfasis en la prevención de algunos cánceres donde la participación del educando es fundamental.

TABLA Nº 1

**CONOCIMIENTO EN RELACION A ALGUNAS PATOLOGIAS CRONICAS QUE TIENEN
LOS APODERADOS DE LOS COLEGIOS SAN LORENZO Y SAGRADO CORAZON
AGOSTO-SEPTIEMBRE 1986**

Patología Crónica	Respuestas Correctas			
	San Lorenzo		Sagrado Corazón	
	\bar{X}	o/o	\bar{X}	o/o
Hipertensión	24,4	46	18	64
Diabetes	48	90	23	82
Cardiopatía Coronaria	20	38	16	57
Obesidad	33,7	63	20	70
Consumo de Alcohol	31	59	21,5	77
Tabaquismo	30	56	19	68

TABLA Nº 2

**CONDUCTA MANIFESTADA Y CONOCIMIENTOS EN RELACION A FORMAS DE
DETECCION PRECOZ DE CANCER CERVICO-UTERINO Y CANCER DE MAMA
DE LOS APODERADOS DE LOS COLEGIOS SAN LORENZO Y SAGRADO CORAZON
AGOSTO-SEPTIEMBRE 1986**

Conducta/Conocimiento	San Lorenzo		Sagrado Corazón	
	\bar{X}	o/o	\bar{X}	o/o
Autoexamen mamario	19	50	24	92
Detección de tumor mamario	26	68	19	73
Pap periódico	23	60	23	88
Detección de Ca. Cérvico-UT. con Pap	19	50	20	77

123. ESTUDIO DE LAS NECESIDADES DE LA POBLACION ADULTA MAYOR (POBLACION DE 60 AÑOS Y MAS)

Prof. Oscar Domínguez

(Proyecto Epidemiológico de la Vejez, OPS -Ministerio de Salud- Facultad de Medicina, Universidad de Chile)

El "Estudio de las Necesidades de la Población Adulta Mayor" recoge los resultados de la encuesta realizada en las comunas con una población urbana de más de 100.000 habitantes. La muestra de 1.565 personas fue seleccionada en forma aleatoria por el Instituto de Economía de la Universidad de Chile en tres etapas:

- Estratificación de las comunas urbanas (Áreas Metropolitanas de Santiago, Valparaíso y Concepción; Cabeceras de Regiones Mineras, Arica, Iquique y Antofagasta; y Cabeceras de Regiones Agrícolas, Rancagua, Talca, Chillán, Temuco y Valdivia).
Para la estratificación de las comunas de las Áreas Metropolitanas se consideró el nivel de envejecimiento expresado en porcentaje de la población mayor de 60 años, población total, la antigüedad urbana, y el número de habitantes por km².
- En estas comunas se seleccionaron en forma aleatoria los segmentos poblacionales, y
- En estos segmentos, los individuos adultos mayores.

El análisis de los resultados describe la situación de la población adulta mayor de 60 años: sus características demográficas, educativas, económicas y habitacionales, como asimismo precisa los problemas de salud, el estado de la atención médica. Igualmente describe la capacidad funcional de la población mayor, sugiriendo una clasificación en tres grupos:

- Normales, quienes pueden desarrollar sus actividades diarias con independencia.
- Frágiles, quienes dependen en forma leve o relativa de otras personas para el desarrollo de sus actividades diarias.
- Terminales, o postrados, afectados por una invalidez definitiva en su funcionalidad.

El envejecimiento demográfico toma características especiales en los grandes centros urbanos. En ellos, las migraciones internas se desplazan por el juego de dos fuerzas que acentúan los rasgos del envejecimiento demográfico:

- Una fuerza centrípeta atrae hacia el centro de las ciudades a la población adulta mayor, que se localiza en lugares accesibles, cerca de los servicios y del comercio. El efecto de esta fuerza centrípeta hace que el proceso de envejecimiento alcance en ciertos sectores urbanos (comunas de Santiago y Providencia), niveles semejantes a los de los países industriales envejecidos.
- Una fuerza centrífuga, a la inversa, presiona a los sectores demográficos jóvenes para localizarse en la periferia de las áreas metropolitanas, alejándose, por consiguiente, del centro de la ciudad.

El juego de las fuerzas centrípeta y centrífuga sobre las migraciones internas urbanas produce como efecto la presencia de dos modos distintos de vivir la vejez:

- En el centro de las ciudades predomina la población adulta mayor que vive sola o acompañada por una o dos personas. Este modo de vivir la vejez en forma independiente tiende a difundirse y posiblemente se generalizará en los próximos años, obligando a adaptar las modalidades de apoyo familiar y social que requiere la atención de los problemas de la vejez.
- En la periferia urbana joven el adulto mayor suele residir en casas con cuatro personas o más (con un matrimonio joven normalmente). En este modo de vivir la vejez los problemas del adulto mayor pesan directamente sobre sus familiares jóvenes. Además, el adulto mayor asume conductas más pasivas, acentuando el peso de la dependencia sobre sus parientes cercanos.

El envejecimiento de la población es consecuencia:

- de la disminución de la fecundidad, que incide en la menor participación de los grupos jóvenes en la población total;
- de la disminución de la mortalidad, que aumenta las expectativas de vida de los contingentes jóvenes y adultos;

- del proceso de urbanización mismo, que en su dinámica favorece la concentración de la población adulta mayor en el centro de las comunas, y tiende a dispersar a la población joven y adulta activa hacia la periferia de las ciudades.

El envejecimiento de los contingentes de personas mayores de 60 años no es simultáneo, sino sucesivo. El contingente de 60 a 69 envejece después de 1930. El de 70 a 79, después de 1952. El de 80 y más, después de 1960.

El analfabetismo de la población mayor de 60 años varía en las comunas de más de 100 mil habitantes en los siguientes porcentajes:

Analfabetismo

Providencia	0,0
Las Condes	3,6
Valparaíso	7,5
Concepción	8,1
Viña del Mar	9,2
San Miguel	10,1
Talcahuano	11,6
Nuñoa	12,0
Valdivia	13,0
Quinta Normal	16,2
La Cisterna	16,7
Iquique	18,5
Talca	21,0
Pudahuel	22,5

El 71,90/o de la población adulta mayor declara que en el momento de la encuesta tenía algún problema de salud, 64,60/o entre los hombres, y 76,50/o entre las mujeres.

Estos problemas se refieren a enfermedades relacionadas con:

Clasificación Internacional Enfermedades	Enfermedad	Porcentaje
390-459	Aparato Circulatorio	17,7
710-739	Sistema Osteomuscular	14,9
800-999	Traumatismos y Accidentes, Enfermedades de los Organos de los Sentidos	12,0
780-799	Signos y Síntomas y Estados Mórbidos mal definidos	8,6
520-579	Aparato Digestivo	5,8
460-519	Aparato Respiratorio	5,1
1020-1030	Enfermedades Endocrinas	3,2
320-389	Sistema Nervioso	2,5
580-629	Aparato Génito-Urinario	2,2
680-709	Enfermedades de la Piel y Tejido Celular Subcutáneo	0,5
	No tiene problemas de salud	27,5
	Total	100,0

124. RELACION ENTRE ALGUNAS CARACTERISTICAS Y SITUACIONES QUE VIVE EL ANCIANO HOSPITALIZADO, Y EL TIEMPO QUE PERMANECE EN EL HOSPITAL. SERVICIO DE MEDICINA, HOSPITAL CLINICO DE LA UNIVERSIDAD DE CHILE. 1983

Enf. Edith Cornejo y Srs. Verónica Botteselle, Carolina Herrera, Eugenio Olea, Jaime Horta
(Escuela de Salud Pública, Facultad de Medicina, Universidad de Chile)

¿Es el anciano un adulto con más años? Ciertamente no. Así el concepto de senescente como un ser de características especiales, generalmente más vulnerable que los más jóvenes, demuestra la necesidad de estudiar y resolver su problemática de salud en forma dirigida, sistemática e integral, en un esquema que contemple todas sus situaciones de atención de salud, especialmente cuando debe permanecer hospitalizado. Situación esta última de suyo importante a cualquier edad, en el caso del anciano aparece como un evento más trascendente aún, puesto que tiende a permanecer hospitalizado por períodos prolongados, pudiendo ésto ser determinante en la calidad de vida que le espera una vez dado de alta.

Este estudio forma parte de una línea de investigación en senescentes hospitalizados, que describe el tiempo que el anciano permanece hospitalizado, variables personales, condición al ingreso y alta, procedimientos invasores realizados durante la hospitalización y complicaciones intrahospitalarias sufridas.

Los objetivos del trabajo que se presenta son:

1. Relacionar los días de estada con edad, sexo, previsión, vía de ingreso, traslados a otros servicios, estado de consciencia, capacidad motora y estado nutricional al ingreso y procedimientos invasores, complicaciones intrahospitalarias y condición al alta.
2. Describir la causa de ingreso según promedio de días de estada, y su variabilidad en torno al promedio.

Material y Método

El universo fue conformado por 603 egresos de personas de 65 años y más del servicio de Medicina, Hospital Clínico de la Universidad de Chile 1983. Se tomó una muestra aleatoria de 237 egresos estratificada por edad y sexo. Se investigó la hospitalización correspondiente mediante la ficha clínica, empleando la técnica de Análisis Documental. Se confeccionó un instrumento ad-hoc para la recolección de la información, previo a lo cual se instruyó a los miembros del equipo de trabajo para uniformar criterios. Los datos se procesaron en el Servicio de Computación e Informática de la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Chile.

Resultados y Discusión

Más de la mitad, 540/o del grupo más joven (65-69 años), permanece hospitalizado más de 20 días; en la década siguiente, el 450/o estuvo hospitalizado entre 11-20 días, y algo más de un tercio, más de 20 días; casi la mitad de los más ancianos estuvo en el hospital 21 días y más. En ambos sexos la mayor proporción está sobre 20 días.

En cuanto al "sistema previsional", tanto los beneficiarios de Fonasa como los S.S.S. aumentan la proporción de egresos conforme aumentan los días. Se destaca que algo más de un cuarto de los Fonasa tiene estadías de 10 días o menos.

Con respecto a la "vía de ingreso" al hospital, por el Servicio de Urgencia o por policlínico, ambas vías presentan altos porcentajes de estadías prolongadas, 46,50/o y 42,80/o respectivamente. Si hubo "traslados" durante la hospitalización, el 36,70/o estuvo entre 11-20 días y el 46,20/o, más de 20 días; llama la atención que los que no requirieron traslados estuvieron en la misma proporción: 36,70/o entre 11-20 días. De igual modo destaca que al no haber traslados, la proporción de estadías menores a 11 días alcanza un 260/o, siendo menor este porcentaje en los trasladados, 170/o. Se analiza el "estado de consciencia al ingreso", de los que llegan "conscientes"; un quinto estuvo menos de 11 días, algo más de un tercio entre 11-20 días, y el 420/o, más de 20 días; si estaba "obnubilado", el 13,20/o estuvo menos de 11 días y el resto, más de 10 días. Los que presentan mayor compromiso de consciencia, más del 900/o permanecen en el hospital más de 10 días.

Respecto a la "capacidad motora al ingreso", se destaca que los ancianos que se desplazan "sin ayuda", en mayor porcentaje permanecen pocos días; los que "necesitan ayuda", y por lo tanto son dependientes, permanecen en proporción mayor más de 10 días. Según "estado nutricional al ingreso", el 36,0/o de los "eutróficos", el 46,30/o de los "enflaquecidos", y el 50,0/o de los "obesos" permanece hospitalizado 21 días y más.

El número de "Procedimientos Invasores" (P.I.), entendiendo por estos aquellos procedimientos diagnósticos o terapéuticos que atraviesan barreras naturales o invaden cavidades corporales con instrumental, que se le realizan al anciano durante la hospitalización, demuestra que estuvo hospitalizado menos de 11 días el 25,30/o de los que reciben 1-4 P.I., el 20,30/o de 5-9 P.I., el 16,20/o de 10-14, y 4,80/o más de 15 P.I. Y a la inversa, mayor porcentaje permaneció más de 20 días a medida que aumenta el número de P.I.

Considerando las "complicaciones intrahospitalarias", si no las hubo, la mitad de los pacientes tuvo estadas breves, y al aumentar el número de episodios de complicaciones, aumentan notablemente los porcentajes de estadías largas.

Según "condición al alta", ocurre que si egresa "fallecido", 24,40/o alcanzó a estar menos de 11 días y 48,90/o, 21 días o más. Si egresa "igual", 10,40/o estuvo menos de 11 días, y 50,70/o sobre 20 días. Si salió "mejorado", estuvo un 21,90/o menos de 10 días y 38,80/o sobre 20 días. Así, los que fallecen presentan el mayor porcentaje de estadías cortas, y de los que egresan igual, el mayor porcentaje se encuentra largo tiempo (Tabla 1).

Las causas de ingreso más frecuentes agrupadas en diez categorías (cada una de las cuales contempla diagnósticos y síntomas) están caracterizadas según frecuencia, promedio de días de estada, desviación standard, valor mínimo y máximo de estadía y coeficiente de variabilidad. Se destaca que existe en general gran dispersión en los valores de días de estada, lo que es demostrado por el alto coeficiente de variabilidad, y por los amplios márgenes de estadías mínimas y máximas. Por lo tanto, parece que el promedio de días de estada para cada causa debe necesariamente ser interpretado a la luz de los otros parámetros estadísticos disponibles.

Los promedios más altos lo tienen los A.V.E. (29,5 días), Diabetes Mellitus (27,7 días), I.A.M. (27,6 días), las dos primeras con coeficiente de variabilidad sobre 60, y la tercera de 51,6.

En un nivel intermedio están las Hepatobiliares (22,2 días), E.B.O.C. (22,1 días), Neumopatías Agudas (21,4 días), Hemorragias Gastrointestinales (20,7 días), y Alteraciones del ritmo Cardíaco (20,5 días). En este nivel destaca los coeficientes de variabilidad de hepatobiliares y alteraciones del ritmo cardíaco, ambas con cifras mayores a 85.

Finalmente aparecen los grupos de causas que presentan promedios de estada inferiores al promedio para ancianos encontrados previamente, siendo éstas Cardiovasculares (17,5 días) y Neurológopsiquiátricas (12,1 días), la primera con coeficiente de variabilidad de 65,9 y la última con 47,7 (Tabla 2).

Comentario

Si bien se ha ido asociando cada una de estas variables con los días de estada por separado, todas son interdependientes, incluso pudiendo darse que una variable sea consecuencia de la otra; por lo cual nuestra intención es llegar a caracterizar al anciano que se hospitaliza en forma integral, pudiendo consecuentemente establecer un perfil de mayor riesgo en cuanto a la permanencia en el hospital.

TABLA Nº 1

**ALGUNAS CARACTERISTICAS DE LOS SENESCENTES Y SU RELACION CON EL
TIEMPO QUE PERMANECIO EN EL HOSPITAL. SERVICIO DE MEDICINA
HOSPITAL CLINICO UNIVERSIDAD DE CHILE. 1983**

Características de los Senescentes	DIAS DE ESTADA						Total No	Total o/o
	1-10		11-20		21 y más			
	No	o/o	No	o/o	No	o/o		
Edad								
65-69 años	13	18,9	19	27,5	37	53,6	69	100
70-79 años	20	17,3	52	44,8	44	37,9	116	100
80 y más años	12	23,7	16	30,1	24	46,2	52	100
Sexo								
Masculino	19	18,1	40	38,1	46	43,8	105	100
Femenino	26	19,7	47	35,6	59	44,7	132	100
Previsión:								
S.S.S.	27	15,8	65	37,7	80	46,5	172	100
Fonasa	12	26,0	17	37,0	17	37,0	46	100
Sin Previsión	2	16,2	3	25,2	7	58,6	12	100
No registrado	4	57,0	2	28,5	1	14,5	7	100
Vía de ingreso:								
Servicio de Urgencia	28	17,2	60	37,0	74	45,8	162	100
Policlínico	10	15,9	26	41,3	27	42,8	63	100
Otros	7	58,3	1	8,4	4	33,3	12	100
Traslados								
Sí	32	17,0	69	36,7	87	46,3	188	100
No	13	26,5	18	36,7	18	36,8	49	100
Estado de Conciencia								
Consciente	34	21,4	58	36,5	67	42,1	159	100
Obnubilado	7	13,2	21	39,6	25	47,2	53	100
Somnoliento	3	30,0	3	30,0	4	40,0	10	100
Soporoso	1	11,2	2	22,2	6	66,6	9	100
En coma	0	0,0	2	50,0	2	50,0	4	100
Capacidad Motora								
No deambula	16	17,5	31	34,0	44	48,5	91	100
Deambula con ayuda	9	18,4	20	40,8	20	40,8	49	100
Deambula sin ayuda	15	21,5	29	41,4	26	37,1	70	100
No registrado	5	18,6	7	25,9	15	55,5	27	100
Estado Nutricional								
Eutrófico	15	20,0	33	44,0	27	36,0	75	100
Enflaquecido	19	20,0	32	33,6	44	46,4	95	100
Obeso	9	16,7	18	33,3	27	50,0	54	100
No registrado	2	15,4	4	30,7	7	53,9	13	100

Procedimientos

Invasores								
0— sin procedim.	5	23,8	12	57,1	4	19,0	21	100
1— 4 episodios	20	25,4	35	44,3	24	30,3	79	100
5— 9 episodios	12	20,3	17	28,8	30	50,9	59	100
10—14 episodios	6	16,2	14	37,9	17	45,9	37	100
15—99 episodios	2	4,8	9	21,9	30	73,3	41	100
Complicaciones								
0 episodios	21	50,0	15	35,7	6	14,3	42	100
1—4 episodios	17	15,7	53	49,0	38	35,3	108	100
5—9 episodios	6	11,3	14	26,4	33	62,3	53	100
10 y más	1	2,9	5	14,7	28	82,4	34	100
Condición al Alta								
Fallece	12	24,4	13	26,7	24	48,9	49	100
Igual	7	10,4	26	38,8	34	50,8	67	100
Mejorado	26	21,6	48	39,6	47	38,8	121	100

TABLA Nº 2

**PRINCIPALES CAUSAS DE INGRESO DE SENESCENTES EN RELACION
AL PROMEDIO DE DIAS DE ESTADA Y SU VARIABILIDAD EN TORNO A ESTE.
SERVICIO DE MEDICINA HOSPITAL CLINICO. UNIVERSIDAD DE CHILE. 1983**

Causa de Ingreso	n	\bar{X} días	Desviación Standard	V a l o r		Coeficiente de variabilidad
				Mínimo	Máximo	
Accidente vascular Encefálico	17	29,5	19,6	4	70	66,6
Diabetes Mellitus	13	27,7	16,8	8	65	60,7
Infarto agudo al Miocardio	10	27,6	14,5	11	61	51,6
Hepatobiliares (Cirrosis, Ictericia Obstruktiva)	13	22,2	19,5	5	73	87,8
Enfermedad Bron- quial Obstruktiva Crónica	19	22,1	12,4	6	60	56,3
Neumopatías Agudas	28	21,4	12,4	4	48	58,0
Hemorragia Dige- stiva (Melena, H.D.A., Hematemesis)	17	20,7	13,7	8	49	66,3
Alteraciones del Ritmo Cardíaco (Flutter, B.A.V. etc)	17	20,5	19,0	1	80	92,7
Cardiovasculares (Angor, HTA, Enfer- medad Coronaria y ate. Insufic. card.	52	17,5	11,5	2	64	65,9
Neurológico Psiquiátricas	7	12,1	5,7	1	18	47,4
Otras Causas	44	38,3	28,9	10	151	75,4

125. CAPACITACION DE AUXILIARES DE ENFERMERIA EN EL CUIDADO DE LA SALUD BUCAL DEL PACIENTE SENESCENTE

Srta. María Angélica Álvarez y Dra. Silvia Mella
(Facultad de Odontología, Universidad de Chile)

Diversos estudios extranjeros y un estudio nacional, presentado en las Jornadas de Salud Pública en 1985, han determinado que los senescentes presentan necesidades de tratamiento curativo y preventivo odontológico. Estas necesidades se encuentran resueltas con una cobertura muy limitada, pues los programas se han dirigido a otros grupos etarios.

En líneas generales se ha precisado que los ancianos necesitan cuidados en relación a higiene bucal, rehabilitación protésica y cuidado de las prótesis, detección precoz de cáncer maxilofacial.

La investigación realizada es un estudio piloto y pretendió contribuir a elevar el nivel de salud bucal de los senescentes, y ser así un aporte para mejorar su calidad de vida.

Objetivo General

Capacitar auxiliares de enfermería en el cuidado de la salud bucal de los ancianos.

Objetivos Específicos

- I. Elaborar un manual de instrucción dirigido a auxiliares que atienden a este grupo etario en relación a:
 - Higiene bucal
 - Higiene y cuidado de prótesis removibles
 - Detección precoz de cáncer cérvicofacial.
- II. Evaluar el manual de instrucción a través del logro de objetivos educacionales cognitivos.
- III. Entregar información adicional en relación a objetivos educacionales psicomotores a través de una charla-demostración.

El universo del estudio estuvo constituido por 18 auxiliares de enfermería que trabajan en el Hogar "La Reina", de la Corporación de Ayuda a la Ancianidad (CONAPRAN), los cuales presentaban homogeneidad en relación al nivel de instrucción (3º Medio).

El énfasis del estudio estuvo en la impresión de 2.000 ejemplares a color del manual para ser utilizado por las Instituciones y personas que atienden ancianos, y para lo cual se tuvo éxito en la obtención de financiamiento por parte de dos industrias.

La obtención previa de una maqueta atractiva, creemos que influyó positivamente en la decisión empresarial.

El proceso completo de enseñanza-aprendizaje sólo fue posible realizarlo en once auxiliares.

El logro de los objetivos educacionales predeterminados se midió a través de un test inicial, uno intermedio (para evaluar el manual) y uno final, como evaluación del proceso completo.

Se concluye que es posible capacitar con éxito auxiliares que cuidan ancianos a través de esta metodología y que es necesario continuar en esta línea de trabajo y extenderla a los restantes Hogares de Conapran y otras Instituciones dedicadas a pacientes de la 3a. edad.

126. LA SALUD DEL SENESCENTE, UNA REALIDAD Y UNA RESPONSABILIDAD

Dr. Sergio Morales
(Programa Odontológico, VI Región y Hospital Regional de Rancagua)

1. Justificación

Es una realidad que el chileno tiene hoy mayores esperanzas de vida, el promedio de edad de la población aumenta y, por ello, la población se va envejeciendo, ello lleva y llevará a cambios en los problemas que Salud Pública deberá abordar.

Ello es reconocido por muchos, pero la mayoría, como suele ocurrir a otra edad también, olvida que parte de este ser humano es su dentadura y de sus patologías, las lesiones y patologías del macizo máxilo facial. Por ello, deseamos tratar el tema, brevemente.

2. El Senescente

Palabra que se usa con frecuencia, pero en la cual sólo pensamos con seriedad cuando vemos que ella no es aplicada a nosotros.

Es frecuente que se hable del hombre como ya viejo a poco más de los cincuenta años; para él, las posibilidades de trabajo se hacen más difíciles, y en salud también pasa a ser de "importancia secundaria". Casi como un mal negocio.

3. La Atención de Salud en General y el Senescente

La política y los planes de salud indican, con claridad, la prioridad del niño, de la mujer embarazada; de algunas patologías, etc., pero, en parte alguna se habla de la atención del senescente.

En general, la preocupación se hace presente, en forma oficial, hasta el adulto de unos 45 años y en salud bucal, se habla de "Mantener el nivel de atención del adulto", pero ningún especial recuerdo de la salud del senescente.

Dentro de nuestro programa, por ejemplo, una de las actividades más reducidas en su ejecución, es la rehabilitación. El número de protesistas, laboratorios dentales, etc., es sumamente pequeño en relación al gran número de piezas dentarias que por generaciones se han estado extrayendo a los humanos en nuestro país.

Más aún, muchos de Uds. habrán oído hablar, quizás han hablado, de los problemas que significan los hospitales de crónicos, del gasto de los enfermos hospitalizados por años, etc.; muchos de esos enfermos son senescentes. Más aún, muchos de ellos, no tienen otro lugar donde pasar sus problemas de salud crónicos que esos hospitales.

4. Los Problemas de Salud Oral del Senescente

Si bien es verdad que en Chile, las piezas dentarias se pierden a temprana edad, y que estamos muy lejos de las metas que la O.M.S. determinara para el año 2.000, la realidad es que aún el edentado total sigue siendo un enfermo con problemas odontológicos.

4.1 Senescente portadores de algunas piezas remanentes:

A ellos, debe atenderse por problemas como:

- Pulpitis
- Caries dentaria
- Paradenciopatías
- Flemones y abscesos producidos por esas piezas no bien cuidadas.
- Hipersensibilidad radicular, etc.

4.2 Senescentes edentados totales:

- En este caso tendrán problemas de: masticación, fonación, estéticos, que debemos tratar de mejorar o corregir.

Debe agregarse que es frecuente que estos senescentes sufran de enfermedades generales que agraven sus problemas orales, como es el caso de la Diabetes.

Más aún, ya en el terreno de la patología oral solamente, señalaremos brevemente problemas como:

- a) Lesiones de los tejidos blandos por:
 - Infecciones microbianas
 - Por hongos
 - Por problemas metabólicos
 - Tumorales de los tejidos blandos
- b) Lesiones de los tejidos duros como:
 - Tumores diversos
 - Problemas metabólicos que afectan los huesos.
 - Problemas articulares, temporo mandibulares, por falta de sus piezas dentarias y pérdida de dimensión vertical y relaciones intermaxilares.

Concluyendo, pues, que el senescente es un enfermo del programa odontológico que debemos atender.

5. Algunos Cuidados que el Senescente Necesita del Cirujano Dentista

5.1. Enfermos con piezas dentarias remanentes:

- a) Sus piezas con caries deben obturarse
- b) Habrá que tratar de devolverles sus funciones normales de masticación, fonación y la estética.

5.2. Enfermos sin piezas dentarias remanente, edentado total:

Aún este enfermo necesita ser rehabilitado y es enfermo del Cirujano Dentista y del programa dental. Debe hacerse y colocársele los aparatos protésicos del caso.

5.3. Deberá realizárseles otros cuidados como:

- a) Exámenes periódicos para pesquisar cáncer precozmente.
- b) Control de lesiones precancerosas como Leucoplasias.
- c) Tratamiento de lesiones ulcerosas producidas, muchas veces, por el uso de prótesis.
- d) Limpiezas dentarias y eliminación mecánica del tártaro supra y subgingival.

6. Algunos Cuidados que el Mismo Enfermo Puede Darse y el Cirujano Dentista Enseñar:

- 6.1. Higiene adecuada de sus piezas remanentes.
- 6.2. Higiene adecuada de sus aparatos protésicos.
- 6.3. Adecuada higiene de sus tejidos blandos, lengua por ejemplo.
- 6.4. Algunos principios básicos de autoexamen.
- 6.5. Hábitos alimenticios adecuados a su condición.
- 6.6. Control permanente de sus problemas de salud general, especialmente de aquellos que agravan sus problemas orales.

7. La Responsabilidad de la Familia

Cuando el senescente no esté en condiciones de dispensarse estos cuidados por sí mismo, la responsabilidad será de la familia.

8. El Problema del Enfermo Hospitalizado

El enfermo hospitalizado necesita también estos cuidados y, en este caso, la responsabilidad es del Servicio de Salud. Por ello hemos tratado de incorporar estos conocimientos básicos a la Auxiliar Paramédico de Enfermería y ello lo hemos hecho tanto en el Curriculum de formación como en notas posteriores con la aprobación de la D.S.S., tememos sí que ello sea insuficiente y que el desuso o la creencia que suele mantenerse que los problemas orales son de responsabilidad del Cirujano Dentista, haga que, en este terreno, se deba insistir aún bastante.

9. Lo que Sería Deseable

- 9.1. Reconocimiento de la existencia del senescente como un enfermo más del programa odontológico.
- 9.2. Comprensión del problema por los ejecutivos del sector, ya que ello implicaría alguna modificación presupuestaria.
- 9.3. Reconocimiento por la profesión odontológica de esta realidad y de su responsabilidad.
- 9.4. Reconocimiento por el resto del sector salud del problema.
- 9.5. Aceptación por el grupo familiar de su responsabilidad.
- 9.6. Adecuada educación al niño y a la comunidad sobre el tema.
- 9.7. Reconocimiento de la comunidad del senescente como un ser útil, respetable y a quien debe dársele la atención de salud oral que necesita.

127. CARACTERISTICAS DE LA POBLACION DE INVALIDOS QUE CONCURREN AL CENTRO EVALUACION PROFESIONAL PARA INVALIDOS REHABILITACION PROFESIONAL

Dra. Patricia Vergara, Carlos Garbarini, Gloria López, Sras. María Inés Asenjo y Mariana Hidalgo
(Servicio Medicina Física y Rehabilitación, Hospital San José)

La Rehabilitación Profesional es la última fase de la Rehabilitación Integral que la Organización Internacional del Trabajo define como "Aquella parte del proceso continuo y coordinado que comprende el suministro de servicios profesionales, evaluación, orientación profesional, formación profesional, y colocación en el empleo, destinados a permitir a una persona limitada obtener y retener un empleo adecuado", es decir, su objetivo es el reintegro del inválido al trabajo.

Un programa de Rehabilitación Profesional pretende, a través de la demostración y desarrollo de las cualidades de trabajo de los inválidos, promover al máximo las oportunidades para su empleo adecuado y vencer cualquier discriminación contra ellos con respecto a su aceptación para su entrenamiento o empleo.

Los propósitos de la Rehabilitación Laboral son:

1. La evaluación de la capacidad funcional física remanente, aptitudes e intereses, nivel educacional del inválido.
2. La orientación profesional.
3. La capacitación del inválido.
4. Asesorar y promover la colocación selectiva en un empleo.

El Centro de Evaluación Profesional para Inválidos, es un departamento del Servicio de Medicina Física y Rehabilitación del Hospital San José, Servicio Salud Metropolitano Norte, que fue creado en 1977 por convenio Triministerial del Ministerio de Salud, Ministerio de Educación y Ministerio del Trabajo, como un Centro Piloto en un programa para iniciar la rehabilitación laboral en nuestro país e integrar al inválido a la sociedad como un individuo activo.

Cuenta con un equipo multidisciplinario formado por: 1 Médico Fisiatra, 2 Terapeutas Ocupacionales, 1 Asistente Social, 1 Profesor, 1 Orientador y 1 Colocadora.

El paciente es evaluado desde su secuela de incapacidad física, su escolaridad, el ambiente donde se desempeña y el mercado laboral disponible.

El objetivo de esta investigación es distribuir las características de la población que concurrió de Evaluación Profesional entre los años 1983 al 1985.

Material y Métodos

Fue elegida una muestra de 150 fichas clínicas de usuarios de nuestro servicio que reunieron los siguientes requisitos:

Identificación del paciente, sexo, edad, calidad previsional, escolaridad, patología, institución que lo deriva, lugar de residencia, año de capacitación desarrollada. Los requisitos de ingreso para los pacientes fueron: 1) Portador de secuela déficit motor ya tratado con Rehabilitación Médica. 2) Coeficiente Inteligencia normal. 3) Traslado propio.

Resultados y Conclusión

- Se observó que la población de usuarios se distribuyó entre los 17 y los 48 años, concentrándose un gran número de ellos entre los 17 y 25 años (66,60/o).
- El 73,30/o de nuestros pacientes son de sexo masculino.
- El 1000/o de los pacientes tiene algún grado de escolaridad, destacando un 26,60/o con educación media completa.
- El 86,60/o de los pacientes derivados a nuestro centro provienen de la Región Metropolitana, y han sido remitidos principalmente desde el Instituto de Rehabilitación Infantil y de los Servicios Clínicos de Medicina Física y Rehabilitación de los Servicios de Salud. En cuanto a la calidad previsional, es importante destacar que la mayoría (71,30/o) no cuenta con previsión o a lo más con una Pensión Asistencial.
- Las patologías predominantes que presentan nuestros pacientes son Secuelas de Poliomielitis y Amputaciones (450/o de los pacientes).

En resumen, nuestra población de pacientes se caracteriza por ser joven, con un buen nivel básico de escolaridad, prácticamente la mayoría no cuenta con previsión, la gran mayoría reside en el Área Metropolitana y son portadores de: Secuelas de Poliomielitis y Amputaciones.

El área de capacitación predominante, 240/o fue en Cuero y Calzado; la razón principal de esta capacitación fue la disponibilidad de cursos en este rubro otorgados por Servicio Nacional de Capacitación y Empleo SENCE, además de la facilidad del uso de equipo y herramientas de bajo costo, y ser éste un trabajo independiente.

En un seguimiento a tres meses de los pacientes capacitados en Cuero y Calzado, se encontró que el 900/o de ellos está trabajando en este rubro.

En el resto de los pacientes capacitados no se evaluó el seguimiento por la diversidad de las capacitaciones y por la falta de recursos humanos para esta actividad.

128. CONSIDERACIONES SOBRE EL ROL DE UN CONSULTORIO DE ATENCION PRIMARIA ANTE UNA CATASTROFE NATURAL

Dr. Leopoldo Stuardo L.
(Consultorio Barnechea. Servicio de Salud Metropolitano Oriente)

Es un trabajo descriptivo, cuyo Objetivo General es valorar el papel de un Consultorio de Atención Primaria frente a una situación de Emergencia por una catástrofe natural, que en este caso fue la inundación, por el desborde del río Mapocho en el pueblo de Barnechea y pretende comentar algunas consideraciones que surgen ante este hecho.

Es necesario, para comprender mejor lo ocurrido, efectuar una descripción del entorno natural, por las especiales características sociales que presenta la población de este sector, así mostraremos las diferencias entre algunos indicadores tales como: problemas de marginalidad habitacional, población desocupada, porcentaje de viviendas con alcantarillado, etc.

A continuación se ven las características principales de los lugares elegidos como albergues, tomando en cuenta la atención médica y de enfermería que se le brindara a las personas en dichos lugares, durante todo el período, haciendo un alcance a las medidas preventivas que se tomaron para evitar las enfermedades infecto-contagiosas. Además, contar la experiencia como Consultorio de Atención Primaria en coordinar las acciones de salud de otras instituciones que participaron en esta emergencia.

Finalmente se hizo una evaluación de los casos más prevalentes de patologías detectadas, con un comentario final sobre la respuesta de la población ante esta catástrofe natural y cuáles son los problemas más relevantes en cuanto a las acciones desarrolladas por el Sector Salud y la responsabilidad que le compete a un Consultorio de Atención Primaria ante la población asignada.

TABLA Nº 1
DISTRIBUCION PERSONAS DAMNIFICADAS

	Total Damnificados	Esc. Paulo VI	Esc. 238	Esc. 254	Centro Com. El Roble	Centro Com. El Rodeo	Templo Mormones
Nº de familias	241	123	67	14	7	6	13
Menores de 2 años	110	53	36	3	6	6	5
2-15 años	354	185	86	10	12	31	20
Mayores de 15 años	620	333	147	40	22	22	32
Total de personas	1.084	571	269	53	40	57	57

TABLA Nº 2
PATOLOGIAS MAS FRECUENTES EN LOS ALBERGADOS

Bronquitis Aguda	59
Amigdalitis	14
Diarrea	12
Gastroenteritis	7
Conjuntivitis	11
Escabiosis	11
B.R.N.	5
Impétigo	5

129. EL ACCIDENTE FERROVIARIO DE QUERONQUE: UN DESAFÍO A LA ORGANIZACIÓN HOSPITALARIA PARA CATASTROFES

Sra. Mónica Concha
(Hospital de Quilpué)

Los habitantes de la V Región no podrán olvidar la tragedia del accidente ferroviario de Queronque, en el Km. 149 entre Limache y Peñablanca, acaecido a las 19:30 Hrs. del Lunes 17 de Febrero de 1986, que llevó angustia, dolor y muerte a cientos de hogares de la zona y de otras regiones, transformándose en una de las más grandes tragedias ferroviarias del país y tal vez de América del Sur.

Once Hospitales y 15 Consultorios fueron declarados en alerta.

Los vehículos enviados al lugar de la colisión, guiados por un helicóptero, debieron abrir un camino de acceso debido a las dificultades topográficas del sector.

Los Hospitales debieron afrontar esta catástrofe con todos los recursos humanos y materiales a su alcance que en general, son limitados, máxime si se tiene en consideración que se debió atender a gran número de heridos en breve lapso.

En este trabajo se analiza en general la atención de salud en los Hospitales de la V Región que se vieron involucrados en la emergencia, y en particular del Hospital de Quilpué, y se presenta en forma muy sucinta el Plan de Organización para catástrofes que en este Establecimiento se elaboró posteriormente, que es materia de otro trabajo.

Cifras Estadísticas Generales

En definitiva participaron en la atención de los heridos, 8 Establecimientos de los Servicios de Salud Viña del Mar-Quillota y Valparaíso-San Antonio, y 1 Clínica del Extra-Sistema, de los cuales, el que debió soportar la mayor presión asistencial, fue el de Limache (Tabla 1).

Se otorgaron 647 atenciones; se hospitalizaron 205 pacientes y se efectuaron 27 intervenciones de cirugía mayor (Tabla 2).

Se registraron 57 fallecimientos, de los cuales sólo 2 se produjeron en centros asistenciales.

Participación del Hospital de Quilpué

Aproximadamente a las 19:45 Hrs. se recibe aviso telefónico que informa del accidente.

En desconocimiento de los alcances del mismo, se envía primera Unidad de Rescate Móvil (equipada con radio), que al constituirse en la primera en llegar al sitio de la catástrofe, da cuenta de la verdadera magnitud de ella.

Se coordina atención hospitalaria y se informa a los demás Establecimientos, enviando simultáneamente al lugar de los hechos todos los equipos de socorro que los recursos permitieron.

En el Hospital de Quilpué la recepción de víctimas y su atención inmediata, así como su derivación al Nivel Terciario, se realizó en forma oportuna y eficiente en cuanto a distribución de recursos y evaluación de complejidad.

Se contó con 65 funcionarios, lo que significa un 1500/o sobre la dotación habitual de personal en turno, de 26 (9 de Unidad de Emergencia y 17 de los Servicios Clínicos).

Patología preponderante: Fracturas y Politraumatismos.

No hubo falencias farmacológicas ni de insumos en general. Se apreció la necesidad de contar con mayor número de férulas neumáticas tipo bota larga, y con tablas de inmovilización para traumatismos raquímedulares.

Conclusiones

Los establecimientos afrontaron, en general, en buena forma la emergencia, pero esta experiencia demostró la urgente necesidad de que todos los hospitales, y no sólo los de mayor complejidad, cuenten con un plan de organización hospitalaria para catástrofes.

Este plan se elaboró en el Hospital de Quilpué en las semanas inmediatamente siguientes a la tragedia.

TABLA Nº 1

DOTACION DE CAMAS DE LOS DIFERENTES HOSPITALES Y PACIENTES HOSPITALIZADOS (*) POR ACCIDENTE FERROVIARIO DE QUERONQUE

	Dotación de Camas	Pacientes Hospitalizados	
		Nº	o/o
Hospital Calera	80	8	10,00
Hospital G. Fricke	522	58	11,11
Hospital Limache	88	35	39,77
Hospital Peñablanca	84	21	25,00
Hospital Quillota	259	16	6,17
Hospital Quilpué	149	20	13,42
Hospital Deformes	160	9	5,62
Hospital Van Buren	634	38	6,00
TOTAL	1.963	205	

- (*) En Albergue Parroquial de Limache se recibió 42 pacientes, todos leves, que previamente recibieron atención en los Hospitales de Quillota y Limache, y que no contaban con un lugar donde pernoctar.

TABLA Nº 2

ATENCIONES OTORGADAS EN ACCIDENTE FERROVIARIO QUERONQUE

	Nº	o/o
Hospital La Calera	22	3,40
Hospital G. Fricke Viña del Mar	113	17,47
Hospital Limache	204	31,53
Hospital Peñablanca	77	11,90
Hospital Quillota	35	5,41
Hospital Quilpué	69	10,66
Hospital Deformes	16	2,48
Hospital Van Buren	110	17,00
Clínica Reñaca	1	0,15
TOTAL	647	100,00

130. PLAN DE ORGANIZACION HOSPITALARIA PARA CATASTROFES DEL HOSPITAL DE QUILPUE

Sra. Mónica Concha
(Hospital de Quilpué)

Catástrofe o desastre es un fenómeno súbito que provoca daños masivos en vidas y bienes. Convencionalmente las bajas (muertos y/o heridos graves) deben ser superiores a 25 para encuadrarse en esta definición.

Nuestro país ha sido tristemente privilegiado en cuanto a catástrofes naturales, pero además continuamente tenemos conocimiento de la producción de accidentes de todo tipo, especialmente del tránsito.

Todo Hospital, por pequeño que sea, puede verse súbitamente ante la necesidad de atender víctimas de un desastre que se produzca en sus proximidades, y de su buena organización previa para afrontar esta clase de emergencias, dependerá la supervivencia de muchas de ellas.

En el Hospital de Quilpué se creó, a fines de 1984, el Plan de Unidad de Emergencia Móvil; sin embargo, en él no se consideraba la posibilidad de catástrofes de envergadura, y más bien se ampliaba la atención profesional de urgencia habitual de una Unidad de Emergencia hospitalaria, llevándola al sitio mismo del accidente.

El accidente ferroviario de Queronque hizo evidente la necesidad inmediata de contar a la brevedad con un plan específico para este tipo de desastres. Su elaboración en el Hospital de Quilpué abarcó un período de 4 meses.

Un factor que demoró el trabajo fue la escasez de personal; las jefaturas deben realizar prioritariamente funciones clínicas, disponiendo de escaso tiempo para dedicar a las administrativas.

Por ello, fue de mucha utilidad el contar con un esquema previo, elaborado en base al trabajo del Dr. Manuel Vitis E.

Aspectos a Considerar en la Formulación del Plan

Se dividió en dos partes:

- I. Información básica de recursos y capacidad de atención disponibles en el Hospital para situaciones de catástrofe.
- II. Organización específica de la atención en el momento de producirse y conocerse de la catástrofe.
 - I. 1. Capacidad del Establecimiento:
 - a) Camas
 - b) Camillas de transporte y fijas en boxes
 - c) Pabellones cirugía mayor
 - d) Cirugía menor
 - e) Capacidad de evacuación y transporte:
 - Vehículos
 - Conductores
 - f) Stocks de emergencia
 - g) Personal en turnos
 2. Material de información para estas ocasiones.
 3. Coordinación:
 - a) Con otros Organismos de Servicio Público
 - b) Con otros Establecimientos de Servicios de Salud.
- II. 1. Definición de áreas funcionales en el Hospital.
2. Definición de roles en el Hospital.
3. Equipos de socorro.
4. Información del accidente mismo, para confrontar con capacidad de atención.

5. Manual de Procedimientos: Administrativos - De las Jefaturas - Del personal en turno - De equipos de rescate - De voluntarios - De atención de pacientes.
6. Anexos: Stocks de emergencia - Modelo tarjetas de clasificación heridos - Modelo protocolo informe de Jefaturas.

131. ACCIDENTES DE TRANSITO EN ADOLESCENTES Y SU RELACION CON INGESTA ALCOHOLICA EN AREA METROPOLITANA ENTRE LOS AÑOS 1980 Y 1984

Dr. Alvaro Teke y Srs. Erika Dahl, Marta Espinoza y Dr. Alberto Teke
(Depto. Medicina Legal, Facultad de Medicina, Universidad de Chile)

La inquietud de revisar la problemática surgió de la pregunta “¿Cuáles son las principales causas de muerte violenta en los adolescentes?”. Obtuvimos que los accidentes de tránsito ocupan el primer lugar, seguidos de los suicidios y homicidios.

Por otro lado, existe una apreciación subjetiva en cuanto al aumento del consumo de alcohol en la población adolescente, de tal modo que quisimos trabajar en el estudio de la primera causa de muerte y su relación con la ingesta alcohólica.

Para estos efectos fue necesario definir qué es adolescente. Englobando el concepto bioantropológico, corresponde al grupo etario comprendido entre los 12 y 20 años 11 meses y 29 días.

Objetivos

1. Conocer cuál es el porcentaje de adolescentes que mueren en accidentes de tránsito, que se encuentran bajo las influencias del alcohol en el Area Metropolitana entre los años 1980 y 1984.
2. Conocer cuál es el subgrupo más afectado por este fenómeno.

Material y Método

Se procedió a la revisión de tarjetas perforadas y protocolos de autopsias del Instituto Médico Legal de las personas fallecidas cuyas edades fluctuaban entre los 12 y 20 años 11 meses y 29 días al momento de su muerte, tipificada ésta como Accidente de Tránsito, en los años 1980 a 1984.

Posteriormente se revisaron las alcoholemias de los fallecidos y sus valores. Los datos fueron separados y tabulados según sexo y edad.

Análisis de Resultados (Ver Gráficos)

Encontramos que en 1980 fallecieron 98 personas cuyas edades fluctuaban entre los 12 y 20 años 11 meses y 29 días por accidentes de tránsito en el Area Metropolitana; de éstas, 18 se encontraban bajo los efectos del alcohol, correspondiendo a un 18,30/o. De ellas, 13 eran varones, es decir el 13,20/o y el 5,10/o, mujeres.

En 1981 murieron 97 personas entre las edades ya mencionadas, en la Región Metropolitana. Bajo los efectos del alcohol se encontraba el 19,50/o (19 personas); de éstas 16 varones (16,40/o); mujeres, sólo el 30/o.

En el año 1982, fallecieron 79 personas, encontrándose 20 de ellas, 25,30/o, con alcoholemias positivas, 18 varones y 2 mujeres, es decir el 22,70/o y 2,50/o respectivamente.

En 1983 murieron 77 adolescentes en accidentes de tránsito, 11 de ellos con alcoholemias positivas (14,20/o); 10 hombres (12,90/o) y 1 mujer (1,20/o).

En el año 1984 fallecieron 66 adolescentes en accidentes de tránsito, 9 de ellos bajo los efectos del alcohol, correspondiendo todos a varones con un porcentaje de 13,60/o y 00/o mujeres.

Conclusiones

1. Los accidentes de tránsito son la primera causa de muerte violenta en los adolescentes en el Área Metropolitana entre los años 1980 y 1984.
2. Desde 1980 hasta 1982 hubo una clara tendencia a aumentar el porcentaje de muertes por accidentes de tránsito en los adolescentes bajo las influencias del alcohol, para luego tender al descenso hasta 1984.
En 1982 se registró el más alto porcentaje de estas muertes, seguido de una baja brusca en 1983, y con tendencia a la disminución paulatina.
3. Esta disminución es a instancias del sexo femenino fundamentalmente. Mientras el número de muertes del sexo femenino disminuye, el sexo masculino tiende a un leve aumento desde 1983 a 1984.
4. El grupo etario más afectado por este fenómeno corresponde a los adolescentes entre 18 y 20 años 11 meses y 29 días.

Comentario

Desconocemos las causas de la brusca disminución desde 1982 a 1983, de la tendencia a la disminución paulatina de 1983 a 1984. Tampoco sabemos el por qué esta disminución ha afectado más significativamente al grupo femenino con leve tendencia al aumento en el grupo de adolescentes masculinos.

Creemos interesante continuar nuestro estudio en busca de los factores asociados a este fenómeno.

GRAFICO Nº 1

ADOLESCENTES MUERTOS ALCOHOLEMIA POSITIVA EN RELACION AL TOTAL DE ACCIDENTES DE TRANSITO EN ESTOS EN LA REGION METROPOLITANA DESDE 1980 A 1984

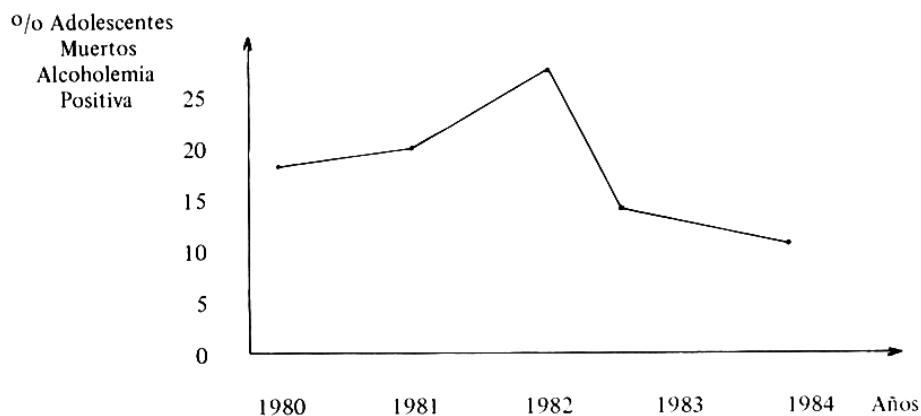
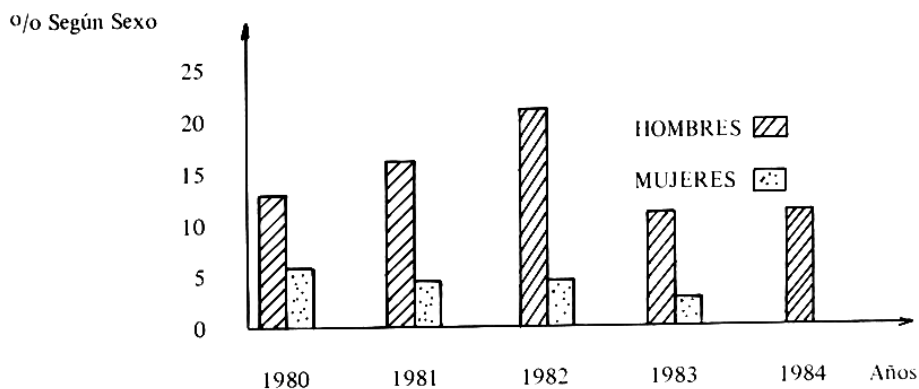


GRAFICO Nº 2

ADOLESCENTES ALCOHOLEMIA POSITIVA SEGUN SEXO FALLECIDOS EN ACCIDENTES DE TRANSITO DESDE 1980 A 1984 EN EL AREA METROPOLITANA



132. EL USO DE CINTURON DE SEGURIDAD EN DOS SECTORES DEL AREA ORIENTE DE LA CIUDAD DE SANTIAGO

Drs. Patricio Silva y Carlos Reyes, Srs. Octavio Aldea, Fernando Gabler, Marcelo Ramírez, M. Elena Silva, Marta Valenzuela, Hernán Zárate y Srta. Olivia Toro.

(Departamento de Salud Pública, División Sur, Facultad de Medicina, Universidad de Chile)

Los Traumatismos, envenenamientos y violencias (800-999), representan la tercera causa de muerte en Chile y la primera entre los 1-44 años.

Para 1983, cuando se registraron 9.130 muertes por este grupo de causas, 979 se debieron directamente a accidentes con participación de vehículos a motor (810-825).

Especialmente notable es entre los 15 y 24 años, en que representan la primera causa de muerte con un 60% del total, y entre los 25 y 44 años, en que representan el 38% del total; de ellos los accidentes del tránsito deben representar con alta probabilidad la primera causa relativa.

La multifactorialidad de los accidentes del tránsito, hace que para influir en una disminución se requiere de acciones en múltiples sectores, como son: educación, obras públicas, transportes, etc., por lo que es de por sí difícil y complejo.

Sin embargo, parece más fácil tratar de disminuir las muertes por accidentes del tránsito, lo que a su vez también requiere de acciones a distintos niveles, como es la oportuna y eficaz atención médica en el lugar mismo del accidente y durante el traslado a los centros asistenciales, sin embargo, existe una medida que ha demostrado ser útil en este sentido. Se trata del uso del cinturón de seguridad, elemento de sujeción que impide la proyección hacia adelante de los pasajeros en una colisión u otro tipo de accidente de vehículo a motor.

La utilidad del uso del cinturón de seguridad ha quedado demostrada en diversos estudios. En el estado de Nueva York, las muertes por accidentes disminuyeron en un 17%, nueve meses después de reformada la ley local, haciendo obligatorio el uso del cinturón de seguridad. En Gran Bretaña también se ha constatado una baja en la incidencia de lesiones graves por accidentes del tránsito.

En Chile, se aprobó una nueva ley del Tránsito, que establece el uso obligatorio del cinturón de seguridad. La Ley entró en vigencia en enero 1986 y Carabineros está facultado para multar a los infractores desde el 31 de marzo 1986.

A pesar de lo anterior y de la obligatoriedad de tener los cinturones de 3 puntas instalados en los vehículos al momento de obtener el permiso de circulación, y otras medidas de publicidad a través de los medios de comunicación, pareciera que el grado de cumplimiento de dicha medida es pobre.

Objetivos

Medir en una parte del área oriente de la ciudad de Santiago, la tasa de uso del cinturón de seguridad por parte del chofer de automóviles particulares, su distribución por sexo y según sea en día hábil o festivo.

Material y Métodos

Se seleccionaron 3 esquinas diferentes del área oriente de Santiago: General Bustamante con Avda. Francisco Bilbao y Avda. Ricardo Lyon con Avda. 11 de Septiembre, ambas de la comuna de Providencia, y la esquina de Avda. Manquehue con Avda. Apoquindo, de la comuna de Las Condes. A partir de las 15.00 horas, se procedió a tomar las muestras durante dos días hábiles y dos festivos. La medición se hizo los días jueves 29 de mayo y 5 de junio, y los domingos 1º y 8 de junio de 1986. En cada oportunidad se contó alrededor de 500 automóviles particulares, quedando excluidos los taxis, taxis colectivos, buses, microbuses y vehículos de carga. Se midió los primeros 10 automóviles que estaban detenidos mientras duraba la luz roja.

Se obtuvo de esta manera un numerador confiable, que eran los conductores que iban con el cinturón puesto y un denominador igualmente confiable, que era el total de vehículos que se medían en la misma unidad de tiempo y que eran los expuestos a ir o no con el cinturón de seguridad colocado.

Resultado

Se midió un total de 7.580 vehículos de los cuales 2.689 eran conducidos por choferes que llevaban el cinturón de seguridad puesto, lo que da una tasa de uso general de 35,470/o.

La tasa de uso según sexo fue levemente superior para las mujeres con un 36,410/o en comparación a la de los hombres con 34,960/o, diferencia que no es significativa.

Al interior de la tabla se puede observar las diferencias según sexo y día, siendo la mayor para la mujer, en día domingo, de un 38,670/o, la que es mayor que para las mujeres en día jueves, que es de 34,610/o, diferencias que son significativas al nivel de $p < 0,05$. También es significativa la diferencia con los hombres en el mismo día domingo al nivel de $p < 0,05$.

En la Tabla 2, se ve la prevalencia según sexo y día por sector. Para este objeto se sumaron las 2 esquinas que corresponden a la comuna de Providencia: General Bustamante/Fco. Bilbao y Avda. 11 de Septiembre/Ricardo Lyon, designándose como sector 1, y la esquina de Avda. Manquehue/Avda. Apoquindo se dejó como sector 2, que corresponde a la Comuna de Las Condes.

La diferencia entre sectores salió no significativa al comparar por separado.

La única diferencia significativa se observa al comparar las mujeres con los hombres en día domingo, en el sector 2, con un 38,080/o y 30,090/o respectivamente.

Discusión y Conclusiones

Si bien los resultados encontrados no se pueden extrapolar al resto de la ciudad de Santiago, creemos que los resultados obtenidos son un reflejo de lo que puede estar ocurriendo con respecto al uso del cinturón de seguridad en el sector oriente de Santiago.

A 6 meses de haber entrado en vigencia la Ley del Tránsito, un 35,470/o de uso del cinturón de seguridad es bajo.

La diferencia mayor a favor de las mujeres en día domingo, puede hacernos pensar que cuando la mujer va manejando con su grupo familiar presenta una mayor responsabilidad, ya que es significativa la diferencia con los hombres en día domingo y con las mujeres en día de semana.

En las otras comparaciones, las diferencias encontradas no son significativas, pero en general es a favor de las mujeres y del día domingo en comparación a los hombres y día de semana.

Creemos que se debe insistir en medidas de educación a la población a través de los medios de comunicación masivos y medidas de educación en los colegios para que a través de los niños se llegue con el mensaje a los padres.

Por otro lado, Carabineros debería comenzar a aplicar las disposiciones legales vigentes porque creemos que no hay peor Ley que la que no se cumple, o peor aun, la que evidentemente no se hace cumplir.

Se debería realizar, estudiar por encuestas para estudiar otras variables, como educación, edad, hábitos, etc.

TABLA Nº 1

PREVALENCIA DE USO DE CINTURON DE SEGURIDAD SEGUN SEXO Y DIA

Día	S E X O		
	Hombre	Mujer	Total
Domingo	$\frac{995}{2.816}$ 35,33	$\frac{459}{1.187}$ 38,67	$\frac{1.454}{4.003}$ 36,32
	(p < 0,05) ————— (p < 0,05) ————— N.S.		
Jueves	$\frac{720}{2.089}$ 34,47	$\frac{515}{1.488}$ 34,61	$\frac{1.235}{3.577}$ 34,57
Total	$\frac{1.715}{4.905}$ 34,96	$\frac{974}{2.675}$ 36,41 N.S.	$\frac{2.689}{7.580}$ 35,47

TABLA Nº 2

**PREVALENCIA DE USO DE CINTURON DE SEGURIDAD SEGUN SEXO Y DIA
Y POR SECTOR**

	D I A S			
	DOMINGO		JUEVES	
	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer
Sector 1 (a)	$\frac{513}{1.402}$ 36,59 N.S.	$\frac{157}{394}$ 39,84 N.S.	$\frac{533}{1.500}$ 35,53 p=0,5	$\frac{228}{645}$ 34,86 N.S.
Sector 2 (b)	$\frac{482}{1.414}$ 34,09	$\frac{302}{793}$ 38,08 p=0.0301	$\frac{187}{589}$ 31,75 N.S.	$\frac{287}{834}$ 34,41

(a) Sector 1 : Gral Bustamante - Fco, Bilbao - Avda. 11 Septiembre - R. Lyon

(b) Sector 2 : Avda. Manquehue - Avda. Apoquindo

133. PREVALENCIA DE ACCIDENTES EN JARDINES INFANTILES: FACTORES DE RIESGO DEL MEDIO AMBIENTE FISICO Y SOCIAL

Sra. Sylvia Pessoa

(Escuela de Salud Pública, Facultad de Medicina, Universidad de Chile)

Los accidentes a nivel pre-escolar constituyen un problema. En los últimos años las estadísticas dan a conocer el aumento considerable de ellos, lo que hace necesario realizar estudios que analicen las causas que lo provocan. Es necesario comprender que hay muchos factores que controlar para reducir los eventos que constituyen accidentes en los párvulos.

Marco de Referencia para el Estudio. Generalidades

Existe el supuesto que en la ocurrencia de un accidente se pueden identificar factores que tienen efecto directo o inmediato e indirecto o mediato, y que ambas categorías de factores estarán presentes o interrelacionadas. Cada evento de accidente deberá entonces comprenderse como una combinación particular de factores, y donde uno de estos puede tener mayor o menor ponderación que uno u otros. Se concluye, entonces, que no existe un solo factor, sino factores concurrentes y combinados para la comprensión del problema, y que este último como tal puede ser modificado.

Alcanzar una mejor comprensión de la ocurrencia de accidentes en los pre-escolares, exige un enfoque multidisciplinario además de los clínicos, ergonómicos y epidemiológicos. La clínica nos provee de los grupos de diagnósticos y la naturaleza del daño, y la ergonomía estudia la interfase entre individuos y el medio ambiente. La combinación de estos dos factores entrega una visión más completa de la naturaleza multifactorial de los accidentes en los infantes y vienen a precisar el rol de otros factores, como son los psicosociales y su ponderación en la relación causa-efecto. Existiendo muchas interrogantes que surgen frente a la realidad sobre riesgos de accidentar del párvulo, el estudio pretendió "conocer los riesgos de accidentar y los factores que constituyen riesgos en los Jardines Infantiles, como asimismo el conocimiento, percepción y actitud de los adultos que protegen a los menores en ellos".

Características epidemiológicas se demuestran que: la mayor concentración de accidentes de pre-escolares se encuentra en la Región Metropolitana, que refleja la mayor densidad poblacional y número de establecimientos educacionales; que el mayor número de eventos está en mayor proporción entre los niños que las niñas; los accidentes se incrementan a medida que aumenta la edad; los accidentes escolares coinciden con los meses de asistencia a clases; disminuyen en las vacaciones; el pick de accidentes escolares se alcanza en el mes de Junio.

Objetivos

Identificar accidentes que se producen en la vida del pre-escolar; determinar los factores que producen accidentes; nominar los elementos de los factores que constituyen el mayor riesgo de accidentes para cada nivel (Sala Cuna; Nivel Medio y Nivel de Transición); clasificar los materiales que utiliza el párvulo en el Jardín Infantil según criterio de riesgo; establecer cuáles son los factores que están produciendo el mayor número de accidentes; conocer las opiniones del personal de los Jardines Infantiles sobre los elementos que producen mayor número de accidentes en el párvulo.

Definiciones:

Los factores del medio ambiente (factores de riesgo). Son los elementos materiales que están presentes donde tiene lugar la actividad del niño en los tres niveles observados.

Componentes sociales. Son los adultos presentes en la labor educativa del párvulo y responsables a su vez por su resguardo integral.

El estudio consideró una dimensión de factores psicosociales y una de factores del medio ambiente. Para ambas se consideraron factores de riesgo. Desde el punto de vista de los factores psicosociales de riesgo asociados a los accidentes, fue considerado como "un evento fortuito que comporta la probabilidad de existir la influencia para la ocurrencia o preexistencia de otros eventos". Por tanto, los factores psicosociales hacen causa común con los otros factores de riesgo, por lo que surge la posibilidad de estimar la probabilidad y sus factores de riesgo.

Los factores de riesgo psicosociales se estudian en tres variables:

- Conocimiento de prevención y riesgo
- Percepción de riesgo
- Actitud de prevención del riesgo

Los factores de riesgo del medio ambiente se estudian en:

- Materiales
- Estado de los Materiales
- Normalización de los materiales.

Conclusiones

- Este estudio coloca en evidencia que: los Jardines Infantiles (al menos los observados) presentan diferentes niveles de seguridad para la integridad física del menor. El mayor riesgo de accidentar se encuentra en la parte exterior de los establecimientos, entendiéndose por estos, los lugares físicos a los que tiene acceso el niño para diferentes actividades. Sin embargo, esto no significa que los lugares internos de los establecimientos (salas de clases, baños, etc.) estén exentos de riesgo.
- Los materiales didácticos utilizados por los párvulos están asociados a la ocurrencia de accidentes. La consistencia de ellos produce con alta frecuencia daño en los menores.
- La más alta frecuencia de accidentes de los menores ocurre en los lugares de expansión y recreación de los establecimientos.
- En relación al riesgo psicosocial al que está expuesto el párvulo, está asociado al conocimiento, percepción y actitud de los adultos responsables de los menores. Se observa una baja percepción de lo que constituye un factor material de riesgo. Esto se observa por el tipo, frecuencia y lugar de ocurrencia del accidente.
- La variable independiente factores de riesgos, nos explica el mayor porcentaje de los accidentes que afectan al párvulo, por lo que estos factores han sido precipitantes, aumentando la vulnerabilidad o riesgo en los niños.
- La variable independiente Componentes psicosociales, nos explica los factores predisponentes en la frecuencia de los accidentes, su tipo y ocurrencia, lo que se refleja en una baja percepción de riesgo, una falta de conocimiento de lo que es riesgo, y una actitud no preventiva de parte del adulto. Esto se observa por la existencia de evidentes factores de riesgo que no fueron modificados por los adultos durante el tiempo de observación y anterior a ésta.
- Otros aspectos que están directamente relacionados con las causas de los accidentes, es la relación existente entre auxiliar de párvulos y número de menores a cuidar, la que resulta insuficiente para un cuidado integral del menor y en las condiciones que fueron observadas.
- Los Jardines Infantiles estudiados presentan una alta prevalencia de accidentes, donde los factores del medio ambiente y los componentes psicosociales son los responsables. En el factor precipitante observamos materiales inadecuados, en mal estado y fuera de la normalización; en el factor predisponente encontramos un bajo nivel de conocimiento de riesgo, una baja percepción de riesgo y una actitud no preventiva; no obstante, los adultos entrevistados tenían una clara percepción de lo que constituye un accidente grave o leve.

Del estudio se puede sugerir que todos los factores de riesgo pueden ser modificados, esto quiere decir, controlados y disminuir con esto su potencialidad de constituir un factor precipitante de riesgo. En relación a los componentes sociales, la baja percepción de riesgo puede ser modificada, como asimismo su actitud no preventiva. Para los factores materiales debe constituir como una parte gravitante el estudio de la remodelación que considere los aspectos mencionados. Correspondería a la administración una función de supervisión y de elaborar una política de mantención de las infraestructuras. En relación a los componentes sociales, la baja percepción de riesgo y la actitud no preventiva puede ser modificada a través de cursos, seminarios y otros que estén orientados a la prevención de riesgos y que constituye el costo más bajo y a corto plazo.

TABLA Nº 1

PARADIGMA O MODELO DINAMICO UTILIZADO PARA ESTUDIAR FACTORES DE RIESGOS Y OCURRENCIA DE ACCIDENTES

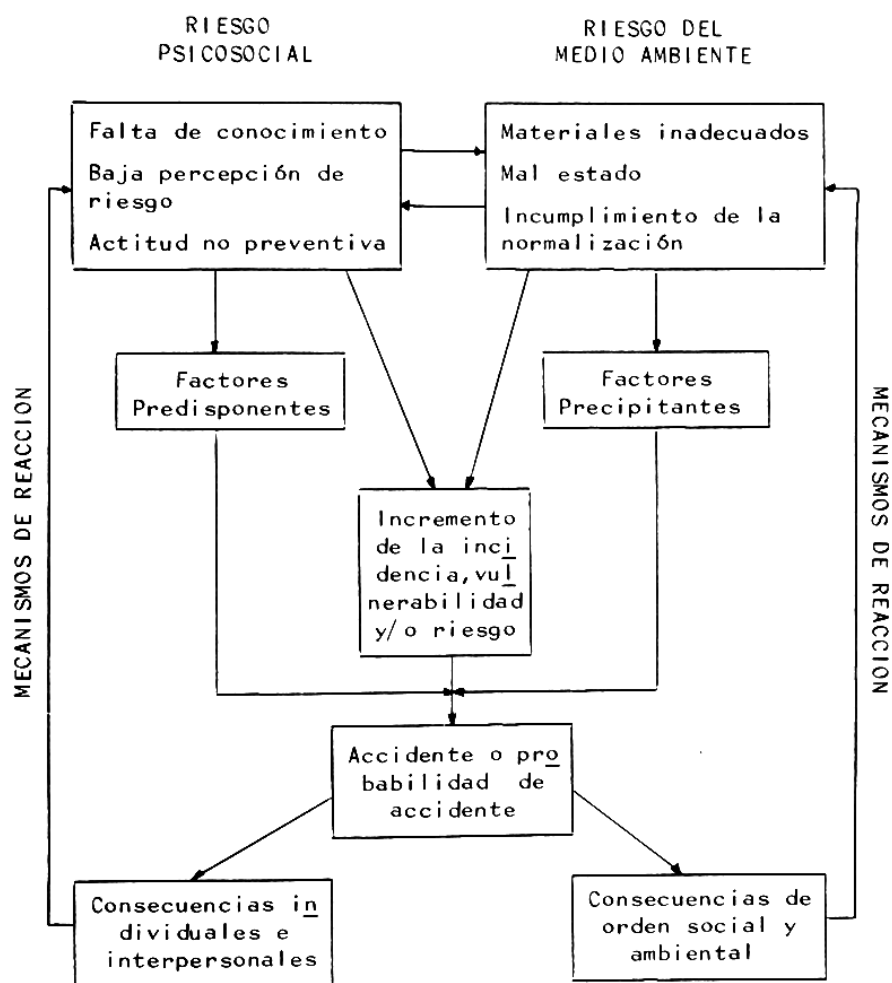
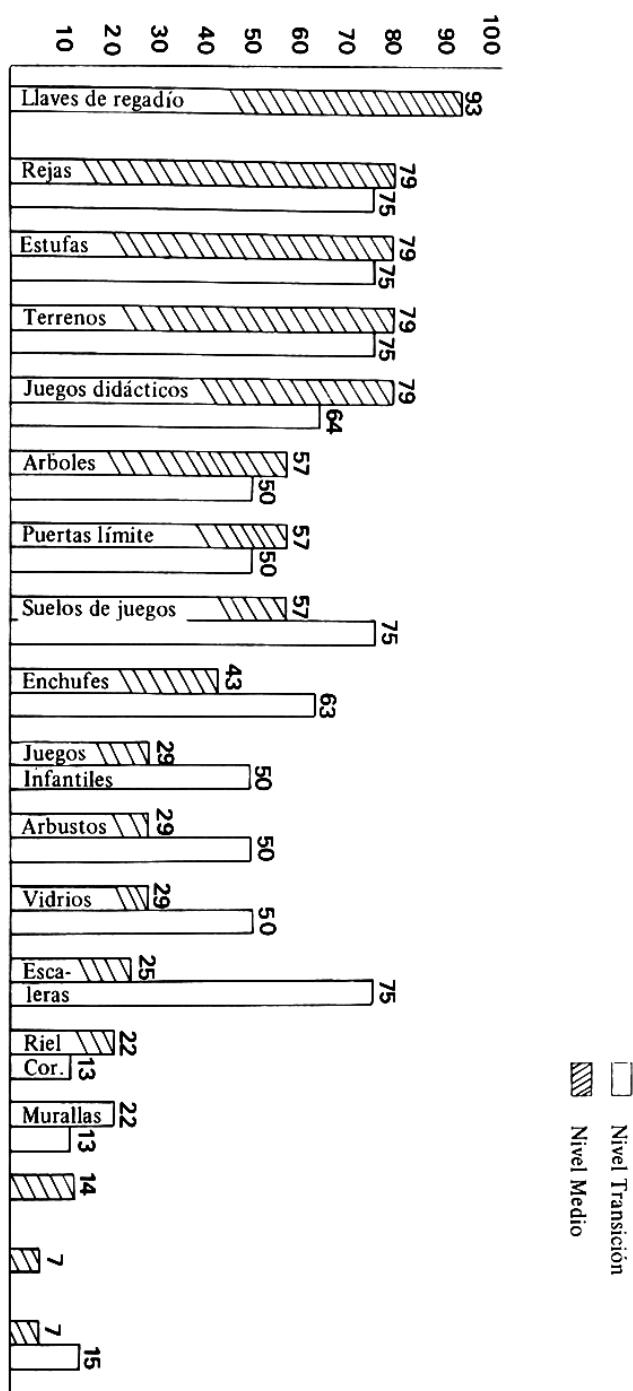


TABLA Nº 2

**OCURRENCIA DE ACCIDENTES EN SALA CUNA, NIVEL MEDIO Y DE TRANSICION.
(AGOSTO-OCTUBRE 1985)**

Accidentes por Diagnóstico	Nº	o/o
Fracturas de miembros superiores	5	15
Traumatismos encéfalo-craneanos	8	24
Luxaciones de miembros superiores e inferiores	9	27
Traumatismo cavidad torácica	3	10
Heridas extremidades superiores e inferiores	4	12
Heridas manos-cara	4	12
TOTAL	33	100

GRAFICO Nº 1
PERFIL DE RIESGOS POR FACTORES



134. TRAUMATISMO ENCEFALO CRANEANO EN NIÑOS: ANALISIS CLINICO EPIDEMIOLOGICO DE 962 CASOS EN UN SERVICIO DE URGENCIA

Drs. Fernando Torres, Walter Kaufmann, Srs. Alvaro Vadell, Alejandro Valderrama, Jaime Valverde
y Srta. Cecilia Weiss
(Depto. Pediatría y Cirugía Infantil Hospital Roberto del Río)

El Traumatismo Encefalo Craneano (TEC), constituye una consulta bastante frecuente en los Servicios de Urgencia Infantil que siempre involucra la idea de riesgo vital y de secuelas importantes. Con el objeto de reactualizar información respecto al tema, se realizó un estudio retrospectivo clínico-epidemiológico de los enfermos que ingresaron con este diagnóstico al Servicio de Urgencia del Hospital Roberto del Río durante el primer semestre de 1984.

Material y Método

Se revisó, retrospectivamente, el total de boletines (61.912) de los cuales 10.410 correspondían a consultas quirúrgicas, y de éstas, 962 tenían diagnóstico de TEC. Se analizó la distribución por edad, sexo, mecanismo de producción, intervalo entre accidente y consulta, síntomas y signos iniciales, lesiones asociadas, control previo a su destino y hospitalización.

Resultados

- El 9,20/o de las consultas quirúrgicas son por TEC (1,60/o del total de ingresos).
- El grupo más comprometido son los escolares (> de 6 años), con 38,70/o; le siguen los preescolares (2-6 años) con 36,50/o y destaca la alta frecuencia en los lactantes (< de 2 años) con 24,40/o.
- El sexo más afectado es el masculino (59,60/o).
- La causa más frecuente son las caídas (75,60/o), llegando en los de 2 años a un 90,70/o. Le sigue el atropellamiento (14,90/o), el que aumenta en los distintos grupos etarios, hasta llegar a un 22,70/o en los escolares.
- La consulta es precoz (< de 6 horas) en 75,10/o de los casos y sólo 10,90/o concurre pasadas las 24 horas.
- Los síntomas que se consignan con mayor frecuencia son los vómitos (250/o), compromiso de conciencia (9,30/o) y cefaleas (6,10/o). Las convulsiones se presentaron en 0,80/o (8 casos) y los signos de focalización en 0,30/o (3 casos).
- Las lesiones asociadas más frecuentes son las de tejidos blandos (85,50/o), fracturas extracraneanas (5,70/o) y sólo en 8 casos (4,40/o) se vio fracturas de cráneo.
- La mayoría de los pacientes egresan a su casa previa observación (940/o), constituyendo las hospitalizaciones el 60/o. Según grupo etario, se hospitaliza el 1,30/o de los lactantes, 60/o de los preescolares y 9,20/o de los escolares. De los varones se hospitaliza el 7,20/o y de las mujeres el 4,40/o.
- Dentro de los que fueron hospitalizados (58 casos), el 70,70/o son varones, siendo la causa predominante en este grupo (hospitalizados), las caídas (57,90/o) y los atropellamientos (39,70/o). El 13,80/o se hospitalizó de inmediato por presentar TEC clasificados como abierto.
- El período de observación que comprende el control médico, evaluación de signos vitales y signos neurológicos se extiende desde 45 minutos hasta 4 hrs., en el 79,50/o de los niños. Llama la atención que durante la observación no aparecen consignados en boletín los controles de signos vitales en un 450/o de ellos.

Conclusiones

- El TEC representa un porcentaje importante de las consultas quirúrgicas, lo que hace necesaria una adecuada preparación del equipo médico.
- Es fundamental una observación clínica rigurosa. La gran mayoría de los pacientes evoluciona en forma satisfactoria, pero un porcentaje importante requiere hospitalización.
- El sexo masculino es más afectado, probablemente por su mayor exposición a riesgos.

- Los < de 2 años fueron menos afectados, lo que podría explicarse por su mejor tolerancia al traumatismo dadas sus particulares características anatomofisiológicas y señalando, además, que su exposición a riesgos es menor.
- La causa más frecuente del TEC es la caída, seguida del atropellamiento, el que aumenta sistemáticamente con la edad.
- El diagnóstico se basa en el antecedente traumático, al que se agrega con mayor frecuencia el compromiso de conciencia y vómitos.

Creemos necesario que se establezcan normas sistematizadas en cuanto a la apreciación de síntomas y signos clínicos en el período de observación de estos pacientes, por el insuficiente registro que de ellos se aprecia en los boletines de ingreso.

TABLA Nº 1

**TEC EN NIÑOS. DISTRIBUCION POR GRUPOS ETARIOS Y SEXO.
SERVICIO DE URGENCIA, HOSPITAL ROBERTO DEL RIO, 1984**

Grupo Etario	Masculino	Femenino	Total	
	Nº	Nº	Nº	o/o
0 — 1 años	122	113	235	24,6
2 — 5 años	211	138	349	36,6
6 — 11 años	178	99	277	29,0
12 o más años	66	28	94	9,8
TOTAL	577	378	955	100,0

TABLA Nº 2

CAUSAS DE TEC EN NIÑOS. DISTRIBUCION POR EDAD, 1er. SEMESTRE 1984

Causas	E d a d (a ñ o s)				T o t a l	
	0-2	2-6	6-12	12 ó +	Nº	o/o
Caída	127	151	119	40	437	75,6
Atropellamiento	6	24	41	15	86	14,9
Colisión	3	3	9	2	17	2,9
Golpe Objeto contundente	4	11	14	8	37	6,4
Otros	0	0	1	0	1	0,0
* No consignado	92	164	96	26	378	—
TOTAL	232	353	280	91	956	100,0

* No se tomó en cuenta para sacar los porcentajes.

135. TRAUMATISMOS DENTO MAXILO-FACIALES EN NIÑOS

Drs. Silvia Mella, Rodrigo Montagna, Mario Navarro y Juan Pablo Díaz
(Facultades de Odontología y de Medicina, Universidad de Chile)

Tradicionalmente los programas preventivos y de educación comunitaria en Odontología, se han enfocado a Caries, Enfermedad Periodontal y Anomalías Dento maxilo-faciales. El grupo etario a quienes se han dirigido estos programas, han sido mayoritariamente los menores de 15 años.

Existen muy pocos estudios dirigidos a prevenir o controlar los accidentes en el sistema estomatognático en los niños, a pesar de que su incidencia es alta.

Algunos estudios epidemiológicos han evidenciado que en el total de accidentes, un 400/o compromete el macizo maxilo-facial.

El autor inicia una línea de investigación descriptiva para reconocer las variables que influyen y que puedan ser prevenidas o controladas.

Este tipo de lesiones muchas veces deja secuelas que comprometen la esfera psíquica de los menores.

Su tratamiento requiere de profesionales especializados y es, generalmente, de alto costo y la rehabilitación es larga.

Colaboran 3 alumnos de IV año de la carrera de Medicina, Sede Norte de la Universidad de Chile, pues, luego del curso de Traumatología, se han interesado en este campo. Además, se trata de motivar a estos futuros profesionales, ya que muchas veces estos pacientes deben ser tratados por un equipo de médicos y odontólogos especialistas.

Sucede que en lugares apartados, serán los médicos quienes brindarán la atención de urgencia, si no existe el recurso humano Odontológico, y deben orientar a estos enfermos para su posterior rehabilitación.

Objetivo General

Describir y cuantificar los accidentes y violencias que comprometen el macizo maxilo-facial en los niños que fueron atendidos en el Servicio Dental de Urgencia del Hospital Roberto del Río, durante 1986.

Objetivos específicos

En los niños accidentados, describir los accidentes y violencias Dento maxilo-faciales.

- magnitud y frecuencia
- distribución en relación a:
 - edad
 - sexo
 - agente causal (acciones riesgosas y condiciones inseguras)
 - lugar del accidente:
 - casa y lugar en ella
 - escuela
 - calle
 - otro
- tiempo que demoran en consultar
- gravedad de la lesión
- día de ocurrencia
- hora
- variación estacional
- implicancias legales

136. ANALISIS DE LAS CREENCIAS POPULARES ACERCA DE LA ENFERMEDAD MENTAL

Enf. Norma Orellana y Ludgarda Moyano
(Universidad de Antofagasta y Servicio de Psiquiatría, Hospital de Antofagasta)

Es de competencia de la Enfermera promover conductas de cambio de las personas a fin de lograr la salud o estabilizar la enfermedad.

Cuando la situación se relaciona con trastornos mentales, generalmente se ve rodeada de ideas populares que afectan las acciones de la salud (por ej., pacientes que abandonan el tratamiento de neurolepticos de depósito por indicación de los "hermanitos").

Este hecho plantea un desafío para las acciones de enfermería, y es así como requiere de las Ciencias Sociales para conocer los valores culturales de la comunidad, a fin de orientar soluciones concordantes.

La necesidad de conocer diferencias sub-culturales, tiene como objeto mejorar la relación con el enfermo y su familia y actuar sin impedimentos en las acciones de la medicina científica. Esta consideración es especialmente válida en nuestro medio, ya que los profesionales de la salud provienen preferentemente de estratos sub-culturales diferentes a los de los usuarios.

Se plantea este estudio con el objeto de identificar las creencias respecto a causas, tratamientos y modos de evitar los trastornos mentales que poseen los familiares de enfermos mentales y confrontarlas con el modelo del Servicio de Salud.

Metodología

Se entrevistó a los familiares de los enfermos hospitalizados en el Servicio de Psiquiatría de Antofagasta, durante el mes de Agosto de 1985. Se consideró a las personas que visitan habitualmente al enfermo y tienen la tuición de éste, y un solo miembro de la familia por cada enfermo.

Se constituyó un grupo de estudio de 21 personas, a las que se les aplicó una entrevista estructurada.

El análisis de datos descriptivos se realizó con estadísticas básicas.

Para el análisis sociocultural se comparó los modelos culturales de la medicina en Chile, según el Profesor J. Marconi, con el modelo Medicina Científica, y el popular chileno.

Resultados

El grupo de estudio estuvo constituido por personas mayores (\bar{X} 49,5 años) y predominó el sexo femenino. La mayoría procede de Antofagasta (15).

Con respecto a la instrucción de las personas, la mayoría cuenta con enseñanza básica (12), y entre el resto cuentan personas de distinto nivel educacional.

El parentesco de los entrevistados con el enfermo, está dado por los padres (10) y hermanos (8).

La distribución de la patología más frecuente está dada por la E.Q.Z. (13) y de éstas, 7 son crónicas.

Los familiares indican como causa principal de la psicosis, los "traumas" (6) y en segundo lugar la "inadaptación" (5).

Con respecto a las formas de tratamiento, la mayoría usa el medicamentoso más otros elementos (14); y tratamiento médico exclusivo (5).

Acercas de los modos de evitar la enfermedad, señalan: "nada" (8)* y formas populares (3) constituidas por espiritismo, mandas y rezos.

Conclusiones

El trabajo demuestra cómo la mayoría de las creencias respecto a la etiología de la enfermedad mental está de acuerdo con el modelo de medicina popular, y por ello sus formas de tratamiento tienden a recurrir a prácticas populares.

A este respecto ocurre que se presenta una persistente fijeza de conceptos, con "resistencia al cambio" frente a la educación sanitaria, tal como lo señala María E. Grebe en su trabajo sobre enfermedades populares en Chile.

Por lo anterior es que se recomienda un cambio de metodología en la educación de los familiares, en que se considere al grupo como estrategia de aprendizaje, ya que éste tiene mayor poder de modificar la conducta de las personas.

TABLA Nº 1

**CREENCIAS EN RELACION A PRINCIPALES CAUSAS QUE PROVOCARON
LA PSICOSIS EN LOS ENFERMOS SEGUN SUS FAMILIARES
ANTOFAGASTA, 1985**

Modelo de Medicina	Creencias	Nº
Popular	"Traumas"	6
	-- Debilidad	3
	-- Varias	3
Científico	Inadaptación	5
No saben		4

TABLA Nº 2

**FORMAS DE TRATAMIENTO Y PREVENCIÓN DE PSICOSIS
SEGUN FAMILIARES DE ENFERMOS MENTALES**

Formas de tratamiento	Nº	Nº	Formas de prevención
Tratamiento médico exclusivo	5	5	Sólo médico
Tratamiento médico más elementos del mundo sobrenatural	14	3 3 2	Sahumerio Rezos No saben
Nada	2	8	Nada (*)

* De aquellos que indican que no se puede prevenir con "NADA", en (3) casos usaron formas populares de tratamiento con su enfermo.

137. EL ALUMNO UNIVERSITARIO COMO AGENTE DE SALUD MENTAL

Ps. Heliette Saint Jean y Edith Asriel y Enf. Silvia Suárez
(Escuela de Salud Pública, Facultad de Medicina, Universidad de Chile y Depto. Enfermería.
División Ciencias Médicas Sur)

Este trabajo pretende mostrar que el alumno universitario, al ingresar a la Universidad, trae consigo inquietudes, recursos y capacidades; muchas veces éstas no alcanzan a expresarse plenamente en las aulas, porque el sistema docente enfatiza en los primeros años los aspectos teóricos y básicos de las Carreras. De este modo no hay cabida para el entusiasmo, la energía y creatividad característica de los jóvenes, por el interés de ser útiles, resolver problemas y llevar a cabo acciones concretas en beneficio de sus congéneros; en suma, aquellos rasgos que están en la base de su elección por las Carreras de la Salud.

Por lo tanto, esta experiencia docente que vamos a entregar está basada en el conocimiento de la juventud, su generosidad y capacidad de asumir responsabilidades cuando se les da la oportunidad.

Introducción

El presente trabajo trata de una experiencia docente efectuada por los alumnos del primer año de Enfermería durante el segundo semestre de 1981, en el contexto teórico de la asignatura de Psicología Evolutiva y basado en el Programa de Estimulación Temprana (P.E.T.) En él, los alumnos llevan a cabo una labor de prevención primaria del retardo del desarrollo mediante una acción de observación del niño recién nacido y de capacitación de madres.

Esta experiencia pretende cumplir finalidades pedagógicas, como: conocer algunos aspectos de la realidad nacional, entrar en contacto con la población que van a tener que servir profesionalmente en el futuro, aplicar en la práctica conocimientos teóricos, cambiar un rol pasivo en activo, etc. Pensamos que ésta es una situación de aprendizaje que les permite aprender a enfrentar problemas desplegando sus recursos, capacidades e iniciativas individuales.

Además, se pretende comprobar si el alumno de Enfermería puede actuar como agente docente de Salud Mental a nivel de la población atendida por los Consultorios Periféricos, e integrarse precozmente en los problemas de la comunidad, lo que trae como efecto secundario un apoyo a la cobertura de atención primaria del recién nacido.

Frente a este programa docente, existen dudas y reticencias, entre las que se plantea que los alumnos, por estar recién ingresados, carecen de la experiencia y conocimientos necesarios; que son demasiado jóvenes para enfrentar mujeres adultas; que no están capacitados para soportar situaciones dramáticas (marginalidad) o un medio que puede ser hostil y/o deprimente.

Además, sería un riesgo entregar la responsabilidad del desarrollo de un niño a manos inexpertas; y, por último, se argumenta que por ser éste un Programa de Atención a cargo del Ministerio de Salud, sería innecesaria la participación de los alumnos. Reconociendo que estas dudas pueden ser reales, se dio curso al programa.

Los objetivos de este trabajo son:

1. Someter al alumno a una experiencia de aprendizaje en su rol profesional, actuando como agente de salud, promoviendo el desarrollo psicomotor y previniendo el retardo del niño recién nacido.
2. Capacitación de las madres para que asuman su función natural y se interesen y participen en el desarrollo integral de su niño (aspectos cognitivos, motores y afectivos).
3. Favorecer la autoformación del alumno, permitiendo la manifestación de iniciativas y creatividad frente a situaciones de interacción con madres de nivel socio-económico bajo.
4. Se espera que el alumno adquiera un compromiso afectivo, serio y responsable con la madre y el niño, y pueda evaluar la eficacia de su acción en el período programado.

Este trabajo se realizó en trece Consultorios Periféricos del Área Metropolitana y participaron docentes enfermeras de las diferentes Divisiones de la Facultad de Medicina. La muestra quedó constituida por un total de 96 recién nacidos menores de 45 días (46 mujeres y 50 hombres), sus madres y familiares. El trabajo fue llevado a cabo por 104 alumnos de 1er. año de Enfermería (Tabla 1).

Con las docentes que voluntariamente se interesaron en participar, se realizaron charlas y reuniones para homogenizar criterios y procedimientos del Programa de Estimulación Temprana. En esta asignatura, las autoras, con la colaboración de las Psicólogas M. Depetris y V. Espínola, entregaron conocimientos básicos, profundizando el período de 0 a 2 años.

La docente enfermera seleccionó el consultorio y fijó el número de alumnos, en función de su tiempo personal y considerando no perturbar los programas que se desarrollan en el consultorio con la presencia de los alumnos. Se prefirió a la madre primípara para disminuir la probabilidad de conocer el programa (P.E.T.).

Secuencia del Programa:

1. Se programó visita de los alumnos al consultorio con la docente encargada, para presenciar el procedimiento en la manipulación del recién nacido y aplicar una Pauta de Observación del desarrollo.
2. Se preparó al alumno para las entrevistas con la madre y el niño y las visitas domiciliarias. Se sintetizó información sobre las actividades a realizar, con la indicación de fabricar material didáctico a ser entregado a la madre. Paralelamente, se proporcionó al alumno instructivos y pautas, así como instrucciones para la elaboración de los informes escritos en base a un esquema semiestructurado.
3. Se indicó administrar, además, una Encuesta de Antecedentes del recién nacido, sus padres, y factores contribuyentes a las alteraciones del desarrollo psicomotor. También se adaptó el (HOME) y se solicitó al alumno un informe por cada entrevista con la madre y el niño.

Resultados

Es importante señalar que en el análisis de los resultados, se incluyen datos que fueron consignados y destacados espontáneamente por los alumnos, de modo que si no aparece registrado algún indicador, no se excluye la posibilidad de la presencia de dicho indicador.

Antecedentes del recién nacido y los padres:

De las 96 madres, 49 eran primíparas. El peso de nacimiento oscila entre 1,600 Kg y 4,800 Kg. con un promedio total de 3.356 Kg. Hay seis niños cuyo peso de nacimiento fue inferior a los 2,500 Kg.

En los antecedentes de embarazo y parto, aparece embarazo no deseado en un 9,40/o. La calidad del embarazo presenta un 440/o de normalidad y 340/o de problemas durante el embarazo (golpes, caídas, enfermedades, pérdida de sangre, etc.). En cuanto a la duración, un 7,30/o presentó un período de gestación inferior a los 8 meses. La calidad del parto consignó 550/o normal, 30/o placenta previa, 80/o ruptura de membrana, 80/o maniobras instrumentales, 80/o de más de una de estas categorías y 160/o de cesáreas.

Los antecedentes de los padres dan: un promedio de edad de madres de 25 años, con una dispersión de 15 a 41 años (4 son menores de 16 años). El promedio de edad de los padres fue de 28 años, con una dispersión de 17 a 49 años. Estos datos están influenciados por el hecho que la mitad de las madres son primíparas.

El nivel educacional de ambos padres presenta un 1,60/o de analfabetismo y un 30/o que sólo lee. Un 21,40/o presenta educación básica incompleta, 12,50/o básica completa, 11,50/o media completa y un 20/o con estudios superiores.

El estado civil de las madres se distribuye en 770/o que se declaran casadas, 180/o solteras, 50/o convivientes. Número de hijos presenta un 510/o de primíparas, 290/o con 2 ó 3 hijos, 140/o con 4 ó 5 hijos, y un 30/o con más de 5 hijos. En cuanto a hijos fallecidos o pérdidas durante el embarazo, un 730/o no presenta ninguno, un 140/o ha perdido uno, un 60/o, dos, y un 70/o, tres o cuatro. Un 770/o de las madres dice trabajar en casa.

En cuanto al ambiente domiciliario, fue considerado con recursos económicos adecuados en un 360/o, y limitados en un 160/o. Un 180/o de las madres vive en condición de allegada.

La función de los alumnos, capacitar a la madre en el cuidado de la salud y salud mental del niño, incluyó conocimientos, procedimientos de estimulación, evaluación de desarrollo psicomotor y cuidados generales.

La interacción madre-alumno, actitud de la madre frente al programa, comprensión de los objetivos, participación del padre y familiares, difusión del programa, críticas y dificultades expresadas por el alumno, además de sugerencias y comentarios, fueron las categorías con que se evaluó el programa.

TABLA Nº 1
DISTRIBUCION DE DOCENTES, ALUMNOS Y RECIEN NACIDOS
SEGUN AREA Y CONSULTORIO

Area	Consultorio	Docente	Nº Alumnos	Nº Recién Nacidos
Norte	L. Sierra	L. Derio	6	6
	Quinta Buin	E. Peña	5	5
	Independencia	X. Valero	4	4
	Independencia	E. Wetts	4	4
Sur	La Feria	S. Campano	4	4
	Dávila	R. Gersenzweig	5	5
	San Joaquín	A. González	3	3
	J. Goulart	R. Venegas	6	6
Oriente	La Faena	I. González	9	9
	La Faena	O. Dinamarca	10	9
	M. Montt	E. Galdamez	9	9
	S. Bustos	A. San Miguel	10	10
	La Reina	N. Valladares	8	8
	Rep. del Uruguay	X. Ferrer y A.M. Rojo	15	8
Central	Consultorio Nº 1	M.T. Sabiancellos	6	6
T.T.	4	13	16	104
				96

138. PREVALENCIA DE LA PATOLOGÍA DEL SUEÑO-VIGILIA EN UNA POBLACIÓN LABORAL

Drs. Enrique Cancec, Aída Kirschbaum y Arlene Jacial
(Escuela de Salud Pública, Facultad de Medicina, Universidad de Chile)

La eficiencia del individuo en su trabajo y en sus realizaciones depende, en parte muy importante, de las características del proceso Sueño-Vigilia, y de su patología. Los rendimientos intelectuales, y especialmente la memoria y el aprendizaje, la fuerza y coordinación muscular o de movimientos, la más alta capacidad creativa, y la más adaptada disposición emocional, están influidas de manera trascendental por el proceso Sueño-Vigilia. Asimismo, numerosas patologías físicas y psíquicas pueden detectarse explorando las características del Sueño-Vigilia y beneficiarse mediante tratamientos aplicados a este proceso.

Por otra parte, el consumo anual de hipnóticos y psicofármacos usados para promover el sueño, ha aumentado enormemente debido a la frecuencia de los cuadros de angustia y depresión, de los problemas cardíacos, broncopulmonares y de las patologías dolorosas que determinan un aumento de la magnitud de los trastornos del sueño.

En la población no se conoce la prevalencia de los diversos modelos normales descritos sobre la organización cíclica del proceso Sueño-Vigilia. Con respecto a la patología de este proceso, existen algunos estudios masivos sobre el problema en Estados Unidos, Israel, Unión Soviética, Inglaterra, Suecia, Japón, Alemania, Francia y otros.

De aquí nuestro propósito, que consiste en determinar la prevalencia de la Patología del Sueño-Vigilia en una población laboral.

Material y Método

El material está constituido por el universo de los funcionarios de una institución estatal de Salud Pública que corresponde a 577 personas, en 1985. La unidad de análisis es el funcionario de dicha institución.

La información fue recogida en un formulario precodificado, validado por 4 expertos y sometido a experiencia piloto. Se citó a los funcionarios por grupos para una entrevista y a los inasistentes se reiteró la citación hasta 3 veces, después de la cual fueron visitados personalmente en la unidad laboral o en el hogar.

Se repitió la entrevista cuando se encontraron vacíos y/o inconsistencias, como también el 100/o de los encuestados para verificar la consistencia.

Se codificaron las respuestas, vaciando la totalidad de los códigos a formularios de digitación. La tabulación y la estadística de los datos fueron procesados a través del Método Computacional.

Resultados

Se obtuvieron 532 encuestas completas cuyos resultados se presentan en la Tabla 1.

La población analizada presentó la patología de emitir ronquidos frecuentemente en 140/o. Con menos frecuencia, en 350/o más.

El Sonambulismo se presentó en 3,40/o de la población.

La Somnolencia se observó en 440/o de la población estudiada.

El Brucismo se observó en 290/o de la población.

La Enuresis en el período infantil fue declarada por el 410/o de la población estudiada, y el 7,50/o la presentaba frecuentemente.

La Enuresis actual la presenta el 60/o de la población estudiada.

El Priapismo, con diferentes grados de frecuencia, fue declarado por el 290/o de la población (72 funcionarios de 233 empleados varones de la institución estudiada).

La Hipersomnia se presenta en 760/o de la población estudiada; en 160/o es frecuente.

La Somnolencia fue declarada por el 910/o de la población, y 150/o la presenta frecuentemente.

El Insomnio de Conciliación fue declarado por el 720/o de los funcionarios y frecuentemente por el 120/o.

El Insomnio de Despertar Precoz fue declarada por el 910/o de los funcionarios y frecuentemente por el 400/o.

Declaró sufrir pesadillas el 810/o de la población laboral, y 100/o en forma frecuente.

La ingesta de fármacos facilitadores del dormir es practicada por el 29,40/o de la población laboral, con 5,50/o que los ingiere frecuentemente.

Comentarios

El Ronquido que hemos definido como sonido producido por la respiración inspiratoria durante el sueño, debido a vibraciones del paladar blando y pilares de la cavidad orofaríngea, en muchos roncadors se debe a una obstrucción incompleta de la vía aérea superior y pueden desarrollar una forma de apnea obstructiva del sueño.

El Sonambulismo, definido como el caminar dormido, consiste en una secuencia de conducta compleja que es iniciada en el primer tercio de la noche durante el NREM profundo etapa III y IV del sueño, y frecuentemente, aunque no siempre, sin total conciencia o memoria después del episodio, para dejar la cama y caminar. Se asocia a otras patologías del sueño, como enuresis y terrores nocturnos, con historia previa de desórdenes convulsivos, e infecciones y traumas del SNC. En ancianos se encuentra asociado a demencia.

La Somniloquia es el hablar durante el sueño; ocurre en la etapa REMS, a veces corresponde a la manifestación de un discurso de un sueño, o puede ser durante el curso de arausales transitorios del NREM o de otras etapas. No habría conciencia total y no queda recuerdo del evento.

El Brucismo es una condición por la cual un modelo rítmico de actividad del músculo masticatorio provoca un contacto firme de la mandíbula superior con la inferior, a menudo acompañado por un áspero sonido tintineante; los episodios ocurren primariamente en NRM etapa II, y en la etapa de transición. Ellos son registrados como descargas en el EEG y no se relacionan con vivencias o algún contenido mental específico. El paciente no se da cuenta del tintineo y raramente es despertado por él. Es una causa importante de discordia marital por la dificultad del cónyuge para acomodarse al desagradable sonido.

La Enuresis asociada al dormir, es una condición caracterizada por la micción involuntaria que comienza generalmente durante el sueño NREM profundo en un individuo que tiene o podría tener en vigilia control voluntario sobre la vejiga. Mojar la cama después de los 3 años se considera un desorden enurético.

El Priapismo o Tumescencia peneana es el endurecimiento y expansión del pene: erección peneana, asociada a disfunciones sexuales como impotencia y patología prostática e infecciones urinarias.

Hipersomnia es el sueño excesivo o prolongado, a veces asociado con dificultades en el despertar o sueño de borrachera. Puede asociarse a respuestas posteriores al efecto de estimulantes y en otras adicciones se acompaña de cefaleas, náuseas, migrañas y mioclonias nocturnas.

Somnolencia es la dificultad para mantener la vigilia, el paciente se queja de irritabilidad y excesiva somnolencia diurna; se asocia a la ingesta de alcohol o drogas, apneas nocturnas, alteraciones broncopulmonares, terrores nocturnos, síndrome de piernas inquietas y sueño de borrachera.

Insomnio del despertar precoz o despertar matinal prematuro, es el despertar temprano del período de sueño, debido a la incapacidad para retener el sueño después del último despertar, conlleva una falta de duración adecuada de sueño, debido al despertar precoz y varios despertares en la noche, y es típico en individuos depresivos. Se acompaña comúnmente de ansiedad, depresión o exceso de trabajo.

Insomnio de conciliación o demora en las fases del sueño, se acompaña con frecuencia de enfermedades orgánicas que pueden ser gastrointestinales, cardíacas, respiratorias u otras.

Pesadillas son ataques de ansiedad en el sueño que se asocian a estados neuróticos angustiosos, hiperemotividad y traumas psíquicos, y concordancia con los grados de tensión del día.

La ingesta de fármacos facilitadores del dormir, no mejora la calidad subjetiva del sueño ni tampoco la objetiva, la vida media de ellos es larga y provocan somnolencia diurna y sensación de pesadez. Los efectos de rebote también son necesarios de considerar entre ellos y los efectos laterales, la latencia del sueño y la dependencia.

TABLA Nº 1

PATOLOGIA DEL SUEÑO—VIGILIA SEGUN GRADOS

Patología	G R A D O S											
	Nunca		Casi Nunca		A veces		Frecuentemente		No sabe		Total	
	Nº	o/o	Nº	o/o	Nº	o/o	Nº	o/o	Nº	o/o	Nº	o/o
Roncar	168	31,6	45	8,5	145	27,3	74	13,9	100	18,8	532	100
Sonambulismo	488	91,7	7	1,3	10	1,9	1	0,2	26	4,9	532	100
Somniloquia	211	39,7	51	9,6	150	28,2	35	6,6	85	16,0	532	100
Bruxismo	306	57,5	31	5,8	88	16,5	37	7,0	70	13,2	532	100
Enuresis Infantil	236	44,4	67	12,6	112	21,1	40	7,5	77	14,5	532	100
Enuresis actual	498	93,6	13	2,4	13	2,4	6	1,1	2	0,4	532	100
Priapismo	161	69,1	35	15,0	28	12,0	4	1,7	5	2,1	299	100
Hipersomnia	128	24,1	120	22,6	198	37,2	86	16,2	—	—	532	100
Insomnio de conciliación	147	27,6	131	24,6	191	35,9	63	11,8	—	—	532	100
Insomnio del Despertar Precoz	44	8,3	171	32,1	104	19,5	212	39,8	1	0,2	532	100
Pesadillas	52	9,8	140	26,3	268	50,4	52	9,8	—	—	512	100
Somnolencia	64	12,8	80	15,0	310	61,1	78	14,7	—	—	532	100

TABLA Nº 2**INGESTA DE FARMACOS FACILITADORES DEL DORMIR**

	Nº	o/o
Nunca	376	70,7
Casi nunca	53	10,0
A veces	74	13,8
Frecuentemente	29	5,5
TOTAL	532	100,0

139. DESCRIPCIÓN COMPARATIVA DE LAS CARACTERÍSTICAS DE USUARIOS DE SUSTANCIAS QUÍMICAS Y DEL TOTAL DE CONSULTANTES EN EL CENTRO DE ADOLESCENTES DE LA REINA

Srta. María Elena Jáuregui, Gloria Reyes, Sandra Cepeda, Drs. César Jara y Ramón Florenzano
(Centro de Adolescencia de La Reina, División Ciencias Médicas Oriente, Facultad de Medicina,
Universidad de Chile)

El consumo de sustancias químicas entre adolescentes ha aumentado en los últimos quince años en Chile, de acuerdo a diferentes estudios epidemiológicos (Florenzano, 1979; Pallavicini y Legarreta, 1982; Alvarado, Oberreuter y Cols. 1980). Esto ha llevado a la organización de centros de tratamiento y rehabilitación y/o centros de atención de adolescentes a nivel de los sistemas municipales. Uno de éstos es el Centro de Tratamiento de Adolescentes de La Reina, en operación desde 1984. En éste labora un equipo técnico conformado por psiquiatra, psicólogo, asistente social, orientadora familiar y terapeuta ocupacional, además de la asesoría de un médico general/familiar.

En un estudio anterior se estudió la estructura de la morbilidad consultante en este centro, y se señaló cómo el 180/o de los consultantes presentaban desorden por abuso de sustancias. La presente comunicación compara las características biodemográficas, psicopatológicas y psicosociales de los 44 sujetos que presentaron este diagnóstico, con los 25 restantes, que tenían otros motivos para pedir ayuda al centro.

Al comparar ambos grupos, los usuarios de drogas tenían en promedio, mayor edad; eran con más frecuencia de sexo masculino (75 vs 51,30/o), y tenían, nuevamente en promedio, menor escolaridad. Antes de consultar, el stress desencadenante era de mayor intensidad entre los usuarios de drogas, quienes además provenían de familias más disfuncionales y practicaban menos deportes que los controles. El consumo de alcohol y tabaco era también mayor entre los usuarios de drogas que entre los controles: el 50,40/o de los primeros consumía alcohol, vs. 30,80/o de los controles. Para uso de tabaco encontramos cifras semejantes (54,8 vs. 34,10/o). El antecedente de intoxicación etílica era también mayor entre los usuarios (9,1 vs. 0,40/o). El consumo de alcohol era semejante para los padres en ambos grupos, pero mayor entre las madres de los usuarios (51,4 vs. 39,30/o).

140. EXPERIENCIA DE CREACIÓN DE 3 CENTROS DE SALUD MENTAL COMUNITARIOS INTERSECTORIALES EN EL SERVICIO DE SALUD METROPOLITANO SUR ORIENTE

Drs. Edgardo Thumala, Raúl Olivares, Hannah Bitran y Loreto Alzamora y Sra. Mercedes Contreras
(Dirección de Atención Primaria, S.S.M. Sur Oriente)

En nuestro país los programas de Salud Mental de las instituciones públicas no han seguido una política gubernamental coherente y sistemática. Esto ha llevado no sólo a una inadecuada distribución de recursos, sino también a la necesidad de que los grupos locales implementen sus propias alternativas y modelos de acción. En los últimos quince años, los más interesantes en este sentido han sido el Programa de Salud Mental intentado en el Área Sur de Santiago y Servicio de Salud Metropolitano Sur y el Programa de Salud Mental del Servicio de Salud Metropolitano Oriente.

Más recientemente, con posterioridad a la creación Nacional de Drogas, la Intendencia Metropolitana ha intentado la puesta en marcha de otro programa que incluye la creación de Unidades de Salud Mental en cada Municipio de la Región, destinadas a la prevención, tratamiento y rehabilitación de la drogadicción juvenil.

El Servicio de Salud Metropolitano Sur-Oriente, que venía trabajando ya en algunos proyectos intersectoriales previos y, en relación tanto con la insuficiencia de recursos, así como asumiendo la complejidad de los factores que intervienen en la Salud Mental de una comunidad, diseñó en 1983 un proyecto que contempló la creación de un Centro de Salud Mental Comunitario intersectorial en conjunto con profesionales del Departamento de Acción Social de la Ilustre Municipalidad de La Florida, a través del Comité de Acción Social (CAS). Se pudo así aunar recursos y el interés de la Municipalidad en la prevención, tratamiento y rehabilitación de jóvenes drogadictos, con el interés del Sector Salud de prevenir y tratar los problemas de Salud Mental en todos sus grupos beneficiarios. Posteriormente se crearon Centros similares en conjunto, uno con las Municipalidades de La Granja, San Ramón y La Pintana y, más tarde, otro con la Ilustre Municipalidad de San José de Maipo.

Tales Centros, que dependen administrativa y operativamente de la Dirección de Atención Primaria del S.S.M.S.O., definen sus políticas de acción a través de un comité coordinador, en el cual están representados los respectivos municipios y salud. En la actualidad realizan programas sobre bases comunes, cuyas acciones pueden desglosarse en:

- Acciones de prevención primaria: alrededor de un 50% del tiempo de trabajo profesional directo (horas totales disponibles, horas de administración y capacitación), es orientada en este sentido, colocándose especial énfasis en el trabajo de capacitación y asesoría al sector Educación y al Nivel Primario de Salud, intentándose la mantención de esta asesoría continua con los grupos capacitados. Junto a esto se realizan acciones con diversos grupos de la comunidad relacionados con instituciones gubernamentales (juntas de vecinos, Fundación de Ayuda a la Comunidad, etc.), o a otros organismos no estatales.
- Prevención Secundaria: se reciben niños y adultos referidos desde el nivel primario (consultorios y establecimientos escolares) aceptando la consulta espontánea sólo de adolescentes. Se efectúa recepción múltiple o individual, adoptándose posteriormente algunas de las distintas modalidades de tratamiento (psicoterapia individual, grupal, familiar, farmacológica o terapia ocupacional) o se refiere con indicaciones a su lugar de origen. Eventualmente, un caso puede ser enviado al Nivel Terciario (Hospital Sanatorio El Peral).
- Prevención Terciaria: existe una unidad de rehabilitación en dos de esos centros, con actividades de terapia ocupacional que se engranan con la labor de reinserción social efectuada por las trabajadoras sociales.

Luego de más de un año de funcionamiento creemos que esta experiencia constituye una actividad replicable de trabajo o intersectorial, surgida de condiciones comunes existentes en la Región Metropolitana, tanto en los aspectos institucionales y administrativos, como de recursos humanos. Representa un intento de integración del modelo de pensamiento biomédico con el psicosocial, que es necesario evaluar no sólo desde una perspectiva administrativa y médica, sino también como acción social.

141. SALUD MENTAL EN SITUACIONES DE DESASTRES NATURALES

Drs. Luis Caris, Eduardo Medina, Marcelle Jacob y Simeón Rizo
(Hospital Psiquiátrico "Dr. José Horwitz Barak" y Escuela de Salud Pública, Facultad de Medicina,
Universidad de Chile)

Se considera desastre natural a la irrupción brusca, importante y masiva de fuerzas naturales momentáneamente fuera del control del hombre, las que afectan gravemente la vida y los bienes de comunidades completas, con desestructuración grave de su sistema social. Sus causas son poco conocidas y por ello poco o nada manejables anticipadamente; sus efectos, además, por el súbito comienzo, tampoco son precisables de inmediato. Son desastres naturales los terremotos, los maremotos, las inundaciones, las sequías, las erupciones volcánicas, etc.

Todos los sobrevivientes, incluso cuando no hayan sufrido efectos negativos directos o indirectos, usualmente presentan variadas reacciones psicológicas individuales.

El curso espontáneo de este tipo de acontecimientos pueden dividirse en dos períodos llamados de impacto o choque y post-traumático. La reacción psicológica inmediata a la catástrofe, en la mayor parte de las personas, es buscar protección, siendo pocos los que permanecen calmados, mientras que la mayoría siente grados distintos de miedo. Sin embargo, el pánico y la huida a ciegas son escasos, lo que también se observó durante el terremoto del 3 de Marzo de 1985, pues, en las comunidades más afectadas (Melipilla, San Antonio y Curacaví), no hubo atención de urgencia por crisis de pánico.

En la población afectada existe una secuencia regular de estados emocionales en el período post-traumático. En las primeras dos semanas puede presentar pasividad y falta de iniciativa, estando como atontada, lo que también fue observado en ese terremoto en algunos albergues en escuelas, donde adultos y niños estaban sentados o echados por varias horas sin actividad, mientras los profesores se encontraban en otra sala sin realizar nada por estimular a los allegados. Otras personas, especialmente al comienzo, muestran hiperactividad y no miden mucho las consecuencias de sus actos, al punto que en un primer momento parecen ser útiles, pero pronto se ve que son inapropiados. En la 3ra. y 4a. semanas empiezan a parecer en los grupos, irritabilidad y agresividad, con muchos reclamos a las autoridades, descontento por la escasez y lentitud de la ayuda. En la 5a. y 6a. semanas continúa la agresividad, pero en tono menor: disminuye si la situación está ordenada y la ayuda es más efectiva.

Si persistiera una gran desorganización social en la comunidad afectada, puede en algunas personas ocurrir lo que se conoce como segundo desastre, neurosis post-traumática, síndrome traumático, etc.

La experiencia nacional derivada del terremoto de 1985 y de las graves inundaciones ocurridas en los inviernos de 1982 y del presente año, mostraron que las diferentes acciones desencadenadas por una serie de organismos y autoridades, se preocuparon casi sólo de la sobrevida física de las poblaciones afectadas. Esta limitación es tanto más sorprendente porque ya existe suficiente evidencia internacional acerca de la importancia de hacer frente a las repercusiones emocionales generadas por este tipo de hechos dramáticos, los que, dejados a su propia dinámica, acarrear problemas psiquiátricos por meses, e incluso años, luego de ocurridos los desastres. Estos problemas pueden ser aminorados y hasta prevenidos, con técnicas accesibles incluso por no especialistas de la Salud Mental.

Dadas estas condiciones, es necesario que en cada institución de salud, en los lugares donde se produzca un desastre, se consideren acciones relativas a los siguientes aspectos:

- a) Reorientación de la actividad de los funcionarios durante el período de impacto y el post-traumático, que se adecúe a la secuencia mencionada.
- b) Asesoría y eventual asistencia en los albergues que existan dentro de su ámbito de acción. Debe tenerse presente que muchos de los albergados, a pesar de tener sintomatología mental, no consultan espontáneamente durante las dos primeras semanas.
- c) Adiestramiento en técnicas catárticas simples a los profesionales locales idóneos, para ser usadas entre grupos afectados, o incluso con autoridades sobrecargadas de responsabilidad.
- d) Participación conjunta con profesores y organismos de voluntariado en actividades lúdicas programadas para los niños y en acciones coordinadas de ayuda para los adultos.

- e) Orientación a los líderes de la comunidad en relación a las personas pasivas o hiperactivas, derivando a especialistas cuando corresponda.
- f) Pesquisa precoz de casos de Neurosis Post-traumática y derivación para su tratamiento oportuno.

142. SALUD MENTAL EN ALBERGADOS DEL TERREMOTO DE MARZO, 1985

Dr. Luis Caris y Srs. Erika Quiroz, Mariella Rodríguez, Carmen Rojas, Alvaro Vadell, Jaime Valverde,
Patricia Villafrade y Cecilia Weiss
(Escuela de Salud Pública, Facultad de Medicina, Universidad de Chile)

En Chile son frecuentes las catástrofes naturales: terremotos, maremotos, inundaciones, etc. Debido a ello existen varias medidas orientadas a la salud física y saneamiento básico. Son escasas las investigaciones realizadas en el campo de la salud mental de la población que ha tenido una catástrofe natural.

Se ha podido establecer que parte de las alteraciones psicológicas y psicopatológicas, derivan del efecto directo que la catástrofe ha causado sobre la integridad física o los bienes de las personas, y otras alteraciones también se observan en quienes no fueron afectados directamente y a pesar de ello desarrollan síntomas y signos que, al mantenerse en el tiempo, originan patología psiquiátrica con una evolución de meses, años o para el resto de la vida de la persona. Estos problemas pueden algunos ser prevenidos y otros ser tratados precozmente, logrando una recuperación ad integrum y evitar la cronificación del cuadro.

También existe poca información de Salud Mental de las familias en las que su vivienda fue totalmente damnificada a causa de la catástrofe. Nos planteamos como objetivo el describir algunas variables sociodemográficas y algunos síntomas y alteraciones psicológicas de una población albergada.

Material y Método

El universo estuvo constituido por una muestra de 199 personas agrupadas en 63 familias que vivieron durante algunas semanas en un albergue que fue escogido al azar. Su utilizó como instrumento una encuesta de 39 preguntas que se dividía en:

- a) Una parte familiar.
- b) Parte individual para mayores de 15 años o menores de 15 años.

La recolección de datos se hizo a través de una entrevista individual en el albergue, realizada por estudiantes de 5º Año de la Carrera de Medicina, previamente adiestrados.

Resultados

- a) Características Sociodemográficas:

La mayoría de la población estudiada residía previo al terremoto, en viviendas colectivas (750/o), de adobe (920/o). El nivel de instrucción fue regular para los mayores de 15 años, un 43,60/o tenía una escolaridad básica, y un 500/o, media completa o incompleta. La mayoría de la población albergada era de sexo femenino (590/o) y en un 44,20/o eran menores de 15 años. En su gran mayoría no tuvieron ninguna lesión a causa del terremoto.

- b) Alteraciones Psicológicas:

De la sintomatología emocional analizada hubo un aumento importante en llanto, insomnio, ansiedad, tristeza, agitación, aislamiento. El sexo femenino fue el que tuvo más síntomas aún cuando, en un porcentaje de ellos, los tenía previo al terremoto. El grupo etario más afectado fue el de los mayores de 35 años. La situación de albergado contribuyó poco a la exacerbación de la sintomatología emocional.

En los menores de 15 años se encontró enuresis secundaria en un 30,30/o de los mayores de 4 años, apareciendo después del terremoto. Encopresis en un 11,20/o. Con alta inasistencia a clases, 59,60/o al 15 de Mayo de 1985.

TABLA Nº 1

**PRESENCIA DE SINTOMAS PSIQUICOS ANTES Y DESPUES DEL TERREMOTO
DEL 3 DE MARZO DE 1985, SEGUN SEXO**

	Hombres (81)			Mujeres (118)			Total (199)		
	Antes	Después	Δ o/o	Antes	Después	Δ o/o	Antes	Después	Δ o/o
Llanto	27	42	18,6	50	79	24,5	77	121	22,1
Insomnio	9	36	33,3	25	76	43,2	34	112	39,2
Ansiedad	13	50	45,8	28	76	40,6	41	126	42,7
Tristeza	8	45	45,6	29	94	44,0	37	126	44,7
Agitación	8	31	28,4	24	71	39,9	32	102	35,1
Aislamiento	13	31	22,2	34	53	16,0	47	84	18,6
Negativismo	10	33	28,5	30	50	16,9	40	83	21,6
Irritabilidad	27	51	29,7	48	78	25,4	75	129	27,1

TABLA Nº 2

**AUMENTO PORCENTUAL DE SINTOMAS PSIQUICOS DESPUES DEL TERREMOTO
SEGUN EDAD**

	< 5 á	5-15 á	15-24 á	25-34 á	35 y +
Llanto	35,0	14,6	29,6	7,8	30,3
Insomnio	32,5	22,9	44,4	47,1	54,5
Ansiedad	27,5	43,8	48,1	39,2	60,6
Tristeza	32,5	39,6	40,7	49,0	63,6
Agitación	27,5	25,0	44,4	39,2	45,5
Aislamiento	15,0	10,4	22,2	25,5	21,2
Negativismo	27,5	12,5	14,8	23,5	30,3
Irritabilidad	32,5	16,7	25,9	37,3	21,2
TOTAL PERSONAS	40	48	27	51	33

143. INDICACION MEDICA DE DIAZEPAM EN PACIENTES ADULTOS CONSULTORIO TIL-TIL

Dres. Manuel León, Luis Mella, Luis González, Sres. Patricio Marín y Marcelo Maturana
(Hospital Consultorio Til-Til)

Las Benzodiazepinas son fármacos de amplia indicación médica. Estudios han señalado que la ingestión prolongada produce una dependencia que se manifiesta a través de un síndrome de privación al suspender el medicamento.

Las benzodiazepinas de acción prolongada suelen producir efectos indeseables durante el tratamiento, especialmente en personas de edad avanzada; también se ha observado una actuación deficiente en las pruebas psicológicas y, posiblemente, alteraciones orgánicas del cerebro en quienes toman el fármaco.

Aunque se desconoce el "período seguro" de tratamiento para así evitar la dependencia, se recomienda el empleo intermitente de las benzodiazepinas, o si es tratamiento continuado, no indicarlo por más de tres meses.

El Consultorio de Til Til cuenta con una benzodiazepina de acción prolongada, el Diazepam de 5 y 10 mg., cuya semivida de eliminación es de 90 horas.

Se definieron para este trabajo, los siguientes objetivos: 1) Evaluar la indicación médica de diazepam en nuestro Consultorio; 2) Determinar los cuadros médicos en que se prescribe y el tiempo de ingestión continuada de diazepam.

Material y Método

Se revisaron 328 fichas, escogidas al azar, correspondientes al 200/o de pacientes adultos atendidos en el último trimestre de 1985.

Fue analizada cada ficha tomando como tiempo representativo los 12 meses inmediatamente previos a la última consulta realizada por el paciente. Se identificó la patología y su relación con la prescripción de diazepam y el tiempo regular y continuado de ingestión del medicamento por parte del paciente.

Resultado y Conclusiones

De los 328 casos identificamos 123 pacientes (37,50/o) con prescripción de diazepam, por cierto tiempo, en el lapso de 12 meses.

La Tabla 1 muestra los períodos de prescripción continuada de diazepam en relación a las enfermedades en que es habitual la indicación del fármaco. La tabla señala "otras enfermedades" en que no es frecuente la indicación de diazepam.

Se observa que de los 123 casos, 62 (50,40/o) ingiere diazepam por menos de 3 meses, 29 (23,60/o) por 3 a 6 meses, y 32 (26,00/o) por 6 a 12 meses. Es decir, la mitad de los pacientes toma diazepam por más de 3 meses en forma continuada.

La tabla muestra patologías donde habitualmente se justifica la indicación de diazepam, sin embargo, la ingestión prolongada de este medicamento se observa en la mayoría de ellas. En los casos de Hipertensión Arterial, de 23 pacientes, 19 (82,60/o) ingirieron diazepam por más de 3 meses.

En los casos de Neurosis, de 25 pacientes, 17 (680/o) ingieren diazepam por más de 6 meses.

En los casos de enfermedades "funcionales", la mitad de los pacientes toma el medicamento por más de 3 meses.

De los 51 pacientes identificados por otras enfermedades, 40 (78,40/o) tomaron el diazepam por un período de tiempo aceptable, menor de 3 meses, 12 (21,60/o) lo ingirió por más de 3 meses. Estos pacientes con ingestión prolongada del fármaco correspondían a pacientes asmáticos y cardiopatías.

Podemos concluir lo siguiente: a) En nuestro consultorio, la indicación de diazepam a nuestros pacientes es significativamente frecuente; b) Hay tendencia a prescribir el medicamento por un tiempo prolongado (más de 3 meses); c) En las enfermedades en que muchas veces es recomendable la indicación de benzodiazepinas, la prescripción del medicamento es excesivamente prolongada. Este hecho es notorio en los pacientes portadores de neurosis, patologías funcionales y enfermedades crónicas como la Hipertensión Arterial; d) Es necesario, por lo tanto, sensibilizar a los médicos en relación a la indicación, a veces indiscriminada, de las benzodiazepinas, de los efectos indeseables y fármaco-dependencia que produce la ingestión prolongada, y hacer hincapié en que es imprescindible prescribir la droga por períodos cortos e intermitentes.

TABLA Nº 1

RELACION PERIODO DE TIEMPO DE INGESTION DE DIAZEPAM SEGUN PATOLOGIAS

Tiempo Ingestión Diazepam	Hipertensión Arterial		Diabetes Mellitus		Alcoholismo		Neurosis		Enfermedades Funcionales		Climaterio		Otras Enfermedades		Total	
	Nº	o/o	Nº	o/o	Nº	o/o	Nº	o/o	Nº	o/o	Nº	o/o	Nº	o/o	Nº	o/o
Menos de 3 meses	4	17,4	0	0,0	0	0,0	5	20,0	5	50,0	8	72,7	40	78,4	62	50,4
3-6 meses	8	34,8	1	100,0	2	100,0	3	12,0	3	30,0	3	27,3	8	15,7	29	23,6
6-12 meses	11	47,8	0	0,0	0	0,0	17	68,0	2	20,0	0	0,0	3	5,9	32	26,0
TOTAL	23	100,0	1	100,0	2	100,0	25	100,0	10	100,0	11	100,0	51	100,0	123	100,0

144. ESTUDIO DESCRIPTIVO SOBRE LA INCIDENCIA DEL ALCOHOL EN LA PATOLOGIA DE URGENCIA

Sra. Victoria Ramírez y Prof. Oscar Domínguez
(Depto. Salud Pública, División Sur, Facultad de Medicina, Universidad de Chile)

El hombre, a través de los siglos, ha tenido un sinnúmero de influencias de su medio ambiente, siendo algunas de ellas fugaces, y otras que han permanecido con el paso de los años, aunque no por ello sean positivas, cuando son utilizadas en exceso. Es por ello que el alcoholismo corresponde a una de las influencias que más ha preocupado en los últimos años, debido a su condición de causa-efecto en muchas patologías que ocupan un lugar importante en nuestro país.

El presente estudio, tiene como objetivo describir la relación existente entre las manifestaciones conductuales del individuo bajo la influencia del alcohol, y su importancia en la atención médica de urgencia.

Durante los días 7, 8 y 9 de Mayo de 1982, en el Servicio de Urgencia del H.B.L.T. se recolectó la información del ingreso de los pacientes a este servicio, y si aquella guardaba alguna relación con la ingesta de alcohol en forma primaria, o si el paciente era víctima de la acción de una persona alcohólica. Para ello se confeccionó una ficha-encuesta, la cual se dirigía a obtener la siguiente información:

- I. El ingreso del paciente se relaciona con agresión, accidente (hogar, tránsito, etc.), intoxicación alcohólica, enfermedad sistémica (gastritis, neumonía aspirativa, etc.), alcoholismo crónico (cirrosis hepática), neurosis, otros.
- II. El alcohol, en la patología de urgencia, se relaciona con las características del consultante: sexo, edad, nivel socioeconómico, instrucción, estabilidad laboral, estado civil, etc.; se practicó alcoholemia a su ingreso; número de consultas u hospitalizaciones por causas semejantes previas; pronóstico médico provisorio; destino del paciente: domicilio, hospitalización, otro.

En Asistencia Pública, los días para dicha encuesta fueron elegidos de modo de no distorsionar los resultados, excluyendo días festivos como Fiestas Patrias, Año Nuevo, etc.

El promedio de encuestas diarias fue de 65-80 con un total de 179 encuestas, de las cuales 47 se relacionaban con el alcohol, lo que representa un 26,30/o de los cuales 19,60/o referido a morbilidad y 37,50/o a accidentes, siendo en un 82,80/o, hombres. En cuanto a nivel de ingresos, el 80,40/o era menor de \$ 10.000.

Con respecto a escolaridad, 52,50/o tenía Educación Básica, 29,10/o, Educación Media, 6,10/o era analfabeto; sin diferencia significativa entre estabilidad laboral o no.

Se observó una clara relación entre agresión y riñas familiares.

El alcohólico que es agredido por robo.

Accidente de trabajo y alcohol.

Las víctimas del alcohol y la violencia absorben recursos importantes de la AP del H.B.L.T.

Sugerencias:

Implementar un sistema que enlace la primera consulta del paciente alcohólico con un posible tratamiento a su patología psiquiátrica de dependencia u otra.

TABLA Nº 1.

DISTRIBUCION DE EGRESOS POR MORBILIDAD Y ACCIDENTES, EN RELACION CON EL ALCOHOL SEGUN SEXO

Egresos de la Posta										
Sexo	Sin relación con el alcohol				Relacionado con el alcohol				Total	
	Morbilidad		Accidentes		Morbilidad		Accidentes			
	N.	o/o	N.	o/o	N.	o/o	N.	o/o	N.	o/o
Mujeres	74	73,2	12	38,7	10	55,5	5	17,2	101	56,4
Hombres	22	26,8	19	61,3	8	44,6	24	82,8	78	43,6
TOTAL	101	100,0	31	100,0	18	100,0	29	100,0	179	100,0

TABLA Nº 2

DISTRIBUCION DE EGRESOS POR TIPO DE ACCIDENTES SEGUN RELACION CON EL ALCOHOL

Tipo de Accidente	Relacionado con alcohol		Sin relación con alcohol		Total	
	N.	o/o	N.	o/o	N.	o/o
Accidente tránsito	12	40,0	11	34,3	23	37,0
Accidente trabajo	0	—	3	9,4	3	4,8
Accidente hogar	4	13,3	17	53,1	21	33,9
Agresiones	14	46,6	1	3,1	15	24,1
TOTAL	30	100,0	32	100,0	62	100,0

145. PREVALENCIA Y CARACTERÍSTICAS DEL HABITO DE BEBER ALCOHOL EN ESCOLARES Y SUS PADRES DE LA COMUNA DE LA FLORIDA

Sras. Pamela Vivanco, Ilse López, Dr. Pedro Naveillan y Sr. Sergio Vargas
(Hospital Enrique Deformes, Valparaíso, y Escuela de Salud Pública, Facultad de Medicina,
Universidad de Chile)

Introducción

Los resultados del último censo poblacional del año 1982, indican que la población de Chile ha tomado características de población en transición, donde las enfermedades crónicas, entre ellas el alcoholismo, pasan a ocupar un lugar prioritario en el quehacer de la atención de salud.

Como señalan algunos autores, el abuso del alcohol es un problema ecológico, en donde intervienen: el huésped o sujeto que ingiere alcohol; el agente, que es alcohol, contenido, distribución y disponibilidad; y el medio o contexto sociocultural en donde el hábito de beber se produce.

Se dice que el uso excesivo de alcohol, obedece a dos grandes motivaciones: la primera, y la más significativa (80%), es la sociocultural, y la segunda, la motivación psicopatológica que pueda tener el huésped.

La motivación sociocultural corresponde a una conducta socialmente aprendida por el sujeto. Desde muy niño éste comienza a tener contacto con el alcohol, si llega a abusar de él la sociedad no lo reprende, sino que es considerada una travesura, comenzando así el aprendizaje. Cuando llega a la adolescencia, el joven es impulsado por los adultos a beber, para así demostrar que ya dejó de ser niño. Paralelamente su grupo de iguales, en su afán de aventuras y sensaciones nuevas, lo estimulan a repetir la experiencia de abuso del alcohol una y otra vez. Esto se agrava si se suma la permisividad que hay en nuestro país respecto a la venta de bebidas alcohólicas, las que se expenden incluso en supermercados y en horario libre, lo que las hace estar al alcance de todo consumidor.

Objetivos de la investigación

- Describir el hábito de beber de los escolares.
- Determinar la existencia o no de relación entre el hábito de beber del escolar, y la conducta y hábito de beber de sus padres.

Metodología

Se aplicó una encuesta individual a 1.022 escolares y sus respectivas madres o persona a cargo, pertenecientes a las Escuelas Municipales de la Comuna de La Florida, Santiago.

El universo está constituido por 6.276 escolares de 1ºs., 4ºs. y 8ºs. años básicos, de 23 escuelas.

Se utilizó un muestreo aleatorio sistemático, seleccionando 350 escolares de cada nivel. Primero se procedió a elegir 10 de las 23 escuelas, considerando en la selección que estuvieran representadas las escuelas con gran capacidad de alumnos y las con pocos alumnos, así como las de nivel socioeconómico bajo y medio bajo.

Las edades de los escolares fluctúan entre los 6 y 14 años.

Las encuestadoras fueron 3 personas, las 3 enfermeras especialmente adiestradas para ello.

La forma de recolección de la información fue utilizando el momento en que se hacía el control de salud del escolar, cumpliendo con el convenio del Colegio de Enfermeras A.G. y la I. Municipalidad de La Florida.

Limitaciones del estudio

- Los resultados se refieren a respuestas dadas por los niños que acudieron acompañados por sus apoderados o alguna persona mayor a su cargo, por lo tanto quedaron excluidos aquellos escolares que asistieron solos, después de 3 citaciones a sus padres. Esto podría considerarse un sesgo de la muestra, sin embargo ellos sólo alcanzan a un total de 24 niños (2,30/o), lo que difícilmente podría hacer variar los resultados.
- Aún cuando al escolar se le entrevistó individualmente y se le aseguró el anonimato, pensamos que en ocasiones ocultó su verdadera ingestión de bebidas alcohólicas o la de sus padres.

Resultados

En los 1.022 escolares estudiados, cuyas edades fluctúan entre los 5-15 años, pertenecientes a las Escuelas Municipales de Enseñanza Básica de la Comuna de La Florida, Santiago, y que en su gran mayoría provienen de nivel socioeconómico bajo y medio bajo, se observó lo siguiente:

1. Un 560/o de los escolares ingiere bebidas alcohólicas entre 1-6 veces por año. Un 110/o bebe entre 7-12 veces por año y otro 110/o presenta una alta ingestión que va entre cada 15 días a todos los días. Sólo un 230/o de los escolares nunca ha bebido en el último año.
2. A medida que aumenta la edad, aumenta también la frecuencia de ingestión de bebidas alcohólicas. Los niños beben con mayor frecuencia que las niñas.
3. Los escolares que provienen de nivel socioeconómico "acomodado" ingieren alcohol con menor frecuencia que los que provienen de nivel bajo y medio bajo. En el nivel bajo, la primera ingestión ocurre a más temprana edad que en los otros 2 niveles. Sólo en el nivel socioeconómico bajo se presenta ingestión de bebidas alcohólicas antes de los 2 años de edad.
4. Un 240/o de los escolares se ha embriagado una o más veces en su vida. En éstos, los adultos cercanos a ellos aparecen como los principales responsables de la primera embriaguez del escolar, destacándose entre todos ellos el padre.

Los hijos de padres bebedores excesivos son los que se embriagan con mayor frecuencia, y los hijos de padres abstemios se embriagan, en cambio, en menor proporción.

Cuando el escolar manifestó la actitud que tendrían sus padres frente a una embriaguez suya, quedó en evidencia que la actitud de indiferencia, especialmente del padre, se asocia con una mayor frecuencia de embriaguez, y que cuando la actitud corresponde a castigo físico, los escolares se embriagan menos.

Cuando en el hogar al escolar se le permite beber, presenta la mayor frecuencia en la alta ingestión y la menor frecuencia de abstinencia.

5. Un 280/o de los padres son bebedores excesivos, en cambio las madres bebedoras excesivas sólo llegan a un 10/o.

Los padres abstemios sólo alcanzan un 100/o, proporción que alcanza a un 360/o en las madres.

Los padres acogidos al P.E.M. o P.O.J.H. y los cesantes, tienden a beber embriagándose siempre o casi siempre, a diferencia de los que cuentan con trabajo estable, quienes se embriagan menos.

6. Al controlar el efecto del nivel socioeconómico y comparar el hábito de beber de las madres con la frecuencia de ingestión de sus hijos, se encontró que el hábito de beber de ellas no es tan determinante como el nivel socioeconómico al que pertenezcan.

En cambio, con respecto al padre, quedó claramente demostrado que cuando ellos no beben, sus hijos tienden a beber con menor frecuencia o no hacerlo, no importando el nivel socioeconómico.

7. Al controlar el efecto de la edad y comparar el hábito de beber de las madres con la frecuencia de ingestión de sus hijos, se observó que los escolares muestran una progresiva tendencia a aumentar su abstinencia y disminuir la ingestión moderada y alta en la medida que sus madres beben menos o no lo hacen.

Con respecto al padre, queda aún más claramente demostrada la influencia de su hábito de ingestión sobre el hábito de beber de su hijo, ya que los escolares hijos de abstemios de cualquier grupo etéreo, aumentan notoriamente su abstinencia y prácticamente desaparece en ellos la moderada y alta frecuencia de ingestión.

146. ALCOHOLISMO FEMENINO. ESTUDIO COMPARATIVO DE PACIENTES EN TRATAMIENTO

Dra. Gloria Vizcarra y Sras. Carmen Garrido e Ilse López
(Consultorio Maipú y Escuela de Salud Pública, Facultad de Medicina, Universidad de Chile)

El estudio que se presenta, pretende demostrar diferencias entre hombres y mujeres alcohólicas bajo tratamiento.

Objetivos Generales

1. Comparar ambos grupos en relación a variables socioeconómicas y de salud asociadas al alcoholismo.
2. Describir formas de tratamiento utilizado en ambos grupos.
3. Comparar el comportamiento de las pacientes durante el período observado, con el de los varones.

Los resultados encontrados en la comparación entre hombres y mujeres bajo tratamiento antialcohólico, no muestran diferencias en algunas de las variables sociodemográficas, tales como edad, existencia de pareja estable, en la participación de la familia en el tratamiento, en la proporción de pacientes con mejor escolaridad, en la proporción de hombres y mujeres que dicen ser católicos.

Se encuentran diferencias marcadas en lo que se refiere a: existencia de grupo familiar, los hombres lo tienen en un 950/o y las mujeres sólo en el 830/o, en analfabetismo son casi 10 veces más analfabetas. En cuanto a religión, también aparecen diferencias marcadas, el doble de hombres que dicen ser evangélicos y 3,1 veces mayor la proporción de mujeres que dicen no profesar religión; en lugar de procedencia, los hombres se reparten por igual entre ciudad y campo, en cambio las mujeres en su mayoría vienen de la ciudad.

La situación laboral difiere notablemente, ya que más de la mitad de las mujeres, 58,30/o, son dueñas de casa.

En relación a la historia del beber anormal:

Los varones del estudio comienzan a beber anormalmente antes que las mujeres. En la adolescencia se inicia más de la mitad de los hombres y una de cada cuatro mujeres.

El inicio del tratamiento, en cambio, se produce a edades semejantes en ambos sexos, 44,5 años las mujeres y 42,2 años los hombres. Tampoco se encontraron grandes diferencias en la edad de inicio de la dependencia, cualquiera haya sido la edad de inicio de ingesta excesiva.

El promedio de la edad de la dependencia para los varones es de 37 años, y de 33 para las mujeres.

En cuanto al período que ha debido transcurrir entre la edad de dependencia alcohólica e inicio de tratamiento, es de 7,7 años en promedio para las mujeres y de 8,6 para los hombres.

Hay una clara diferencia en cuanto a tipo de alcoholismo: la mitad de las mujeres son inveteradas y algo más de un tercio, intermitentes. Entre los varones, en cambio, aparece el doble de intermitentes y más o menos la mitad de los inveterados.

Patología asociada: la más frecuente es el daño hepático que aparece igual en ambos sexos, le sigue úlcera péptica en hombres e hipertensión arterial en mujeres.

En cuanto al comportamiento durante el tratamiento, las diferencias se expresan en que la recidiva es más frecuente y prolongada en los hombres en la primera recaída, en cambio en la segunda ocurre lo contrario.

No se observa diferencias importantes en los períodos de observación ni en la proporción total de abandonos, recaídas o permanencia.

La evolución de las pacientes medida en promedio de meses de permanencia, ésta es siempre ligeramente mayor en las mujeres.

En la comparación según meses de observación, la tasa de permanencia difiere por períodos, en el primer trimestre más en los varones, de 4 a 7 meses se emparejan, entre 8 y 15 meses permanecen más los varones, para finalmente a partir de los 15 meses y hasta los 2 años, permanece el 390/o de las mujeres y el 24,50/o de los varones.

En resumen: en el grupo de pacientes bajo control no se aprecian diferencias profundas entre las características de los hombres y mujeres como se había sugerido al plantear la comparación.

TABLA Nº 1
CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS

Variable	Mujeres	Hombres
Edad ingreso al tratamiento X	44,5	42,2
Rango	21 al 75	26 al 73
Con pareja estable (o/o)	58,3	66,6
Existencia grupo familiar (o/o)	83,3	95
Participación de la familia en tratamiento (o/o)	38,4	30
Religión (o/o)		
– Católica	82	76
– Evangélica	5	12
– Ninguna	8	3
Otra	5	9
Lugar procedencia (o/o)		
– Ciudad	55	35
Situación laboral (o/o)		
– Dueña de casa	58,3	—
– Trabajan	20	53,3
– PEM POJH	6,7	13,3
– Jubilado – Pensionado	11,7	8,4
Cesantes	3,3	25,0

TABLA Nº 2
EVOLUCION DURANTE EL TRATAMIENTO SEGUN SEXO

Evolución de los pacientes	Mujeres	Hombres	Diferencias Meses
Sin recaída sin abandono	13,6	11,5	21,0
Sin recaída con abandono	6,3	5,3	1,0
Con recaída sin abandono	10,4	7,1	3,3
Con recaída con abandono	3,9	3,7	0,2

147. FACTORES CONTRIBUYENTES A LA DISCONTINUIDAD Y EL ABANDONO DEL TRATAMIENTO ANTIALCOHOLICO

Sras. Luz Morales y Heliette Saint Jean

(Departamento de Enfermería, División Sur y Escuela de Salud Pública, Facultad de Medicina
Universidad de Chile)

Ante la magnitud del problema del alcoholismo en nuestro país, creemos necesario que el máximo de los profesionales de la salud y voluntarios capacitados participen en el Programa y Control del Alcoholismo.

La gravedad de la situación está demostrada en las siguientes cifras: 900.000 bebedores excesivos y 300.000 alcohólicos en Chile (1979).

A lo anterior podemos agregar que la tasa de mortalidad, como consecuencia del alcoholismo, está dada por: cirrosis hepática, tanto en hombres como en mujeres; 250/o de los suicidios; 250/o de los crímenes; 25 a 330/o de los accidentes del tránsito; complicaciones mentales, detenciones policiales, etc.

Ante hechos de tal magnitud nacional, nació la inquietud de estudiar las causas de la deserción de los pacientes al tratamiento antialcohólico.

Para realizar el presente trabajo, se concretó la idea de averiguar las causas del abandono e inasistencias al tratamiento antialcohólico.

Usando como metodología visitas domiciliarias y entrevistas semiestructuradas, a base de los registros de pacientes alcohólicos del Consultorio, independientemente de la asistencia al Centro de Salud. En este estudio se contactó con el paciente, su pareja y grupo familiar.

El Programa de Prevención Primaria y Tratamiento del Alcoholismo Servicio de Salud Metropolitano Oriente, cuenta con profesionales del equipo de salud (médicos, enfermeras, asistente social, psicólogos y auxiliares de enfermería).

De la revisión bibliográfica se desprende que las posibles causas del alcoholismo son de responsabilidad de la sociedad, en relación a educación, principios y mitos muy arraigados en nuestro pueblo, lo que nos lleva a proponer el enfoque multidisciplinario para su prevención y tratamiento.

Postulamos que las causas que están incidiendo en el abandono al tratamiento antialcohólico, depende de hechos culturales, sociales, psicológicos, y no sólo de variables médicas.

Objetivo general

Indagar y discriminar los factores socio-culturales y psicológicos que contribuyen, dificultan y disminuyen la eficiencia del tratamiento antialcohólico.

Objetivos Específicos

- Registrar a toda persona en tratamiento antialcohólico.
- Indagar intervalos de abstinencia y de ingesta.
- Indagar causas desencadenantes de las recaídas y del abandono del tratamiento.
- Indagar el efecto del abandono del tratamiento en la conducta del paciente frente a su grupo familiar.
- Indagar signos y síntomas de recaídas.
- Registrar fechas, inicio del tratamiento, última consulta y número de visitas.

Material y Método

- Lugar : Villa La Reina y Población Los Angeles.
- Fecha : Abril a Diciembre de 1982.

	Hombres	Mujeres	Total
— Número :	36,0	25,0	61,0
— Promedio edad:	32,4	36,9	34 años 7 meses
— Dispersión:	8,41	10,11	9,7
— Visitas domiciliarias .			
— Entrevistas semi-estructuradas al paciente y grupo familiar.			
— Diálogo abierto, favoreciendo el acercamiento espontáneo con la pareja, hijos y parientes del paciente.			

Resultados

- Se indaga y discrimina acerca de los factores socio-culturales y psicológicos, lo que en general obedece a: hábitos de los padres imitados por los hijos, cesantía, los amigos, no consideran "bien hombre" al que no bebe, beben en compañía los matrimonios, fiestas improvisadas en las que se comparte la alegría de recibir parientes o visitas afuerinas y/o visitar a parientes en zonas alejadas de la capital. Entre los factores contribuyentes debemos agregar la muerte de un familiar o amigo querido, la incompatibilidad del horario laboral con el horario de atención del Consultorio, abandono del o la cónyuge y extrema pobreza.
- Se alcanzó a registrar a 61 personas con tratamiento antialcohólico, dándose preferencia a los que no concurrían a la consulta. Del total de la muestra, 35 pacientes dieron direcciones falsas (25 mujeres y 10 hombres).
- Además, el tiempo restringido a tres horas diarias durante tres días en las mañanas por semana y tres horas en las tardes durante quince días festivos, la distancia y lejanía de los domicilios, contribuyeron a que esta investigación no abarcara más casos, dado el horario de la autora.
- Los intervalos de nueve pacientes fueron en promedio de 4 meses. Cifra muy aumentada dado que un paciente estaba en abstinencia 15 meses; por lo tanto los ocho restantes tuvieron 2 meses con 20 días de abstinencia.
- Las causas desencadenantes de las recaídas obedecieron a que no tenían conciencia de enfermedad y no creen en el tratamiento antialcohólico, lo expresó una esposa: "los amigos tienen dinero para convidarle vino a mi marido, pero no tienen para ayudar a parar la olla".
- En lo relativo al abandono del tratamiento antialcohólico y la conducta del paciente frente a su grupo familiar, informamos las siguientes: labilidad emocional, irritabilidad, agresividad, temor a reiniciar el tratamiento, angustia y otras.
- Los signos y síntomas podemos resumirlos: vómitos, anorexia, mialgias, adinamia, palidez, temblor fino distal, insomnio y zoopias.
- En relación a los registros de fechas de inicio del tratamiento, última consulta y número de visitas, está detallado en la Tabla 3.

Comentario

- De 61 pacientes empadronados, el 42,60/o fue posible contactar. El 57,40/o dio direcciones falsas.
- De la muestra estudiada (42,60/o), el 3,80/o llevaba 15 meses de abstinencia y el 96,20/o abandonó el tratamiento antialcohólico.
- De las 136 visitas, 35 fueron inefectivas por no corresponder las direcciones a las que dieron los pacientes.
- Es importante la sugerencia de que sea un profesional de la salud quien realice las visitas. Esto obedece a que el personal no profesional registró dos a tres visitas efectuadas a los pacientes que dieron direcciones falsas.
- En el Consultorio, de Abril a Diciembre de 1982, durante 8 meses de investigación, hubo un fracaso de tratamiento de 96,20/o. Nos parece que ésto debería llevar a una seria revisión de la metodología del tratamiento llevado a cabo.

TABLA Nº 1

**DISTRIBUCION DE LOS ANTECEDENTES DE LOS 61 PACIENTES SOMETIDOS
A TRATAMIENTO ANTIALCOHOLICO (RESUMEN)**

Nº	Nº Ficha	Sexo	Edad años	Nº Vi-sitas	Intervalos abstinencia	Tiempo Absti-nencia	Tiempo ingesta	Observa-ciones
1	345	M	31	4	Bebe todos los días	3 meses	5 años	Domicilio falso.
2	21.604	M	43	3	Bebe todos los días	13 días	15 años	
3	20.164	M	56	3	Bebe todos los días	—	20 años	
61	16.128	M	52	1	—	—	—	

TABLA Nº 2

DISTRIBUCION FACTORES DEL ABANDONO O DISCONTINUIDAD DEL TRATAMIENTO ANTIALCOHOLICO DE LOS 61 PACIENTES
(RESUMEN)

Nº	Nº Ficha	Signos y Síntomas recaídas	Causas desencadenantes	Conductas	Causas abandono tratamiento	Inicia tratamiento	Ultima consulta	Observaciones
1	345	Vómitos, Anorexia Mialgias	Visita de comadre desde el sur	Lábil emocional- mente. Agresivo	Incompatibilidad horario laboral c/ horario Consult.	3-5-80	5-8-80	
2	21.604	Tembor fino distal. Insomnio	Bebe con amigos en su casa.	Irritable. Agresi- vo con sus hijos pequeños	Incompatibilidad horario laboral c/ horario Consult.	3-3-82	4-4-82	
3	20.163	"Abdomen abulta- do" según su hija. Insomnio	Viaje al Sur	Agresivo (agre- de al hijo con cortaplumas). Sin conciencia de enfermedad.	No cree en el tra- tamiento antial- cohólico	1-3-82	5-4-82	
61	16.128	---	---	---	---	10-5-82	---	Domicilio falso

148. EL CONOCIMIENTO DE LOS INTERNOS DE MEDICINA ACERCA DE LOS PROBLEMAS DEL ALCOHOL

Drs. Ramón Florenzano, Oscar Feuerhake, Alfredo Pemjean y Carlos Fuentealba, y
Srs. Pamela Orpina y Jorge Manzi
(Facultad de Medicina, Universidad de Chile, Divisiones Oriente y Sur).

El problema del uso excesivo de alcohol y el alcoholismo son una de las condiciones que genera más daño de Salud en Chile. A pesar de los múltiples estudios epidemiológicos y acúmulo de información con respecto a este tema, no ha habido reducciones significativas ni de las tasas de consumo ni de las consecuencias médico-sociales de este consumo desde la década del 50. Los autores han desarrollado una línea de investigación acerca de EDUCACION MEDICA SOBRE PROBLEMAS DEL ALCOHOL, desde 1984. En ella se ha estudiado el tiempo curricular destinado a la docencia sobre estos temas en diferentes Escuelas de Medicina del país, encontrándose que aproximadamente el 10% del tiempo curricular se asigna a enseñar sobre alcohol, sus efectos y consecuencias. Además, hemos estudiado los conocimientos, actitudes y conductas de una cohorte de internos de medicina, a los que se siguió prospectivamente durante dos años.

Este trabajo presenta los resultados de una prueba de conocimientos aplicada a 9 internos de Medicina que comenzaron su internado en 1985, en las Divisiones Oriente y Sur de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile. La prueba estuvo compuesta de 50 preguntas de elección múltiple, con un total de 66 opciones de respuesta. Las áreas exploradas eran enseñadas en seis asignaturas: Farmacología, Medicina Interna, Psiquiatría, Neurología, Pediatría y Salud Pública. El promedio de respuestas correctas para el conjunto fue de 49,50%. Estos porcentajes fueron superiores a la mitad de las respuestas en Pediatría, Psiquiatría y Salud Pública, e inferiores a éste en Farmacología, Medicina Interna y Neurología.

Se comparan los resultados con los obtenidos después de realizar un conjunto de intervenciones educativas en esa cohorte de internos, y se discuten los resultados de la experiencia. A pesar del tiempo invertido en la docencia de estos temas, al parecer no hay una información adecuada acerca de estos problemas entre los alumnos terminales de nuestra Facultad. La mayor información parece existir en Psiquiatría, Salud Pública y Pediatría. En Medicina Interna, la disciplina clínica más importante, la formación al respecto da conocimientos insuficientes. Se subraya la necesidad de cambiar actitudes, no sólo de los estudiantes, sino de los docentes a este respecto.

TABLA Nº 1

CONOCIMIENTO SOBRE PROBLEMAS DEL ALCOHOL EN 6 ASIGNATURAS DE LA CARRERA DE MEDICINA (96 INTERNOS DIVISIONES NORTE Y SUR, 1985)

Tema	Nº Preguntas	Respuestas Correctas	
		Nº	%
Farmacología	9	41	42,7
Medicina Interna	14	41	42,5
Psiquiatría	19	51	53,7
Neurología	5	45	46,9
Pediatría	6	58	58,9
Salud Pública	13	49	52,5
TOTAL	66	48	49,5

149. CONSIDERACIONES EN TORNO A LA PREVENCIÓN DEL ALCOHOLISMO Y LA DROGADICCIÓN EN LA JUVENTUD

Drs. Eduardo Medina, Edgardo Thumala y Luis Caris.

(Ministerio de Salud y Escuela de Salud Pública, Facultad de Medicina, Universidad de Chile)

El uso inconveniente de drogas psicotrópicas y alcohol por la juventud chilena constituye en las últimas décadas un fenómeno que por su magnitud y trascendencia ha hecho necesario abordarlo como problema sanitario (Tabla 1). Más aún, sus diversas repercusiones han movido a variadas instituciones a tomar responsabilidades en este campo y es así como de la información disponible se aprecia que en el país existen grupos o instituciones públicas y privadas que realizan un sinnúmero de acciones (de Salud, Educación, Justicia, Defensa, Iglesias, Gobierno Interior y Municipalidades, Organismos de la Comunidad y otros).

Este heterogéneo conjunto puede ser ordenado preliminarmente siguiendo el modelo de Salud Pública preventivo usual, en acciones de prevención primaria, secundaria y terciaria (Tabla 2).

Para quien está en el campo asistencial y en lo programático esta heterogeneidad de programas, acciones y las dinámicas relacionadas con ellas le plantea un sinnúmero de interrogantes respecto a su cobertura, eficiencia, eficacia, parámetros utilizados, conceptos involucrados, impacto social, consideración de los factores macrosociales y económicos asociados, etc.

Lo impreciso de este panorama motiva las consideraciones siguientes, las que buscan contribuir a la optimización de tan variada gama de acciones. En primer lugar, es importante analizar explícitamente los modelos subyacentes de acción. En efecto, varios de ellos parecen considerar a tales conductas a la manera de enfermedades transmisibles de ciclo corto, centrando su solución casi exclusivamente en la acción curativa de profesionales de la salud, quienes serían responsables de los resultados favorables. Se "medicaliza" así su significado y omite el manejo de los factores psicosociales asociados dinámicamente con ellas, tales como desestructuración familiar o socio-ambiental (marginalidad social).

Más aún, en segundo lugar, frente al uso de drogas, se arriesga caer en simplificaciones tales como suponer similares significados dinámicos en todos los casos, o diseñar las mismas estrategias curativas y rehabilitadoras para cualquier joven drogadicto. Es evidente que no será lo mismo el uso del tiempo libre de un escolar luego de su jornada de estudio, que el tiempo ocioso de otro muchacho desempleado o inactivo; o que el internamiento de un niño inhalador de solventes para una pretendida rehabilitación, las más de las veces será sólo un hogar sustituto transitorio más favorable para quien tiene importantes carencias materiales y afectivas en su contexto de referencia marginal.

En tercer lugar, resulta importante la integración de las ciencias sociales al análisis de estos fenómenos, cuidando del uso riguroso de conceptos y metodologías. La divulgación que en los últimos años han tenido la sociología y la antropología, favorece una sobresimplificación de sus categorías operacionales y hasta genera una especie de ilusión respecto a que ellas están siendo consideradas apropiadamente.

En cuarto lugar, en relación a la investigación epidemiológica, con frecuencia la información disponible es poco útil por utilizar muchas veces instrumentos y parámetros escasamente validados y casi siempre aplicados en el medio escolar, en circunstancia que la mayoría de la población adolescente está fuera de la educación formal.

Finalmente, la legislación vigente que sanciona el tráfico ilícito de estupefacientes (Ley N° 18.403) está orientada hacia fiscalizar opiáceos, alucinógenos, estimulantes, etc., no pudiendo ejercer control adecuado con el consumo de solventes volátiles. Por otra parte, todas estas medidas no consideran conjuntamente el uso inmoderado de bebidas alcohólicas.

Consideraciones como las anteriores hacen sentir la necesidad de una adecuada y efectiva instancia coordinadora interinstitucional, única forma de ir logrando un progreso en la efectividad de tan variada gama de acciones.

TABLA Nº 1

USO DE ALCOHOL Y DROGAS POR NIÑOS Y ADOLESCENTES

Tipo/Características	Situación de Riesgo	Cuantía Promedio	Nivel Etario más comprometido	Factores Sociológicos asociados
Bebidas alcohólicas (fácil accesibilidad)	Uso excesivo (una o más embriagueces/mes)	10 ^o /o	12-19	todos los niveles socioeconómicos
Marihuana (tráfico y uso ilegal)	Uso habitual (una o más veces/semana)	2 ^o /o	12-19	todos los niveles socioeconómicos
Estimulantes (medicamentos, uso no médico ilegal)	cualquier uso	tal vez 3 ^o /o	12-19	todos los niveles socioeconómicos
Solventes volátiles (diversos productos industriales de fácil accesibilidad)	cualquier uso	tal vez 5 ^o /o	8-15	niveles socioeconómicos bajo y marginal

TABLA Nº 2

**ACCIONES PREVENTIVAS SOBRE ALCOHOLISMO Y DROGADICCION
EN EL ADOLESCENTE**

Tipo	Programas	Organismos e Instituciones	Acciones
Prevención Primaria	<ul style="list-style-type: none"> – educación escolar formal – capacitación de profesores y monitores – utilización del tiempo libre – campañas publicitarias. 	<ul style="list-style-type: none"> – Ministerio de Educación – Ministerio de Salud – Depto. OS VII Carabineros – Investigaciones de Chile – YMCA - Iglesias – Municipalidades 	<ul style="list-style-type: none"> – contenidos programáticos en educación formal. – charlas y otras actividades de divulgación – talleres de desarrollo personal para jóvenes – cursos de capacitación a profesionales – medios de comunicación social. – técnicas de grupo – técnicas audio-visuales
Prevención Secundaria	<ul style="list-style-type: none"> – atención de salud general y especializada – centros de atención de adolescentes 	<ul style="list-style-type: none"> – Servicios de Salud – Centros Municipales de Adolescencia – Policlínicos de instituciones varias (universidades, Iglesias, etc.) 	<ul style="list-style-type: none"> – diagnóstico – tratamientos generales – tratamientos especializados psicológicos y psiquiátricos.
Prevención Terciaria	<ul style="list-style-type: none"> – rehabilitación de drogadictos – rehabilitación de niños adictos a inhalantes 	<ul style="list-style-type: none"> – Servicios de Salud – Centros Municipales de Adolescencia – Otros centros 	<ul style="list-style-type: none"> – internamiento temporal – hospital diurno – técnicas de reinserción social y capacitación laboral

150. CONSIDERACIONES EN RELACION A LA INHALACION DE SOLVENTES VOLATILES Y SU PREVENCION

Drs. Luis Caris, Francisco Brenil, Nelson Alvarez
(Escuela de Salud Pública, Facultad de Medicina, Universidad de Chile)

El abuso de los solventes volátiles en Chile ha aumentado especialmente desde la década del 70, donde su consumo se ha modificado, especialmente en niños de sectores marginales y desde 1980, el más importante después del alcohol y el con mayor crecimiento de las sustancias capaces de provocar farmacodependencia.

Descripción de los consumidores

1. Edad: estudios nacionales e internacionales señalan que difiere del resto de las farmacodependencias en el grupo etario, pues en éste el consumo se inicia más tempranamente, a los 6 ó 7 años, hasta los 17 años con un promedio de 12 a 13 años.
2. Sexo: predomina en el hombre y probablemente porque la niña tiene mayor ocupación del tiempo libre en actividades domésticas, y habría mayor aceptación de la inhalación en los niños como factor socio-cultural.
3. Nivel Socio-económico: habitualmente se da en sectores bajo y marginal, probablemente en parte debido a la fácil accesibilidad en el comercio, como el menor costo en relación a otras sustancias.
4. Escolaridad: tienen por lo general baja escolaridad, o niños que están desertando en forma temprana de la enseñanza básica.
5. Familia: clásicamente la familia del inhalador sería una desintegrada, marginal, con ausencia de una de las figuras paternas y con frecuencia cuando el padre está presente, éste es alcohólico y la relación entre padres e hijos es de agresividad y violencia.

Doble marginalidad

Estos niños son en general marginales con respecto a la sociedad, y dentro de su contexto son marginales, producto de su conducta inhalatoria, esto hace difícil la captación del farmacodependiente y difícil el proceso de rehabilitación.

Además presentan, en general, una baja auto estima y una vivencia de la temporalidad, sólo en el origen ahora, a pesar de a veces conocer los riesgos de la inhalación crónica de solventes volátiles.

Medidas de Prevención

Prevención Primaria: Debido a lo complejo del problema, esta prevención debe ser multidisciplinaria y de distintos sectores:

- a) Justicia: — Control del expendio de solventes a menores.
— Agregando olores desagradables a los solventes volátiles como norma legal.
— Control sobre el nombre comercial de los pegamentos (Capo, Boon).
- b) Salud: — Educación para la vida familiar a través de los distintos programas.
- c) Educación: — Escuela para padres
— Actividades de tiempo libre y recreación.

Prevención Secundaria

- a) Justicia: — Seguimiento de los niños detenidos por vagancia o conductas delictuales.
- b) Salud: — Control y seguimiento de niños de alto riesgo para el diagnóstico precoz de los casos.
— Capacitación a profesores líderes de la comunidad.
- c) Educación: — Seguimiento de los niños con ausentismo injustificado.
— Control de niños con baja del rendimiento escolar, seguimiento de sus problemas económicos, o de padres separados.
— Actividades de recreación de grupos susceptibles.

Prevención terciaria

- a) Justicia: — Incorporar la inhalación de solventes volátiles a la Ley de Drogas.
- b) Salud: — Realizar tratamientos para mejorar su autoestima a través de terapia ocupacional y de grupos.
— Incorporar la familia al tratamiento.
- c) Educación: — Tratar de reinsertarlo a la enseñanza formal.

151. TASAS DE INTERRUPCION DEL CICLO FAMILIAR Y CAMBIOS EN SU ESTRUCTURA

Sra. Sylvia Pessoa y Sr. Sergio Vargas
(Escuela de Salud Pública, Facultad de Medicina, Universidad de Chile)

La estructura familiar está expuesta a ciertos eventos entrópicos de la naturaleza biológica y social. La mortalidad de ambos o uno de los cónyuges, la nulidad, la separación, el desaparecimiento de uno de ellos (abandono), interrumpen su regularidad (funcionalidad). La permanencia de la estructura familiar en el tiempo puede ser observada como un continuo, donde es fácil observar etapas y cuyos hitos permiten diferenciarlas. El Ciclo Familiar representa conceptualmente los siguientes momentos: a) la constitución de la pareja; b) el nacimiento del primer hijo; c) el nacimiento del último hijo; d) el alejamiento del primer hijo; e) el alejamiento del último hijo; f) el fallecimiento del primer cónyuge; y g) la muerte del cónyuge sobreviviente.

La interrupción del ciclo familiar tiene connotaciones importantes para la sociedad y sus componentes. Un sinnúmero de factores concurren en el desencadenamiento de este hecho, de los cuales hay un número importante que no se registra y otros permanecen no estudiados.

El marco de referencia del estudio considera que la familia es el núcleo básico de toda sociedad. Las formas que en ésta se estructuran, están definidas culturalmente de acuerdo a una regulación normativa y simbólica, como asimismo, las funciones que ella cumple en relación a sus componentes. Dentro de estas funciones aparecen como las más relevantes los procesos de procreación y de socialización. La primera dice relación con el reemplazo de los miembros del sistema social, y la segunda, con los mecanismos de integración al sistema; estos procesos pueden definirse como un ciclo que tiene regularidad en el tiempo, cuyo primer hito es la constitución de la pareja, y como último hito, el desaparecimiento de ambos cónyuges. En este continuo podemos observar una serie de eventos: nacimientos, muertes, separaciones, abandonos, etc., que van a modificar el desarrollo normal del ciclo.

Los objetivos de este estudio fueron estudiar las tendencias de la disolución de los grupos familiares y conocer los cambios experimentados considerando la edad y el sexo de los cónyuges. El estudio de esta tendencia se vio limitado por la imposibilidad de registrar todos los eventos de separación, abandonos, y sólo se dispuso de información de las nulidades. Fue posible rescatar alguna información relativa a la disolución por muerte de uno de los cónyuges, la cual, agregada a la anterior, siguen constituyendo una parte mínima de los eventos mencionados. No obstante esto, se decidió realizar el estudio sobre la base de las nulidades y defunciones con el propósito de analizar algunos hechos en relación a la evolución de la interrupción del ciclo familiar.

Material y Método

Para estos propósitos se utilizaron las estadísticas censales entre los años 1970-1982. Se definió este período por no disponer de información más reciente que la de 1982, y en el caso de las anteriores a 1970, la información se encontraba presentada en forma menos detallada que la requerida para el estudio. Se procedió a calcular las Tasas de Interrupción del Ciclo Familiar por Nulidad y Mortalidad de uno de los cónyuges para los años estudiados, y su distribución por edad en quinquenios y por sexo.

Resultados y Conclusiones

La información obtenida permite alcanzar las siguientes conclusiones:

- a) La Tasa General de Nulidad ha experimentado cambios violentos en el período de estudio, duplicándose entre 1970 y 1983, alcanzando en este último año el valor más alto del período.
- b) A partir de 1973 la Tasa desciende en forma suave hasta 1975, descenso que continúa levemente más acentuado hasta 1983.
- c) Al estudiar el comportamiento de las Tasas de Nulidad por edad para ambos sexos, encontramos curvas asimétricas que muestran las tasas más altas entre las edades de 25 y 30 años. Este comportamiento se observa en todos los años estudiados con niveles distintos, siendo las tasas más altas en todas las edades las del año 1973.
- d) Al estudiar el comportamiento de las Tasas por sexo, encontramos que en las mujeres las tasas más altas se dan entre los 20 y los 35 años de edad, en cambio en los hombres se dan entre los 25 y 40 años, situación que no es extraña, ya que el hombre sobrepasa en edad a la mujer en el momento de contraer matrimonio, según costumbre. Los niveles de las tasas en ambos grupos alcanzan valores máximos entre los años 1973-75, disminuyendo ostensiblemente hasta el año 1982. Es importante recalcar que mantiene una diferencia importante a niveles muy superiores al año 1970.

Los cambios observados en la tasa de interrupción por nulidad del ciclo familiar, es una forma de desintegración familiar. Sociológicamente se explica este cambio a partir del proceso de urbanización industrial. La desintegración por nulidad o divorcio, que ha mostrado un incremento en los últimos años, ha sido interpretada como una consecuencia del acelerado proceso de urbanización con inmigración masiva, proceso de transculturación y quiebres generacionales, entre otros, a los cuales se les hace responsables del proceso de desorganización familiar. Lo anterior está directamente relacionado con los cambios económicos, sociales y tecnológicos, con los cuales la mujer ha sido la más favorecida. Esto se refleja en la liberación de la dueña de casa de las funciones tradicionales y con la disponibilidad de tiempo que le permite elegir múltiples alternativas de actividades. El trabajo aparece como una alternativa frente a la dominación masculina y como una valoración en sí mismo. El trabajo le define posiciones sociales que contribuyen a su autoestima y prestigio. Este ambiente de trabajo no actúa como control social, lo que la libera del estigma o tabú del divorcio o nulidad. Este ha sido un factor importante en el incremento de la tasa de divorcio y nulidad, lo que ha traído como consecuencia que muchas sociedades hayan reaccionado tratando de desalentar la partición familiar por estos mecanismos. La desintegración por nulidad o divorcio se ve aumentada por los efectos de la mortalidad.

TABLA No 1
TASAS DE NULIDADES POR EDAD
1970 - 1982

Edad	M U J E R E S					H O M B R E S				
	1970	1973	1975	1980	1982	1970	1973	1975	1980	1982
15 - 19	1,68	7,90	6,09	2,10	3,51	3,15	3,69	2,84	0,00	0,00
20 - 24	10,19	21,17	23,02	13,27	11,96	12,77	17,77	15,14	9,75	8,37
25 - 29	14,50	29,77	30,18	27,69	24,04	12,91	25,90	27,59	22,49	19,87
30 - 34	14,04	27,26	26,16	26,01	23,15	13,47	30,56	28,85	26,14	24,26
35 - 39	11,56	23,28	16,54	18,10	18,28	11,73	24,25	26,83	22,32	21,24
40 - 44	9,49	20,79	18,91	12,74	12,78	9,71	21,74	19,26	15,24	14,35
45 - 49	7,54	14,08	12,07	10,13	9,73	6,07	16,66	15,88	11,73	12,54
50 - 54	5,97	12,29	7,68	8,04	10,88	5,20	16,81	13,41	10,77	10,33
55 - 59	3,80	8,90	7,68	6,85	7,95	3,49	9,39	9,54	8,46	8,78
60 - 64	1,73	5,84	6,52	4,44	5,04	2,15	9,22	6,87	4,59	8,24
65 y más	1,64	7,13	1,93	2,92	3,48	-	6,22	3,38	3,26	3,57
TOTAL	9,50	19,90	19,11	15,65	14,93	9,50	19,90	19,11	15,65	14,93

152. ESTRUCTURA FAMILIAR DEL LACTANTE HOSPITALIZADO

Drs. Carlos Hidalgo, Octavio Arriagada, Carlos Barrientos, Leonardo Bartolotti, Juan Delgado, Pablo Galaz, Verónica Herrera.

(Departamento de Pediatría, Hospital Paula Jaraquemada)

Considerando la importancia de la estructura familiar en el desarrollo y salud del lactante, es que decidimos hacer un estudio sobre la estructura familiar del lactante hospitalizado, a fin de ver si en su familia habían factores de riesgo que favorecieran su enfermedad y necesidad de hospitalización.

Materiales y Método

Se entrevistó a 104 madres, elegidas al azar, durante su visita al Servicio de lactantes (menores de 2 años), hospitalizados en el Servicio de Pediatría del Hospital Paula Jaraquemada durante el mes de Agosto de 1986. Se les aplicó en forma persona e individual, una encuesta socioeconómica obtenida en el Instituto de Nutrición y Tecnología de los Alimentos, en la cual se consignan los siguientes datos: ¿cuántas personas viven en su casa?, estado civil, situación del padre en el hogar (¿abandono?), educación del jefe de hogar, trabajo del jefe de hogar, previsión, situación legal del terreno en que viven, tipo de vivienda, existencia o no de promiscuidad (relación camas/personas), disponibilidad de agua potable, alcantarillado, disposición de basuras, cocina y bienes con que cuenta la familia (T.V., máquina de coser, lavadora, refrigerador, auto).

Además se realizaron 25 visitas domiciliarias a familias encuestadas, encontrándose un domicilio falso y en el resto de los casos hubo concordancia entre lo dicho en la encuesta y la realidad.

Resultados

El 46,20/o de las familias están constituidas por 3 a 6 personas, el 34,60/o por 7 a 9 personas, el 9,60/o por 10 a 12 personas, el 5,80/o por 1 a 3 personas y sólo el 3,80/o por 13 a 15 personas. En relación al estado civil, el 59,60/o de los padres están casados, un 17,30/o vive en relación libre (2 solteros), un 13,50/o, padres separados con conviviente y un 9,60/o separados sin conviviente.

En cuanto a la situación del padre en el hogar, en un 76,90/o no hay abandono, el 13,70/o presenta abandono parcial, pero con ayuda económica, el 9,60/o, abandono total, y el 1,90/o, abandono parcial sin ayuda económica. Educación del jefe de hogar: 59,60/o enseñanza básica completa o media incompleta o técnica incompleta; el 28,80/o, media completa o técnica completa, el 9,60/o básica incompleta. Llama la atención que hubo 00/o de analfabetos y de educación universitaria incompleta, y sólo una persona con educación universitaria completa, que resultó un constructor civil trabajando en el POJH. Ocupación del jefe de hogar: 30,80/o en POJH, PEM, pololos, trabajo independiente. 30,80/o obrero estable, empleada doméstica o cualquier oficio estable. 230/o obrero estable, calificado, pequeño taller, almacén, empleado de baja calificación o de baja graduación, FF.AA.

Previsión: 500/o sin previsión, 26,90/o asegurado, 11,50/o AFP.

Sitio en que viven: 55,80/o allegados, 23,10/o dueños, 9,60/o toma de sitio, 5,80/o paga dividiendo por el sitio que ocupa, 1,90/o en préstamo y 1,90/o arrendatario. En cuanto a casa, 32,70/o población tipo Corvi, Serviu, 23,10/o casa de madera con más de tres piezas, 19,20/o casa sólida unifamiliar menor de 140 m², 15,40/o casa de madera de 2 piezas, 5,80/o casa sólida de más de 140m² y un 3,80/o de autoconstrucción.

Promiscuidad: 36,50/o sí, y en un 63,50/o no había promiscuidad.

Agua: 11,50/o la consigue por acarreo y 88,50/o por red de cañería.

Excretas: 00/o a campo abierto, 3,80/o pozo negro y 96,20/o alcantarillado.

Basuras: 46,20/o las retiran 2 veces por semana, 32,70/o las retiran 3 veces por semana, 15,40/o, 1 vez por semana y 5,80/o, 4 y más veces por semana.

Cocina: 84,60/o en pieza independiente y 15,40/o, no independiente.

Discusión

Si bien la mayoría de los pacientes parece tener una situación familiar estable (alto porcentaje de casados, viviendo juntos), hay un alto porcentaje de estas familias viviendo como allegadas, con trabajos de baja remuneración, sin previsión y con alta frecuencia de promiscuidad. Creemos que estos son factores importantes en la enfermedad y hospitalización de estos pacientes. Sin embargo, se requiere un estudio más profundo que permita correlacionar factores como tiempo de hospitalización versus situación familiar e incidencia de enfermedades durante la vida de los pacientes.

Conclusiones

La inestabilidad laboral, la situación de vivienda y la promiscuidad son factores importantes en la morbilidad del lactante. Se requiere un estudio complementario (en vías de realización) para determinar otros factores asociados (desnutrición, enfermedades concomitantes, etc.).

153. PREVALENCIA DE ESTADO NUTRITIVO EN UNA POBLACION RURAL (MARIA PINTO — 1985)

Sra. Gloria Páez, Drs. Adriana Carretero, M. Rathkamp, Rodrigo Hernández, y Srs. Alvaro Ojeda, José Orellana, Egon Pjaff, Luis Pinto y Boris Morán.
(Depto. Salud Pública, División Ciencias Médicas Occidente, Facultad de Medicina).

Se decide efectuar este trabajo tratando de cumplir con la evaluación indirecta sugerida por un estudio similar realizado en Octubre de 1981, en la localidad de María Pinto. La municipalización se realizó al término de ese año, considerándose oportuno iniciar a partir de ese primer estudio, evaluaciones periódicas al estado nutricional (E.N.) en la población infantil.

Para muchos es claro que la desnutrición es consecuencia de la pobreza y subdesarrollo, especialmente en la población menor de seis años. Sin embargo, en Chile esta correlación no se observa en las dos últimas décadas, demostrando que es posible mejorar la salud y nutrición, aún cuando no se produzca un desarrollo económico sustantivo. El Ministerio de Salud usa como uno de sus indicadores más eficaces determinar la prevalencia de la desnutrición infantil y tasas de morbilidad para medir el nivel de salud e, indirectamente, el nivel de vida de esta comunidad.

Material y Método

La Comuna de María Pinto, está situada a 70 Km. de Santiago, corresponde a una zona agrícola que cuenta con servicios públicos básicos de Educación y atención de salud. Según censo 1982, su población total es de 7.709 habitantes y de éstos, el 270/o es población infantil (2.081).

El trabajo fue realizado por los autores ajenos al Sistema Nacional de Servicios de Salud, enfocándose específicamente al estudio de la prevalencia de desnutrición infantil.

Las variables estudiadas fueron E.N. y las independientes asociadas, sexo, edad y talla. Se controlaron las variables del estudio de 1981, como la relación sexo y edad para la talla en relación con 1985. Se efectuó un corte transversal, tanto en centros abiertos como escuelas, para la obtención de la muestra, con un total de 1.426 (690/o), niños entre 10 años a 14 y más años comparativamente con los encontrados en 1985.

Los hombres fueron pesados con ropa interior y las niñas, además, con delantal; se utilizó balanza de brazo de palanca con intervalo de 100 grados que fueron calibrados diariamente. Para ello la talla, se usó una cinta métrica inextensible, se midieron los niños de pie, sin zapatos, con los tobillos unidos, con talones, nalgas, hombros y cabeza al plano vertical.

Se clasificó el estado nutricional de los niños de acuerdo a los valores de Sempe. La nomenclatura usada fue la habitual, considerando eutróficos a los situados entre + 1 D.T.; D₁: entre HAIDTY - 1 y -2 DT.; D₂: entre -2 y -3 DT.; D₃: valores inferiores a menos 3 D.T. Las edades fluctuaron entre los 2 y 16 años 11 meses.

Objetivos

1. Establecer la distribución del estado nutricional de la población infantil entre dos y catorce años según sexo y grupo etario.
2. Comparar las prevalencias encontradas con las de un grupo anterior realizado en 1981.
3. Comparar la prevalencia de las distintas tallas, edad y sexo entre diez y catorce años en los años 1981 y 1985.

Resultados

La población estudiada en 1981 fue de 1.148 con un 53,40/o de varones y un 46,60/o de mujeres, y en 1985 fue de 520/o masculino y 480/o femenino.

En la población estudiada se encontró un 780/o de eutrofia y un 220/o de desnutrición, dentro de la cual hubo 20,30/o de D₁; 1,80/o de D₂ y 0,20/o de D₃.

Hubo un mayor porcentaje de desnutrición en hombres (24,20/o) que en mujeres (19,6 por ciento), diferencia que fue significativa estadísticamente ($p < 0,001$).

En cuanto a edad, la prevalencia de desnutrición fue menor en el grupo etario menor de 10 años con un 22,50/o, entre 10 y 14 años fue de un 23,20/o y sobre 14 años fue de un 23,80/o.

La prevalencia de eutrofia se mantuvo en valores similares en los diferentes grupos etarios (entre 76-780/o).

Al considerar sexo y grupo etario, la prevalencia de eutrofia fue mayor en mujeres que en hombres en los grupos etarios mayores de 10 años, con un 850/o contra un 72,60/o. En cambio, en los menores de 10 años, ésta fue mayor en los hombres (78,40/o contra 76,40/o).

En lo referente a la talla, solamente se estudió el grupo etario de 10-14 años, de los cuales el 49,60/o estuvo dentro de los límites normales de talla.

El 44,20/o de los niños de ambos sexos tiene una talla inferior a lo normal, y sólo el 5,90/o tiene una talla superior a lo esperado para su edad. El 16,970/o de las mujeres y el 16,30/o de los hombres tenían estaturas menores de 2 D.S.

Al comparar nuestros resultados con los obtenidos con anterioridad en el estudio realizado en Noviembre de 1981 en la localidad de María Pinto, cabe destacar la disminución de la prevalencia de desnutrición en la población estudiada, desde un 29,20/o a un 220/o.

Coincidimos en que la desnutrición afecta más a los hombres que a las mujeres, considerando toda la población. En 1981 la desnutrición en hombres fue de un 35,20/o contra un 22,20/o en mujeres. En el presente trabajo los porcentajes fueron de 24,2 y 19,60/o respectivamente.

TABLA Nº 1

**ESTUDIO COMPARATIVO DE LA POBLACION ESTUDIADA.
DISTRIBUCION POR GRUPO DE EDAD Y SEXO 1981-1985**

Edad (años)	1981			1985		
	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total
	o/o	o/o	o/o	o/o	o/o	o/o
- 14	48,0	43,8	91,8	46,6	45,0	92,0
+ 14	5,4	2,8	8,2	5,4	3,0	8,0
TOTAL	53,4	46,6	100,0	52,0	48,0	100,0
	n = 613	n = 535	n = 1.148	n = 742	n = 684	n = 1.426

$p < 0,001$

TABLA Nº 2

**PREVALENCIA DE DISTINTOS ESTADOS NUTRITIVOS POR GRUPO DE EDAD Y SEXO
MARIA PINTO-1985**

Estado Nutritivo	Sexo Masculino			
	- 10	10 - 14	+ 14	Total
	o/o	o/o	o/o	o/o
Eutrofia	78,4	72,2	74,0	75,8
D ₁	19,5	25,5	24,6	22,2
D ₂	1,8	2,3	1,3	1,9
D ₃	0,3	0,0	0,0	0,1
TOTAL	100,0	100,0	100,0	100,0
	n = 399	n = 266	n = 77	n = 742

TABLA Nº 3

**PREVALENCIA DE DISTINTOS ESTADOS NUTRITIVOS POR GRUPO DE EDAD Y SEXO
MARIA PINTO-1985**

Estado Nutritivo	Sexo Femenino					
	- 10	10	- 14	+ 14		Total
	o/o	Nº	o/o	Nº	o/o	o/o
Eutrofia	76,5	232,0	85,6	35,0	81,4	80,4
D ₁	21,9	33,0	12,2	7,0	16,3	17,7
D ₂	1,1	6,0	2,2	1,0	2,3	1,6
D ₃	0,5	0,0	0,0	0,0	0,0	0,3
TOTAL	100,0	271,0	100,0	43,0	100,0	100,0
	n = 370	n = 271	n = 43			n = 684

154. ¿EXISTE HAMBRE EN CHILE?

INFORME DE LA REALIDAD ALIMENTARIO NUTRICIONAL EN ALGUNOS SECTORES

Drs. Cecilia Albala, Gonzalo Vargas y Giorgio Solimano
(Departamento de Salud Pública, Consejo Regional Santiago del Colegio Médico).

El interés de este trabajo es comunicar los resultados de un Seminario al que concurrieron especialistas del área alimentario nutricional. Se buscaba responder la pregunta que encabeza esta presentación.

En primer término, investigadoras de la realidad poblacional entregaron antecedentes sobre el nivel de ingresos a nivel popular, señalando que sobre el 50% del gasto familiar se hace en alimentos, y de éste el mayor porcentaje se gasta en pan. Cerca del 70% de las familias no alcanza a cubrir los requerimientos diarios de calorías.

Una forma de enfrentar el problema del hambre ha sido la organización de ollas comunes, que sólo en el sector oriente de Santiago atienden a 5.683 personas al día. Aportan en promedio 500 cal/día, lo que constituye un 40% de la dieta familiar diaria.

Se analizó, además, la situación nutricional de diferentes grupos etáreos, llamando la atención la estabilización de algunos indicadores (desnutrición infantil y bajo peso al nacer) y el deterioro de otros (nutrición materna y talla de escolares).

En cuanto a los criterios para medir el problema, se mostró la diferencia en los niveles de desnutrición infantil, utilizando la referencia Sempé y OMS. Usando la propuesta por la OMS, la desnutrición se duplica. Se hizo hincapié en que la población infantil chilena tiene una distribución idéntica a esa referencia internacional y que, por lo tanto, Sempé subestima el problema.

Por último, se revisaron los principales programas alimentarios, llamando la atención al deterioro experimentado en el apoyo nutricional a embarazadas y a escolares. En cuanto a los menores de 6 años, se evidencia un énfasis curativo del programa y la implementación de medidas que pesquistan sólo al deterioro del estado nutricional, por la necesidad de entregar ese programa "focalizado".

Una mención especial se hizo al pequeño porcentaje del gasto social que implicaban los programas alimentarios, comparado con el que significaban las pensiones de algunos sectores sociales.

155. INFLUENCIA DEL PESO DE NACIMIENTO, DURACION DE LA LACTANCIA NATURAL EXCLUSIVA Y NIVEL SOCIOECONOMICO SOBRE LA EDAD DE INICIO DE LA DESNUTRICION

Srs. Ena Raby, Samuel Acuña, Carmina Alarcón, M. Elena Anguita, Marta Bustos, Ruth Caro, Cecilia González, Carolina Ojeda, Miriam Pinilla y Luis Urrutia.
(Facultad de Farmacia, Carrera de Nutrición y Dietética, Universidad de Concepción).

Como tanto la desnutrición como la edad de inicio del déficit nutricional dependen de múltiples factores, este estudio tuvo como objetivo principal determinar la relación entre la edad de inicio de la desnutrición (variable dependiente) con el peso de nacimiento, duración de la lactancia natural exclusiva y nivel socioeconómico (variables independientes).

La investigación se realizó en forma retrospectiva en una cohorte de 622 niños menores de 6 años que presentaban desnutrición leve según peso/talla en el mes de Febrero de 1986, en control en 5 Consultorios del Servicio de Salud Concepción-Arauco y un Consultorio del Servicio de Salud Talcahuano.

Resultados

Como se observa en las Tablas 1 y 2, se encontró evidencia de que hay asociación significativa entre la edad de inicio de la desnutrición con el peso de nacimiento y con la duración de la lactancia natural exclusiva, respectivamente. El peso de nacimiento influyó en un 4,60/o y la duración de la lactancia materna en un 7,90/o sobre la edad de inicio del déficit nutricional. En cambio, no hubo evidencia de asociación significativa con el nivel socioeconómico de las familias; esto pudo deberse a que todo el grupo estudiado pertenece a estratificaciones sociales bajas y, por lo tanto, las diferencias que existen entre los CAS 1, 2, 3, 4 y 5 no son bastante sustantivas para que se pueda determinar la influencia del nivel socioeconómico.

Al calcular los riesgos de desnutrir de los niños con bajo peso de nacimiento (≤ 2.500 g.) y con peso insuficiente (2.501 - 3.000 g.), se encontró que estos dos grupos tienen mayor riesgo significativo de presentar déficit nutricional antes de los 6 meses de vida que los niños con peso de nacimiento normal.

También los niños que se alimentaron exclusivamente al pecho menos de 30 días y menos de 90 días, respectivamente, evidenciaron mayores riesgos significativos de iniciar la desnutrición en el primer año de vida que aquellos lactantes que accedieron a una lactancia natural más prolongada.

Estos resultados confirman la importancia que tienen estas dos variables para prevenir la desnutrición en la primera etapa de la vida de los lactantes, y son una prueba más de que todo el equipo de salud debe perseverar en su afán de obtener buenos pesos de nacimiento y de fomentar la lactancia materna por un período mínimo de 6 meses.

TABLA No 1

DISTRIBUCION DE LA EDAD DE INICIO DE LA DESNUTRICION LEVE SEGUN EL PESO DE NACIMIENTO

Edad de Inicio de Desnutrición Leve												
Peso de nacimiento (g)	< 6 m		6 m-11 m 29 d.		12 m-23 m 29 d.		2 a-3 a 11 m 29 d		4 a-5 a 11 m 29 d		Total	
	n	o/o	n	o/o	n	o/o	n	o/o	n	o/o	n	o/o
≤ 2.500	26	30,6*	33	38,8	20	23,5	6	7,1	0	0	85	100
2.501 – 3.000	49	21,5	84	38,8	56	24,8	31	13,6	8	3,5	22,8	100
3.001 – 4.000	40	13,3	118*	39,2	88	29,2	42	14,0	13	4,3	301	100
> 4.000	3	37,5	0	0	1	12,5	3	37,5	1	12,5	8	100
TOTAL	118	19,0*	235	37,8	165	26,5	82	13,2	22	3,5	622	100

$$X^2 = 30,24$$

$$p < 0,05$$

$$c = 0,215$$

* p < 0,05 peso de nacimiento ≤ 2.500 g. versus total del grupo.

TABLA Nº 2

DISTRIBUCION DE LA EDAD DE INICIO DE LA DESNUTRICION LEVE SEGUN LA DURACION DE LA LACTANCIA NATURAL EXCLUSIVA

Duración Lactancia natural exclusiva	Edad de Inicio de Desnutrición Leve											
	< 6 m		6 m-11 m		12 m-23 m		24 m-31 m		32 m-41 m		42 m-51 m	
	n	o/o	n	o/o	n	o/o	n	o/o	n	o/o	n	o/o
≤ 30 días	46	32,2*	59	41,2	20	14,0	13	9,1	5	3,5	143	100
31 – 90 días	40	19,5	78	38,1	51	24,9	30	14,6	6	2,9	205	100
91 – 180 días	27	16,7	64	39,5	47	29,0	20	12,3	4	2,5	162	100
> 180 días	5	4,4	34	30,4	47	42,0*	19	17,0	7	6,2	112	100
TOTAL	118	19,0*	235	37,8	165	26,5*	82	13,2	22	3,5	622	100

$$X^2 = 53,91 \quad p < 0,05 \quad c = 0,282$$

* $p < 0,05$ lactancia natural exclusiva ≤ 30 días versus total del grupo.

• $p < 0,05$ lactancia natural exclusiva > 180 días versus total del grupo.

156. CONOCIMIENTOS Y CREENCIAS RELATIVOS A LA ALIMENTACION DEL LACTANTE QUE POSEEN MADRES DE NIÑOS NORMALES O EN RIESGO BIOMEDICO

Nutr. Víctor González, Drs. M. Patricia Cordella y Manuel Berríos, y Srs. Elizabeth Berger, Luz Conejera y Gany Bertolini

(Hospital-Consultorio Til Til, S.S. Metropolitano Norte)

Con el propósito de caracterizar el nivel de conocimientos alimentarios de las familias de lactantes de 0-1 año de edad, se entrevistó a madres del 68º/o de los niños de ese grupo etario, que se controlan en el área urbano rural del Consultorio Til Til (Servicio de Salud Metropolitana Norte).

La muestra de 122 madres incluyó a 91 niños sin Riesgo Biomédico (Grupo Normal) y 31 niños con Riesgo Biomédico de Desnutrir o ya en Déficit Nutricional Activo (Grupo Riesgo). El 63º/o de las madres del grupo Normal tenía nivel de instrucción entre 5º y 8º Básico o Educación Media incompleta, con una paridad de 1 a 2 hijos vivos. Por su parte, el 61º/o de los entrevistados del grupo Riesgo presentó el mismo nivel de instrucción, pero con una paridad de 2 a 4 hijos vivos.

Los entrevistadores fueron miembros del Equipo de Salud entrenados por profesionales capacitados. El instrumento de medición estructurado consideró aspectos de la alimentación del niño menor de un año, en vista a que es en este grupo etario donde se gestan los principales problemas de déficit nutricional. Se incluyeron tres ítems de medición:

1. Valoración: se interrogó sobre el valor nutritivo que le asignarían a 35 alimentos, los que se agruparon posteriormente en siete rubros para efectos de análisis.
2. Selección: se presentó al entrevistado la opción de elegir alternativamente 32 preparaciones alimentarias. Técnicamente esta selección correspondía a la identificación de 8 combinaciones o mezclas de alimentos de apropiado valor nutritivo y digestibilidad para un lactante.
3. Actitudes: se investigó la conducta probable frente a 16 mitos populares relativos a la alimentación del lactante, ofreciéndose la posibilidad de aceptarlos, rechazarlos, o dudar de su veracidad.

En la Tabla Nº 1 se muestran los resultados obtenidos de la valoración de alimentos. El análisis se efectuó conjuntamente para ambos grupos, ya que no se evidenciaron diferencias importantes entre la población Normal y Riesgo. Los vegetales, frutas, cárneos y alimentos lácteos fueron los que presentaron mayor puntuación.

Los alimentos predominantemente energéticos de los rubros 4 y 6 (cereales, leguminosas y grasas) fueron valorados en forma intermedia, mientras que a los nervinos y sucedáneos azucarados se les asignó el más bajo puntaje. Los sucedáneos cárneos, sin embargo, aparecieron con una apreciación de valor nutritivo mediana.

El análisis de Selección alternativa de preparaciones mostró que ambas poblaciones, Normal y Riesgo, tienen alta probabilidad de realizar una elección incorrecta si se considera el valor nutritivo. Se observó una especial relación entre la valoración alimenticia que los Grupos hicieran de los sucedáneos cárneos (Tabla 1) y la preferencia de éstos frente a otros alimentos o mezclas de mayor valor nutritivo. Se encontró, además, que los Grupos eventualmente utilizarían alimentos y/o preparaciones de digestibilidad inapropiada para un lactante.

En la Tabla Nº 2 se muestran seis creencias alimentarias para las cuales la población entrevistada declaró interesantes posiciones. El grupo Normal acusó alta probabilidad de aceptar los mitos 1 y 2, los que suponen ciertos efectos nocivos de algunos alimentos refinados. La población Riesgo presentó, asimismo, escasas probabilidades de rechazarlos, excepto el que se refiere al aceite vegetal.

Creencias relativas a la alimentación láctea parecen ser aceptadas en su mayoría por la población Normal, en tanto que el grupo Riesgo manifestó conductas preferencialmente de rechazo.

Frente a lo expuesto se desprende que:

- Los alimentos proteicos y aportadores de vitaminas y minerales son especialmente apreciados por las madres de niños normales y en riesgo biomédico. Existe, sin embargo, una confusión respecto al supuesto valor nutritivo que se le asigna a los productos de extracción de alimentos cárneos.
- Pese a que la población en estudio reconoce individualmente algunos alimentos de adecuado valor nutritivo, en determinadas situaciones puede seleccionar y consumir alimentos o mezclas inapropiadas.
- Creencias erróneas sobre la lactancia materna y alimentación general del lactante son aceptadas por las madres de niños normales. Las madres de niños en riesgo parecen tener una conducta más acertada respecto a algunos de estos conceptos populares.

Es así que el nivel de conocimientos de la población estudiada es aparentemente homogéneo, siendo levemente superior el de aquellas madres de niños en riesgo de desnutrir o ya desnutridos. Esta situación puede tener relación con una paridad más alta en este grupo, un mayor acceso a controles y consultas especializadas y/o a una mayor participación en actividades educativas.

Es necesario, empero, investigar cuáles son las causas que participan negativamente en las prácticas alimentarias, y otros factores de incompetencia familiar que determinan el daño nutricional.

TABLA Nº 1

APRECIACIONES DE VALOR NUTRITIVO DE 35 ALIMENTOS AGRUPADOS, SEGUN LAS REFERENCIAS DE MADRES DE NIÑOS 0-1 AÑO. CONSULTORIO TIL TIL, 1986

Grupos Alimentarios	Puntaje	Valoración
1. Vegetales frescos y frutas	4,2	Alta
2. Alimentos cárneos y huevos	3,9	Alta
3. Productos lácteos naturales o elaborados	3,9	Alta
4. Cereales y leguminosas	3,7	Mediana
5. Sucedáneos cárneos (productos de extracción)	3,6	Mediana
6. Grasas y aceites	3,5	Mediana
7. Sucedáneos azucarados y nervinos	2,3	Baja

Escala de Valoración Nutritiva:

ALTA: 3.8-5 pts.

MEDIANA: 2.4-3.7 pts.

BAJA: 1-2.3 pts.

TABLA Nº 2

ACTITUDES PROBABLES FRENTE A CREENCIAS Y MITOS RELATIVOS A LA ALIMENTACION DEL LACTANTE. CONSULTORIO TIL TIL, 1986.

Creencias Populares	Probabilidad de Aceptar		Probabilidad de Rechazar	
	Normal	Riesgo	Normal	Riesgo
1. El exceso de azúcar produce lombrices	0,91 **	0,87 **	0,03 *	0,13 *
2. Consumir mucho aceite debilita los huesos	0,66 **	0,39	0,21 *	0,48
3. Las bebidas alcohólicas favorecen la lactancia materna	0,59 **	0,42	0,25 *	0,42
4. La lactancia materna debe ser lo más prolongada posible	0,56 **	0,65 **	0,41	0,32
5. Las fórmulas lácteas concentradas son más alimenticias	0,53 **	0,45	0,47	0,55
6. La leche materna delgada no alimenta	0,41	0,32	0,53	0,68

** Alta probabilidad de Aceptar : $\geq 0,50$

* Escasa probabilidad de Rechazar : $\leq 0,25$

157. LOS CONSUMIDORES DE SOPA PURE DISTRIBUIDA EN EL PROGRAMA NACIONAL DE ALIMENTACION COMPLEMENTARIA

Sra. María Angélica Mardones y Ricardo Catricheo
(Instituto Profesional de Chillán)

Considerando que el Programa Nacional de Alimentación Complementaria entrega desde 1983 un alimento llamado Sopa Puré, a lactantes de 3 a 23 meses de edad, se quiso evaluar la aceptabilidad de este producto a través de un estudio de consumidores, con el fin de ayudar a optimizar el programa.

Para cumplir con esto, se estudiaron 462 niños beneficiarios del Programa Nacional de Alimentación Complementaria, pertenecientes a los 4 Consultorios del Servicio de Salud de Ñuble, correspondientes a una muestra calculada con un 95% de confianza y un 1% de precisión, que representa a 1.942 niños registrados hasta el 30 de septiembre de 1984.

Se utilizó una muestra probabilística, estratificada, con afijación proporcional, la selección fue sistemática con número de arranque 3 y un factor de expansión de 5.

La unidad de análisis fue el niño beneficiario.

Las fuentes de información fueron: la tarjeta de control del beneficiario en el PNAC, y la madre o persona que cuida del niño, a través de las respuestas entregadas.

Instrumento utilizado, un cuestionario semiestructurado, confeccionado para la ocasión, con preguntas que abarcan tres rubros:

- a) Aceptabilidad y uso
- b) Características sensoriales
- c) Marketing

La metodología utilizada para la aplicación del cuestionario, fue la entrevista directa realizada por los autores y personal adiestrado (Nutricionistas de los Consultorios respectivos).

Resultados y Conclusiones

El 94% de las madres de los lactantes encuestados retiran la Sopa Puré, esto indica que la asistencia a los controles de salud es óptima.

Sólo el 28% de las madres o persona que cuida del niño, prepara la Sopa Puré según norma.

La dilución intrafamiliar de la Sopa es alta, 57%.

En el rubro características sensoriales, se detectaron problemas de aceptabilidad para el olor, 45% de los consumidores lo rechazan, el sabor es rechazado por el 41%.

En el rubro Marketing, al 100% de los encuestados les gustaría que se hiciera propaganda a la Sopa Puré, donde el medio de comunicación masiva más indicado por ellos fue la T.V., y el 73% prefiere como actor publicitario a un funcionario de salud.

Luego sería conveniente investigar más a fondo y modificar las características sensoriales de olor y sabor de la Sopa Puré.

Hacer propaganda del producto en los medios de comunicación masiva para mejorar su uso y aceptabilidad.

158. ACEPTABILIDAD DE AGUA SOPA PURE DISTRIBUIDA POR EL S.N.S.S. A LACTANTES DE SALAS CUNAS DE CHILLAN

Sr. Ricardo Catricheo y Sra. María Angélica Mardones
(Instituto Profesional de Chillán)

El objetivo del estudio fue determinar la aceptabilidad de un alimento en polvo (Sopa Puré), destinado a lactantes entre 3-23 meses de edad, desnutridos o en riesgo de desnutrir, y que es distribuido por el Programa Nacional de Alimentación Complementaria (PNAC), a través del Sistema Nacional de Servicios de Salud en Chile. Se formuló un índice de aceptabilidad (I.A.), el que fue definido como la relación porcentual entre lo consumido de lo ofrecido, obteniéndose así I.A. para cada uno de los sabores estudiados (carne, verduras y choclo con verduras).

El estudio fue realizado con una población accidental cautiva de 32 lactantes (ambos sexos) entre 3-23 meses de edad, que asistían a dos Jardines Infantiles del área urbana de Chillán; los lactantes, en definitiva, eran eutróficos, con desarrollo sicomotor normal, con controles de salud e inmunizaciones al día, de hogares aparentemente bien constituidos y sin privación de afecto. Las muestras de Sopa Puré a probar se ofrecieron 3 veces para cada sabor con 4 días de descanso, fueron preparadas siguiendo las instrucciones del fabricante.

Los resultados arrojan un I.A. cuyo límite mínimo fue de 68, el que fue considerado aceptable por ubicarse lejos de la zona de rechazo para el alimento (menor de 40), el valor máximo obtenido fue de 86 de aceptación. No se encontraron diferencias significativas entre los I.A. de los tres sabores, al ser analizado aplicando análisis de varianza (ANOVA). Por lo tanto, ninguno de los sabores probados en este estudio, demostraron ejercer mayor o menor atracción sobre los lactantes, medido a través del I.A. descrito. Aparentemente los lactantes menores aceptarían mejor este nuevo alimento cuando se les entrega como su primera comida semi sólida, debido probablemente a que no conocen aún el sabor salado de la comida habitual del adulto. Los que ya habían probado comida de consumo familiar en el hogar, presentaron una mayor dificultad a la adaptación a este nuevo alimento.

159. SITUACION NUTRICIONAL DE NIÑOS DISCAPACITADOS

Sra. María C. Gaete y Drs. Eduardo Atalah, Nieves Hernández y M. Antonieta Blanco
(Depto. Nutrición, Facultad de Medicina, Universidad de Chile e Instituto de Rehabilitación Infantil de Santiago)

El aumento de la esperanza de vida de las poblaciones, a través de un mejor control de las enfermedades infecciosas y nutricionales y de otras medidas sanitarias, ha traído consigo un aumento de las patologías crónicas y degenerativas. Asimismo, el desarrollo tecnológico, la industrialización y la vida acelerada, han determinado un incremento de los accidentes del tránsito, del trabajo y del hogar, los que pueden producir secuelas permanentes. El número de personas discapacitadas en el mundo se estima en 514 millones, de los cuales más del 650/o vive en países en desarrollo, sin que disponga la mayoría de ellos, de servicios de rehabilitación. Al menos una de cada diez personas nace con o adquiere un impedimento físico, mental o sensorial, proporción que puede elevarse al 15 o 200/o según sean las condiciones incluidas.

En vista de la gravedad del problema es que en 1981 el Comité de Expertos de la OMS en Prevención de Incapacidades y Rehabilitación, encareció a todos los Gobiernos que actuaran con urgencia a este respecto y, en consecuencia, recomendó una vez más que la prevención y la rehabilitación de discapacitados formaran parte de la atención primaria de salud.

En Chile, se calcula que existen 500.000 personas en esta condición, incluyendo a las discapacidades físicas, sensoriales y mentales. Si se agregaran los silicóticos, los alcohólicos y los limitrofes mentales, la cifra se duplicaría. En 1980, C.C.C. Investigación Ltda., realizó un estudio para determinar la prevalencia de problemas neuro-músculo-esqueléticos en 4 ciudades del país, determinando que el 1,50/o de la población presentaba discapacidad por estas causas.

Los niños con discapacidades tienen mayor riesgo de desnutrir como resultado de una baja ingesta por dificultades para succionar, deglutir, masticar, aceptar alimentos o alimentarse por sí mismos, lo que los lleva a desviaciones importantes en el crecimiento y desarrollo. A ello se agrega la enfermedad de base, la cual en muchos casos determina per se una disminución del impulso de crecimiento. En nuestro país no se han realizado estudios para cuantificar la magnitud del problema, ni para determinar las causas que lo producen. Esto nos motivó a plantear este estudio, cuyo propósito principal es diagnosticar el estado nutricional de niños discapacitados que ingresan a un programa de rehabilitación y su evolución durante la permanencia en él.

El trabajo se realizó en el Instituto de Rehabilitación Infantil de Santiago, Sociedad Pro-Ayuda del Niño Lisiado, organización comprometida en la rehabilitación de los niños de 0 a 18 años con enfermedades invalidantes de los sistemas neuro-músculo-esquelético. Se estudiaron 100 niños que ingresaron entre Julio y Octubre de 1985 al programa de Rehabilitación de Jornada Completa. Se registró la edad del niño, tiempo de permanencia y grado de compromiso global de la discapacidad. Para determinar el nivel socioeconómico se aplicó la encuesta de Alvarez. El estado nutricional se evaluó a través de indicadores antropométricos al inicio y final del período de tratamiento: peso, estimación del peso de los segmentos faltantes, talla de pie, talla acostado, longitud del segmento superior, longitud del segmento inferior, perímetro de brazo y pliegues cutáneos.

La edad promedio del grupo fue de $6,0 \pm 3,7$ años, y el promedio de permanencia, $83,0 \pm 38,1$ días. El nivel socioeconómico predominante es el estrato bajo (550/o), aún cuando un 450/o de la muestra corresponde al nivel medio. Al ingresar al programa se encontró un 73,70/o de los niños con déficit de la relación peso-edad, destacando un 44,10/o con desnutrición moderada y grave (Tabla 1). Existe también una alta prevalencia de retardo estatural (830/o), que en un 370/o de los casos corresponde a un déficit grave. La situación es algo más favorable respecto a peso-talla (40,40/o de déficit), observándose incluso un 21,20/o con sobrepeso y obesidad.

El análisis de la composición corporal revela que el 60,10/o de los niños presenta una reserva proteica disminuida (área muscular braquial), y el 43,80/o, un déficit en la reserva energética (área grasa) (Tabla 2).

Durante la permanencia en el programa se observó un discreto deterioro en la relación peso-edad y talla-edad ($p < 0,05$), manteniéndose sin variaciones los otros indicadores.

El nivel socioeconómico, el tiempo de permanencia en el programa y el grado de compromiso global de la discapacidad no se correlacionó significativamente con la situación nutricional al ingreso ni con la evolución posterior.

Se concluye que los niños discapacitados presentan un alto grado de deterioro nutricional que no se corrige durante el programa de rehabilitación. La causa principal de este deterioro parece depender fundamentalmente de la presencia misma de la patología de base, a lo cual se agrega una información inadecuada en relación al manejo alimentario de estos pacientes. Los resultados demuestran la necesidad de incluir un programa de atención nutricional que permita una rehabilitación integral del niño discapacitado, lo que probablemente mejorará la efectividad de las acciones vigentes.

TABLA Nº 1

**ESTADO NUTRICIONAL INICIAL SEGUN INDICADORES ANTROPOMETRICOS
DE 100 NIÑOS DISCAPACITADOS DEL INSTITUTO DE REHABILITACION
1985**

Estado Nutricional	Peso-Edad o/o	Talla-Edad o/o	Peso-Talla o/o
Déficit Grave	20,2	37,0	8,1
Déficit Moderado	24,2	28,0	13,1
Déficit Leve	29,3	18,0	19,2
Normal	22,2	17,0	38,4
Sobrepeso	4,1	—	21,2
TOTAL	100,0	100,0	100,0

TABLA Nº 2

**DISTRIBUCION DEL AREA MUSCULAR Y AREA GRASA INICIAL DE 100 NIÑOS
DISCAPACITADOS DEL INSTITUTO DE REHABILITACION, 1985**

Percentiles	Area Muscular o/o	Area Grasa o/o
$< P_5$	31,6	21,4
$P_5 - P_{10}$	7,1	10,2
$P_{10} - P_{25}$	21,4	12,2
$P_{25} - P_{75}$	30,6	40,8
$P_{75} - P_{90}$	2,0	9,2
$\geq P_{90}$	7,3	6,2
TOTAL	100,0	100,0

160. UTILIZACION DEL PROGRAMA DE ALIMENTACION COMPLEMENTARIA EN UN CONSULTORIO URBANO

Dra. Guadalupe Verdejo y Srs. Ximena Aguilera, Yuri Dragnic, Clara Luxoro, Paulina Balboa, Patricia Frenz y Alejandro Valderrama

(Escuela de Salud Pública, Facultad de Medicina, Universidad de Chile)

El PNAC es la implementación de una política nacional de alimentación que pretende aumentar la disponibilidad de alimentos para satisfacer una necesidad básica de la población en forma más equitativa. Sus objetivos son: entregar alimentos, educar a las familias en esta área, fomentar la asistencia a consultorios y estimular cambios en los hábitos alimentarios. Numerosos estudios del programa han evaluado el uso y la valoración que de él tiene la población. Siempre resultará de vital importancia que los programas que destinan recursos y beneficios a los sectores más necesitados tengan el máximo de efectividad para el real cumplimiento de sus objetivos; por lo tanto, es necesario conocer la población beneficiaria y su comportamiento.

El propósito de este trabajo es contribuir a mejorar el aprovechamiento del PNAC y, por ende, el estado nutricional de los niños menores de 6 años bajo control.

Objetivos Generales

Describir el uso y aprovechamiento del PNAC por parte de los beneficiarios, determinar algunas variables socioeconómicas que influirían en él y asociarlas con el estado nutricional del niño.

Objetivos Específicos

Evaluar el retiro del PNAC, su duración, dilución intrafamiliar, preparación, etc., y su relación con variables socioeconómicas.

Material y Método

El estudio fue tipo exploratorio retrospectivo, descriptivo, pero con algunos elementos de análisis.

La muestra se obtuvo del tarjetero de Control Niño Sano, en el Consultorio La Pincoya de Santiago; fue aleatoria y estratificada por estado nutricional y edad del niño. Se seleccionó el número de entrevistados de acuerdo a una tabla Universo-Muestra, resultando grupos de 40 niños, excepto los desnutridos menores de 1 año que consistió en 17, el universo de niños en ese grupo.

El instrumento diseñado corresponde a una encuesta que fue llenada por el investigador en el momento de realizar la entrevista domiciliaria. La encuesta referente al 1er. Semestre de 1985 consta de preguntas estructuradas y preguntas abiertas para captar opiniones (codificadas). Se distinguen en ellas las siguientes partes: Identificación General, Nivel Socioeconómico, Adherencia al Programa, Consumo de los Productos, Dilución Intrafamiliar, Duración y Valor Asignado al PNAC.

Resultado y Conclusiones

Uso y Aceptabilidad del PNAC:

- Sobre el 90% de los niños activos bajo control retiran los productos.
- El arroz es el producto mejor usado y la sopa puré (SP), el más deficiente.
- La duración es adecuada (mayor a 3 semanas), en 21,6% leche Purita (LP), 11,2% leche Purita cereal (PC), 69% SP y 32% para arroz.
- Dilución intrafamiliar del PNAC: LP 27,3%, PC 24,5%, Arroz 14,9% y SP 49,5%.

El retiro, uso Dilución Intrafamiliar y preparación no se relacionan con edad ni con estado nutricional.

- La sugerencia más frecuente es mayor entrega de leche.
- El 87^o/o de las madres considera que el PNAC contribuye a que su hijo esté sano.
- Aceptabilidad: a las madres les gusta para sus hijos la LP en 93^o/o, PC 68,1^o/o, SP 64,6^o/o y Arroz 98,4^o/o. La principal razón de que a las madres les guste el PNAC es porque lo consideran nutritivo.
- Cuando se le acaban los productos, alrededor del 80^o/o de los consumidores sigue ingiriendo el mismo o uno de similar calidad. Esto baja al 50^o/o para SP, posiblemente por su menor aceptabilidad.
- Periodicidad del Consumo de los Productos, ésta es diaria mientras les dure; para los productos no lácteos esto disminuye notablemente.

Variables Socioeconómicas:

- El 62,6^o/o no tiene previsión, este grupo es mayor en los desnutridos ($p < 0.05$).
- El 97^o/o de la muestra corresponde a familias CAS 1-2 y 3
- El 59^o/o tiene ingreso per cápita menor a \$ 1.000 mensuales, esta proporción es mayor en los desnutridos.
- El 40,3^o/o de la muestra usa más del 95^o/o del ingreso familiar mensual en alimentación.
- Grupos familiares mayores a 5 personas son más frecuentes en los desnutridos ($p < 0.05$).
- El 12^o/o de las familias cuenta con una fuente doméstica de alimentación.
- El 15,26^o/o recibe aporte alimentario de otra institución, siendo mayor en niños sanos.
- El mayor porcentaje tiene entre 20 y 30 años de edad.

TABLA Nº 1

**DURACION DE LOS PRODUCTOS DEL PROGRAMA
DE ALIMENTACION COMPLEMENTARIA**

	Adecuada o/o	Inadecuada o/o
Leche Purita	21,6	78,4
Purita Cereal	11,21	88,88
Sopa Puré	69,07	30,03
Arroz	32,09	67,91

TABLA Nº 2

**PORCENTAJE DEL INGRESO FAMILIAR
MENSUAL DESTINADO A ALIMENTACION**

Porcentaje Ingreso o/o	Porcentaje Beneficiario o/o
≤ 50,00	11,6
Entre 50 y 65,00	8,7
Entre 66 y 80,00	28,3
Entre 81 y 95,00	10,7
> 95,00	40,6

161. ¿HAMBRE EN EL SECTOR RURAL? EL ROL DE UN PROGRAMA ALIMENTARIO

Nutr. Carlos Aburto y Dr. Antonio Infante.
(Junta Nacional de Auxilio Escolar y Becas)

El censo nacional de Talla realizado por la Junta Nacional de Auxilio Escolar y Becas (JUNAEB), señaló que en el sector rural se encontraban los déficits más importantes.

Surgió la necesidad de profundizar esta información, y para ello se escogieron tres comunas de la VIII Región que tuvieran distintos niveles de deterioro de talla.

Se estudió en cada una el nivel de adecuación del consumo de alimentos y lo que implicaba para los escolares el Programa de Alimentación Escolar (PAE) de la JUNAEB.

Se recogió también la opinión de los profesores respecto al programa y, por último, cuánto costaba comprar en cada comuna la canasta básica de alimentos.

Los resultados señalan que existe una asociación entre deterioro de talla y consumo de alimentos. El consumo per cápita en todos los lugares está bajo las recomendaciones (Tabla 1) y en los sectores más pobres no sobrepasa las 1.200 cal/día. Además, los alimentos consumidos son poco variados y las proteínas animales, casi inexistentes.

De los beneficios entregados por la JUNAEB, los profesores señalan que el más importante es el almuerzo, pero todos indican que el ideal es que los escolares reciban también desayuno.

Los maestros perciben mejores niveles de actividad en sus alumnos cuando éstos son beneficiados por el PAE. En las localidades más pobres, el PAE aporta casi el 500/o de la alimentación diaria del niño (Gráfico 1).

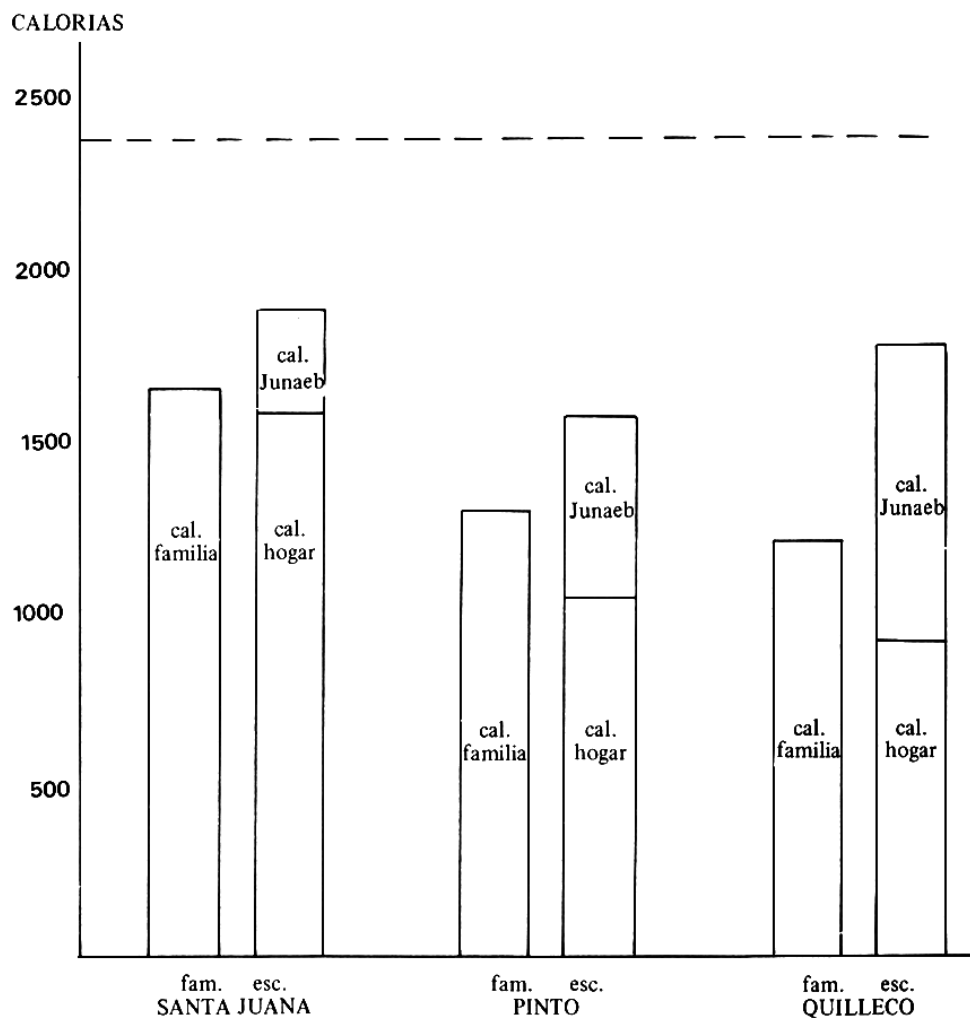
Por último, en todas las comunas resulta más barato comprar allí la canasta básica de alimentos que adquirir el equivalente en calorías del PAE.

TABLA Nº 1

ADECUACION DEL CONSUMO CALORICO FAMILIAR SIN EL ESCOLAR VIII REGION J.U.N.A.E.B. 1986

Rangos	Santa Juana		Pinto		Quilleco		Total	
	Nº	o/o	Nº	o/o	Nº	o/o	Nº	o/o
< 500/o	22	18	39	52	50	51	111	38
51 - 75	49	40	25	33	35	36	109	37
76 - 100	37	31	8	11	12	12	57	19
101 y más	13	11	3	4	1	1	17	6
TOTAL	121	100	75	100	98	100	294	100

GRAFICO Nº 1
CONSUMO CALORICO PER CAPITA DE LA FAMILIA Y DEL ESCOLAR
EN TRES COMUNAS



162. EL INDICADOR TALLA-EDAD, UNA HERRAMIENTA UTIL PARA DISCRIMINAR EN LA ASIGNACION DE PROGRAMAS SOCIALES

Drs. Ximena Cassorla, Antonio Infante y Sra. Marcia Henríquez
(Junta Nacional de Auxilio Escolar y Becas)

Numerosos autores han señalado la importancia que tiene el indicador Talla-Edad como medida de resumen de la historia alimentario-nutricional de una comunidad. Experiencias nacionales e internacionales indican que el deterioro de talla está fuertemente asociado al nivel socio-económico (Tabla 1).

Por otra parte, en fecha reciente se han realizado en Centroamérica algunos censos de talla, que revelan con bastante precisión dónde se concentran las principales áreas de pobreza.

Desde 1983, la Junta Nacional de Auxilio Escolar y Becas (JUNAEB) ha ejecutado estos censos de talla en población escolar. En este trabajo se quieren comunicar los principales resultados.

Los datos nacionales indican que un 36% de los escolares menores de 9 años tienen deteriorada su talla. Este déficit se incrementa al 55% en población escolar mayor de 9 años. En el primer caso se puede atribuir el deterioro básicamente a problemas alimentario-nutricionales. En la edad puberal ya jugarían variables de tipo genético sumadas a las anteriores.

Se aprecia también que entre los años 1984 y 1985 se produce un incremento del déficit de talla en todas las edades (Tabla 2).

Cuando se desagregan los datos a nivel comunal, se observan importantes diferencias: en términos generales, el deterioro de talla aumenta en las regiones del sur; se asocia al peso de la ruralidad y probablemente a condiciones ambientales y productivas de cada comuna.

Por último, cuando se cruza el indicador talla-edad con el de bajo peso al nacer, se observa una alta correlación, lo que permite recomendarlos a ambos para la detección de áreas de mayor necesidad.

TABLA Nº 1

TALLA PROMEDIO EN 8º BASICO. COLEGIOS PARTICULARES Y ESCUELAS BASICAS LAS CONDES, CONCHALI Y PUDAHUEL 1983.

Comuna	Talla (cms)	Edad (años, meses)	Percentil (NCHS)	Alumnos
Conchalí y Pudahuel	155,8	14,0	23	189
Las Condes	161,9	13,6	60	161

TABLA Nº 2

**PREVALENCIA REGIONAL DEL DEFICIT ESTATURAL EN LA POBLACION ESCOLAR MENOR DE 9 AÑOS
UTILIZANDO DOS CRITERIOS DE CORTE
MARZO 1984 – MAYO 1985**

Región	Escolares Medidos		Escolares con Déficit Estructural							
			T/E < 90o/o				T/E < 95o/o			
	1984	1985	1984		1985		1984		1985	
			No	o/o	No	o/o	No	o/o	No	o/o
I	20.234	19.803	759	3,7	806	4,1	5.374	26,6	5.672	28,6
II	24.738	23.204	1.094	4,4	1.146	4,9	7.026	28,4	7.245	31,2
III	12.822	12.746	543	4,2	647	5,1	3.509	27,4	4.206	33,0
IV	31.536	28.658	1.903	6,0	1.945	6,8	10.550	33,4	10.799	37,7
V	70.504	64.727	3.068	4,3	3.228	5,0	18.805	26,7	19.125	29,5
VI	43.541	39.484	2.410	5,5	2.325	5,9	13.566	31,2	12.838	32,5
VII	53.116	47.681	3.065	5,8	3.140	6,6	17.523	33,0	17.407	36,5
VIII	105.303	89.447	6.997	6,6	6.470	7,2	36.375	34,5	33.611	37,6
IX	50.612	44.141	4.142	8,2	3.823	8,7	18.778	37,1	17.512	39,7
X	60.278	54.528	5.844	9,7	5.784	10,6	25.602	42,5	24.696	45,3
XI	5.782	5.124	477	8,2	431	8,4	2.305	39,9	2.043	39,9
XII	7.422	6.738	530	7,1	354	5,3	2.527	34,0	2.053	30,5
TOTAL	485.888	436.281	30.832	6,4	30.099	6,9	161.940	33,3	157.207	36,0

Fuente: Encuesta escolar, JUNAEB.

163. CAPACITACION DE MONITORAS EN HUERTOS ORGANICOS

Sra. Cora González, María S. Astorga, María V. Moreno
(Consultorio Santa Julia, Servicio de Salud Metropolitano Oriente)

Debido a las características socio económicas presentadas por madres de menores en control nutricional en nuestro consultorio, se vio la necesidad de continuar una labor efectuada en 1984 (con un grupo de madres de menores asistentes a un Centro de Recuperación de Desnutrición), que consistió en la enseñanza de huertos orgánicos intensivos-vivos y, en base al éxito logrado anteriormente, hacerla extensiva a otras madres que no contaban con este beneficio.

Para tal efecto se presentó un proyecto a la Ilustre Municipalidad de Macul en Diciembre de 1985, el cual fue aprobado y llevado a cabo a partir de Mayo de 1986. Se capacitó a 20 personas en la elaboración de este tipo de huertos, detectándose de entre las mismas a cinco que podrían desarrollar la labor de monitoras debido a sus características personales (capacidad de liderazgo y fácil comunicación).

Debido a que las personas seleccionadas emergieron de la misma comunidad y no contaban con experiencia en trabajo grupal, por lo tanto, no estaban capacitadas para la conducción de un grupo, se elaboró un curso, cuyos objetivos fueron justamente los de:

- Capacitar a las integrantes en la conducción de grupos pequeños.
- Unificar criterios para guiar el trabajo de monitoras en huertos intensivos.

Este curso se realizó en el Consultorio Santa Julia a partir del 12 de Agosto de 1986 y comprendió un total de 11 sesiones, con una duración de 90 minutos cada una.

Los principales contenidos abordados fueron: ¿Qué es un Grupo?; Características de los integrantes de un Grupo; Principios básicos para el trabajo grupal; Dirección de Grupo Pequeño; Tipos de liderazgo; Actitudes básicas del líder; Técnicas educativas; Dinámicas grupales; Técnica del huerto intensivo y, Programación de sesiones del huerto. Estos contenidos se entregaron utilizando una metodología eminentemente participativa, que comprendió técnicas tales como las siguientes: Dramatización, talleres, discusión de grupo pequeño, dinámicas grupales, exposición de trabajos y exposición de las educadoras.

Como resultado de este curso, las personas capacitadas fueron contratadas en el POJH de la comuna de Macul como monitoras de huertos orgánicos, a fin de que cumplieran un efecto multiplicador de sus conocimientos en diferentes poblaciones de la comuna, principalmente con madres de niños en riesgo biomédico, comenzando con un total de 60 personas a su cargo (divididas en 5 grupos), labor que se está desarrollando en la actualidad.

Aún sin ser un objetivo explícitamente planteado, uno de los logros más relevantes de este curso fue (por parte de las integrantes) el descubrimiento de sus propias capacidades y el desarrollo de sus potencialidades, lo que les permitió un crecimiento personal a través del cual pueden ayudar a su familia y comunidad.

164. LICENCIAS MEDICAS EN CHILE, 1984

Drs. Jorge Buneder y Gloria López
(COMPIN-Hospital San José, Servicio de Salud Metropolitano Norte)

En el reducido y exclusivo contexto de las licencias médicas otorgadas en el país durante 1984, se describe el número total de licencias médicas, curativas, preventivas, maternas y por hijo enfermo, el número total de días de licencia y el promedio de días por licencia según grupo laboral y tipo de licencia, de los aproximadamente dos millones de trabajadores del país para ese año. Se estimó que estas cifras tendrían un interés de tipo general para los profesionales de la salud.

La licencia médica es un tipo de prestación médico-administrativa bajo la tuición de las Comisiones de Medicina Preventiva e Invalidez (COMPIN) de los Servicios de Salud del país. La Comisión Central de las COMPIN recopiló las estadísticas que otorgaron las cifras descritas.

El mayor porcentaje de licencias corresponde a las licencias de tipo curativas con un 83,1 por ciento, las cuales se distribuyeron en cantidades de un tercio (ligeramente superior para el grupo laboral empleados particulares) para cada grupo laboral, con un número promedio de días por licencia igual a 11.

Las licencias preventivas representan un 2,60/o del total, con un promedio de días por licencia muy alto, con 45 días, siendo el grupo laboral de los obreros el que presenta la mayor frecuencia relativa en este rubro.

Las licencias maternas tienen la segunda mayor frecuencia, con un 110/o del total de licencias, con el mayor promedio de días por licencia, 55 días.

Por último las licencias por hijo enfermo representan el 3,40/o del total, con un promedio de días por licencia de 8, el más bajo de todos.

El total de 566.712 licencias médicas, 9.234.728 días totales y los 16 días promedio por licencia, significaron un 28,30/o de ausentismo laboral, con 4,6 días no trabajados por trabajador en el año 1984 en el país.

Cabe hacer notar que no se contó con la posibilidad de describir otras características de interés de las licencias médicas, ni de comparar con características del total de la masa laboral del país, lo que obviamente restó capacidad de análisis y que se espera resolver en futuras presentaciones.

TABLA Nº 1

TOTAL LICENCIAS MEDICAS, NUMERO TOTAL DE DIAS DE LICENCIA MEDICA Y PROMEDIO DE DIAS POR LICENCIA MEDICA
SEGUN TIPO DE LICENCIA Y GRUPO LABORAL. CHILE, 1984

Tipo de Licencia	Grupo Laboral	No	Licencias o/o	No	Días Totales o/o	Promedio días
Curativas	Públicos	154.977	23,9	1.066.682	21,4	7
	Particulares	160.851	34,1	1.763.032	35,3	11
Licencias 83,10/o	Obreros	184.854	32,9	2.154.762	43,3	14
Días 54,00/o	Total	470.687	100,0	4.989.476	100,0	11
Preventivas	Públicos	3.920	27,2	137.830	21,4	35
	Particulares	4.651	32,2	227.946	35,4	49
Licencias 2,60/o	Obreros	5.881	40,7	277.812	43,2	47
Días 7,00/o	Total	14.462	100,0	643.588	100,0	45
Maternales	Públicos	18.447	29,5	806.573	23,3	44
	Particulares	26.422	42,3	1.560.466	45,1	59
Licencias 11,00/o	Obreros	17.661	28,2	1.091.180	31,6	62
Días 37,40/o	Total	62.530	100,0	3.458.219	100,0	55
Hijo Enfermo	Públicos	8.008	42,1	44.132	30,8	6
	Particulares	7.398	38,9	62.986	43,9	9
Licencia 3,40/o	Obreros	3.627	19,1	36.327	25,3	10
Días 1,60/o	Total	19.033	100,0	143.445	100,0	8
TOTAL	Públicos	185.362	32,7	2.055.217	22,3	11
	Particulares	199.322	35,2	3.614.430	39,1	18
Licencias 1000/o	Obreros	182.028	32,1	3.565.081	38,6	20
Días 1000/o	Total	566.712	100,0	9.234.728	100,0	16

165. JUBILACIONES POR INVALIDEZ OTORGADAS POR LAS COMPIN, 1984

Drs. Jorge Buner y Gloria López
(COMPIN Hospital San José, Servicio de Salud Norte)

Durante 1980 fueron creadas las Administradoras de Fondos de Pensiones (AFP) y hasta 1984, de un total de aproximadamente dos millones de trabajadores en el país, un número cercano a un quinto de ellos seguía en el antiguo sistema previsional.

Este grupo de trabajadores, 426.511, seguían siendo beneficiarios de los Servicios de Salud para todos los efectos de la prestación médico-administrativa jubilación por invalidez.

Durante 1984 un 2,40/o de la masa laboral beneficiaria de los Servicios de Salud se acogió a este tipo de jubilación, mediante resoluciones de incapacidad e irrecuperabilidad de la salud dictadas por las Subcomisiones de Invalidez de las Comisiones de Medicina Preventiva e Invalidez (COMPIN).

Las estadísticas de dichos organismos entregaron información completa para un total de 7.722 jubilaciones por invalidez, de un universo de 10.117 en dicho año.

Estas 7.722 jubilaciones se distribuyeron según Regiones del país, resultando para la Región Metropolitana (RM) un 30,50/o, región que, a su vez, tenía el 41,50/o de esta masa laboral. La comparación de las frecuencias relativas de masa laboral por regiones, versus frecuencia relativa de jubilaciones por regiones, entregó cifras significativamente más altas de jubilaciones en las regiones II, V, VI y VIII. Las proporciones más bajas se encontraron en las regiones I, IV, RM, VII y XI.

La distribución de causas de jubilación según grupo laboral mostró diferencias destacables: para el grupo obrero las tres primeras causas de jubilación fueron Traumatológicas, Cardiovasculares y Reumatológicas; para el grupo empleados particulares, Psiquiátricas, Traumatológicas y Cardiovasculares; y para el grupo empleados públicos, Cardiovasculares, Psiquiátricas y Oftalmológicas.

El grupo obreros aporta el 800/o de las jubilaciones por invalidez, y constituye el 420/o de la masa laboral. El grupo empleados particulares aporta el 140/o de las jubilaciones, y constituye el 400/o de la masa laboral, y el grupo empleados públicos, el 60/o de las jubilaciones y el 180/o de la masa laboral.

TABLA Nº 1

JUBILACIONES POR INVÁLIDEZ SEGUN GRUPO LABORAL Y GRANDES GRUPOS DE CAUSAS
EN BENEFICIARIOS SERVICIOS DE SALUD. CHILE, 1984

Grupos de Causas	Obreros Asegurados		Empleados Particulares		Empleados Públicos		Total	
	Nº	o/o	Nº	o/o	Nº	o/o	Nº	o/o
Traumatológicas	1.290	20,9	214	19,4	47	9,7	1.551	20,1
Cardiovasculares	837	13,6	159	14,7	121	24,9	1.117	14,5
Reumatólogicas	795	12,9	137	12,7	35	7,2	967	12,5
Psiquiátricas	538	8,7	227	21,0	71	14,6	836	10,8
Broncopulmonares	579	9,4	72	6,7	29	5,9	680	8,8
Oftalmológicas	467	7,6	54	5,0	49	10,1	570	7,4
Cáncer	446	7,2	46	4,3	46	9,5	538	6,9
Neurológicas	422	6,9	65	6,0	25	5,2	512	6,6
Otros Medicina Interna	531	8,6	72	6,7	45	9,3	648	8,4
Otros	253	4,2	33	3,1	17	3,6	303	4,0
TOTAL	6.158	100,0	1.079	100,0	485	100,0	7.722	100,0
o/o grupo laboral por grupo causas		80,0		14,0		6,0		100,0
o/o grupo laboral total masa laboral		42,0		40,0		18,0		100,0

