



VII JORNADAS CHILENAS DE SALUD PUBLICA

Resúmenes de trabajos aceptados

1987

UNIVERSIDAD DE CHILE
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE SALUD PUBLICA

MINISTERIO
DE SALUD



VII JORNADAS CHILENAS DE SALUD PUBLICA

1987

RESUMEN DE TRABAJOS ACEPTADOS

PROLOGO

Por séptimo año consecutivo, en 1987, se llevaron a cabo las Jornadas Chilenas de Salud Pública, gracias al auspicio y apoyo financiero del Ministerio de Salud y de la Organización Panamericana de la Salud, a través de la Oficina de Asuntos Internacionales del Ministerio de Salud. El evento se llevó a cabo con la asistencia de 600 profesionales de todas las Regiones del País y la aceptación de 121 trabajos que fueron seleccionados de un total superior a 200 presentados. Los resúmenes correspondientes aparecen en este volumen y revelan nuevamente la intensa actividad en materias de investigación, administración y docencia de salud pública y disciplinas conexas.

El Comité Organizador de las VII Jornadas estuvo formado por los Drs. Ana M. Kaempffer y Juan Margozzini y por el Sr. José Francisco Cumsille, Jefes de Divisiones de la Escuela de Salud Pública. Participaron en la dirección de las sesiones de trabajos los Drs. Juan Margozzini, Hugo Muñoz, Ana María Kaempffer, María de la Fuente, Marcial Orellana, Ramón Florenzano, Luis Caris, José Manuel Borgoño, Raquel Carrasco, Miguel Irrázaval, Aída Kirschbaum y Ernesto Medina y los profesores Francisco Cumsille, Héctor Muñoz, Sylvia Pessoa, Edita Peña, Francisco Unda y Edith Cornejo, a todos los cuales agradecemos su importante contribución. Cabe destacar, igualmente, la participación del Sr. Ministro de Salud, Dr. Juan Giaconi G. en la conferencia "Políticas de Salud" y la de los participantes en los paneles de "Salud Mental" Drs. Ramón Florenzano, Luis Gomberoff y Eduardo Medina, como igualmente la presentación del Dr. Nestor Montesinos, Jefe de Programación del Ministerio de Salud en "Programas de Salud del Adulto". El personal de secretaría y de apoyo de las VII Jornadas estuvo dirigido por la Sra. Mabel Navarrete.

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



INDICE DE TRABAJOS ACEPTADOS

SITUACION DE SALUD	Pág.
Métodos estadísticos: su uso en investigación en salud Sr. Francisco Cumsille	18
Mortalidad infantil: Análisis de tendencias recientes e identificación de regiones y causas de riesgo mayor Drs. Nelson Vargas y Laura Quezada	19
Causas de muerte, determinantes epidemiológicos asociados al descenso Graciela Mardones, Berta Castillo y Fresia Solís.	22
Mortalidad por sexo: diferencias según causas y servicios de salud Berta Castillo, Graciela Mardones y Fresia Solís	26
Las encuestas domiciliarias en el estudio de los problemas de salud en Chile Ernesto Medina, Ana María Kaempffer, Francisco Cumsille y cols.	30
Perfil de morbilidad en un consultorio general urbano María Isabel Sánchez, José Mancisidor, Beatriz Montenegro y cols.	33
ATENCION DE SALUD	
Capacidad resolutive de un consultorio general urbano de la Región Metropolitana María Isabel Sánchez, José Mancisidor y Beatriz Montenegro	35
Productividad de 20 establecimientos de atención primaria traspasados al sector municipal en el Servicio de Salud Bío-Bío durante 1986 Lilia Mangili y Rodrigo Iván Alvarez	39
Seis años de atención rural en el Servicio de Salud Bío-Bío Rodrigo I. Alvarez, Lilian Daza, Lilia Mangili y cols.	42
Manual de participación comunitaria Uberlinda Uribe, Nilda Segura, Marcela Castro y cols.	45
Participación de la comunidad en un programa de salud rural. Servicio de Salud Bío-Bío 1981-1986 Rodrigo Alvarez, Lilian Daza, Lilia Mangili y cols.	47
Atenciones y recursos profesionales en laboratorio clínico Fresia Solís y Ernesto Medina	50
Qué espera de su médico el paciente hospitalizado José Manuel Araneda	52
Proposición de indicadores de requerimientos de personal (paramédicos y otros) para hospital de nivel terciario. Mónica Concha, Luis Bavestrello, Ana Benz y cols.	55
La infección intrahospitalaria: sus costos y probable asociación con las condiciones para la eficiencia Ana M. Kaempffer, Renato Vargas, Luis Sepúlveda y cols.	57
Evaluación del grado de satisfacción familiar, de amistad, laboral, en personal de salud del Servicio de Salud Metropolitano Occidente 1986 Gloria Páez, Solange Hurtado, Belén Larrea y cols.	61

La administración de la atención de salud: modernización por incorporación de tecnología computacional Sylvia Pessoa O.	64
Estudio de la efectividad del medio televisivo en la entrega de conocimientos sobre salud en la ciudad de Chillán Ninón Jegó, Norman Ahumada, Lilya Valenzuela y cols.	68
La medicina folklórica en una localidad rural de Valdivia Ricardo Oyarzún B.	70
SALUD MATERNA	
Conocimiento de profesores y alumnos de enseñanza media y básica, sobre sexualidad y amor. Provincia de Concepción 1985-1986 Hernán Rodríguez, Alexandra Torres, Eliana Arriagada y cols.	72
Talleres de educación en sexualidad humana dirigidos a la comunidad escolar de Ñuñoa 1986-1987 Ximena Ferreiro y Lorena Binfa	74
Conducta sexual durante el período gestacional Hugo Salinas, Emilio Feres, Manuel Fernández y cols.	76
Experiencia de una unidad de sexualidad humana Hugo Salinas, J.A. Bocaz, Verónica Botteselle y cols.	78
Perfil bio-social de la embarazada Beatriz Montenegro, Frigyes Lukacs, José Mancisidor y cols.	80
Las mujeres que esperan un hijo: conocimientos y actitudes de crianza en tres aspectos preventivos de salud Cecilia Campos, Ilse López y Cristián Pereda	83
Características del embarazo, parto y recién nacidos en mapuches urbanas María de la Fuente, Verónica Mujica, Nury Moliné y cols.	86
Riesgo obstétrico y neonatal de la primípara precoz Rosina Cianelli e Ilse López	87
Riesgo materno y perinatal de la primípara tardía Rosina Cianelli e Ilse López	89
Nutrición materna y lactancia natural Ilse López, Clara Almuna, Carlina Espinoza y cols.	92
Nutrición materna en un área marginal y su influencia en el recién nacido Ilse López, Mirian Gelman, Francisco Olivari y cols.	95
Cumplimiento del programa nacional de alimentación complementaria en embarazadas urbanas Ana M. Kaempffer, Ximena Aguilera, Patricia Frenz y cols.	98
Principales factores asociados a las infecciones intrahospitalarias en la unidad de puerperio del Hospital Sótero del Río, Septiembre-Noviembre 1986 Yolanda Parada y Ana Ayala	101
Parto domiciliario Gloria San Miguel, Carmen Rubilar y Virginia Echeverría	103

Partos sin atención profesional en la IV Región Nevenka Eterovic, Grethel Muller y Hugo Molina	106
Conducta sexual y planteamiento frente al futuro de la adolescente embarazada Juana Soto, Marcela Barriá, Alejandra Zaninovic y cols.	109
NEONATOLOGIA	
Utilización de la ficha de historia clínica perinatal simplificada (HPCS) en la maternidad del Hospital Paula Jaraquemada Silvia Espinoza, Nelly Letelier, Patricia Echeverría y cols.	110
Características biológicas de la madre y condiciones del embarazo que influyen en el peso del recién nacido en la VIII Región Ena Raby, Mónica Pérez y Raquel Ramírez	114
Auditoría de mortalidad perinatal en el programa maternal Jorge Robinovich y Elba Rubio	118
SALUD INFANTIL	
Estructura de las muertes de niños de uno a cuatro años en el Servicio Salud Bío-Bío 1986 Rodrigo I. Alvarez, Lilia Mangili y Gabriela San Martín	122
Lactancia materna en el Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente Lorna Luco y María Inés Gómez	125
Lactancia materna y su relación con algunos factores de la atención de Salud Ana María Díaz, Soledad Montero, Paulina Sierralta y cols.	128
El control de salud, ¿solución a la problemática de los hijos de madres adolescentes? María Elena Espinoza, Ana M. Kaempffer y Verónica Botteselle	131
Factores que inciden en el aumento de la desnutrición infantil Ana María Naranjo, Patricio Huerta, Claudio Méndez y cols.	135
Conductas terapéuticas en enfermedades respiratorias en un Servicio de Urgencia Pediátrica Ana María Kaempffer, Ruth Muñoz, Soledad Hevia y cols.	137
Efectos del tabaquismo intradomiciliario en la frecuencia de enfermedad respiratoria del grupo familiar Ernesto Medina, Raquel Medina y Ana M. Kaempffer	140
La presencia del síndrome de Dow en el hijo; estudio sociológico de los efectos en la estructura familiar Sylvia Pessoa	144
Maltrato infantil en Lota Luis Zenteno, Mónica Araos y Patricio Martínez	148
Proyecto de recuperación nutricional intrahogar del Consultorio Santiago de la Nueva Extremadura, Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente Norma Núñez, Paz de los Reyes, Juan Armijo y cols.	150
Metodologías para predecir la desnutrición al año de edad. Francisco Mardones R., Rafael Vera, Mirta Díaz y cols.	152

Aplicación de predictores de desnutrición infantil en CONIN, Los Angeles. Francisco Mardones R., Rafael Vera, Mirta Díaz y cols.	157
--	-----

SALUD ESCOLAR

Algunos problemas de salud detectados en el examen de salud escolar Rosy Ravera, Amanda Espinoza, Edith Cornejo y cols.	161
Desarrollo pondoestatural y estado nutritivo de los escolares de enseñanza básica de La Florida Sonia Garrido, Ilse López, Margarita Soza y cols.	163
Relación entre estado nutricional y salud bucal en escolares de Los Angeles 1987 Gildardo Aravena, Fernando Alvarez, Jorge Arancibia y cols.	166
Trastornos en el aprendizaje y la conducta Margarita Soza, Eva Retamal, Ilse López y cols.	170
El escolar deficitario: ¿área de diagnóstico clínico o psicopedagógico? Sylvia Pessoa y Enrique Cancec	173

NUTRICION INFANTIL

Aptitud materna y desnutrición infantil Raquel Vidal e Ilse López	177
Situación nutricional de la población infantil y de embarazadas, Consultorio Villa O'Higgins José Mancisidor, María Isabel Sánchez, Beatriz Montenegro y cols.	179
Evaluación del programa de alimentación complementaria en dos consultorios del Servicio de Salud Metropolitano Norte René Alarcón, Eduardo Atalah y Verónica Botteselle	183

ADOLESCENCIA

Una aproximación a la problemática de los adolescentes de Ñuble Baruch Belmar	186
Diagnóstico descriptivo de 1.200 adolescentes del área Oriente de Santiago: Estilos de vida y salud Matilde Maddaleno, Isabel Ringeling, Nina Horwitz y cols.	191
Promoción de salud del adolescente: una aproximación positiva Matilde Maddaleno, Ramón Florenzano y Verónica Bunster	193
Programa de educación para la vida familiar en un hogar de adolescentes en situación irregular Silvia Espinoza, Silvia Campano y Enrique Cancec	194

SALUD MENTAL

Las defunciones por enfermedades mentales en Chile durante el quinquenio 1981-1985	197
Aída Kirschbaum, Aída Pizzi, Miguel Irrarrázaval y cols.	
Antecedentes psiquiátricos en el suicidio por precipitación de altura	201
Alberto Teke, Pedro Eva, Carlos Moya y cols.	
Desempleo: características demográficas y sus efectos sobre salud social	203
Heliette Saint-Jean, Sylvia Suárez, Edith Asriel y cols.	
La cesantía y sus efectos en la salud mental, salud física y desarrollo familiar de 60 jefes de hogar y sus familias.	206
Heliette Saint-Jean, Sylvia Suárez, Angélica Deves y cols.	
Desempleo: indicadores diagnósticos y alternativas de soluciones parciales	209
Heliette Saint-Jean y Vivian Linder	
Evaluación del apoyo afectivo en estudiantes de medicina con el Apgar de Smilkstein	210
Nelson Vargas, Ester Mateluna, Silvia Arredondo y cols.	
La separación de los padres: sus efectos en los hijos estudiantes universitarios	212
Enrique Cancec, Cristel Hanne, Ernesto Medina y cols.	
Niños con problemas de aprendizaje escolar: seguimiento a 12 años plazo	215
Alejandro Manterola, Edna Mansilla, Carlos Medina y cols.	
Ingestión de tranquilizantes menores en escolares adolescentes del área Occidente Santiago	218
Mario Montecinos, Elizabeth Godoy, Gabriela Jorquera y cols.	
El beber anormal en una población de estudiantes universitarios	220
Enrique Cancec, Ernesto Medina, Luis Merino y cols.	
Prevalencia de síndrome alcohólico fetal en escuelas especiales de 4 regiones: Séptima y Décima	223
María Mena, Rodrigo Nazal, Carmen Albornoz y cols.	
El uso de sustancias químicas que causan dependencia en estudiantes universitarios	225
Enrique Cancec, Ernesto Medina, Luis Merino y cols.	

SALUD AMBIENTAL

Evaluación de la calidad sanitaria de alimentos en la Región Metropolitana mediante muestreo bacteriológico. Evolución histórica y situación actual	227
Mario Muñoz, Eliana Barraza, Carmen Contreras	
Análisis de la calidad bacteriológica de helados en la Región Metropolitana	229
Jimena Salas y Mario Muñoz	
Calidad bacteriológica de cecinas en la Región Metropolitana. Trienio 1984-1986	231
Margarita Guevara, Carmen Piñones y Ximena Torres	
Control sanitario de pescados y mariscos en el terminal pesquero de Santiago	233
Luis Roos T., Luis Roos R. y Pedro Núñez	
Población canina de la Región Metropolitana. Riesgo sanitario para los seres humanos	235
Pedro Núñez, Mario Muñoz y Sonia Escobar	

Destino de antibióticos y quimioterápicos antibacterianos. Chile, 1986. Sergio Alcayaga, Eliana Cañas e Isabel Melo	238
ENFERMEDADES INFECCIOSAS	
Hepatitis y fiebre tifoidea en los últimos 10 años. Enfoque epidemiológico Chile 1975-1984 Sonia González, Gladys Guevara y María de la Fuente	241
Evolución de la prevalencia de enfermedades tíficas y hepatitis viral en la Región Metropolitana. Análisis del período 1982-1987 Mario Muñoz y Pedro Núñez	243
Estudio clínico y epidemiológico de un brote de difteria en la localidad de Salamanca María Susana Mansilla	245
Las enfermedades de transmisión sexual en Chile. Algunos aspectos epidemiológicos Ana María San Martín y Aída Kirschbaum	248
Conocimiento de la comunidad (los dueños de ganado y los escolares) sobre las zoonosis (más importantes) en Osorno Carmen Zamorano y Aída Kirschbaum	251
Conocimientos, actitudes y necesidad de información acerca del SIDA, de los funcionarios (profesionales y no profesionales) de dos Consultorios de atención primaria de los Servicios de Salud Oriente y Sur Oriente de la Región Metropolitana Ana María Tomasevic y Lorna Luco	255
Obtención de cepa de Clostridium tetani para la elaboración de toxoide tetánico. I. Densidad y distribución en suelos de la Región Metropolitana (Chile) Fernando Fábrega, Vilma Napoli, Gastón Hernández y cols.	258
Rabia en quirópteros. Estrategia de control de un foco urbano Fernando Fábrega, Carlos Sepúlveda, Vilma Napoli y cols.	259
Experiencia en el tratamiento de sarna y pediculosis a nivel comunal en el Servicio de Salud Metropolitana Suroriente 1984-1986 Luis Mella y Fernando Araos	260
SALUD OCUPACIONAL	
Prevalencia de los problemas somáticos en trabajadores de la pequeña industria de la Región Metropolitana Arlene Jacial, Enrique Cancec y Elfrida Guzmán	263
Prevalencia de la morbilidad mental en trabajadores de la pequeña industria de la Región Metropolitana Arlene Jacial, Enrique Cancec y Elfrida Guzmán	266
Problemas generados por el dormir mal y atribución de causas en una población laboral Enrique Cancec, Aída Kirschbaum y Arlene Jacial	268
Situación actual de la protección radiológica en la Región Metropolitana René A. Prado	271
Características de las licencias médicas de los trabajadores de dos empresas de Santiago Mario Montecinos y Miguel Valenzuela	272

SALUD DEL ADULTO Y ENFERMEDADES CRONICAS

Características de adultos con alta demanda en un centro de medicina familiar. Chapel Hill - EE.UU. Isabel Segovia D.	274
Certificación de la muerte en personas de 65 años y más Edith Cornejo, Paola Castillo, Valeria Salinas y cols.	277
Senilidad ¿causa de muerte en personas de 65 años o más? Edith Cornejo, Paola Castillo, Valeria Salinas y cols.	281
Muertes mal definidas en personas de 65 años y más Edith Cornejo, Valeria Salinas, Paola Castillo y cols.	285
Morbilidad por cáncer y otras patologías de la vesícula biliar y vías biliares extrahepáticas. Chile 1983 Aída Kirschbaum, Sylvia Benedetto y Germán Gutiérrez	289
Mortalidad por cáncer en las 13 Regiones de Chile, 1984 Aída Kirschbaum, May Chomali y Sonia Medina	293
Mortalidad por cáncer del senescente, Chile 1985 Aída Kirschbaum, Edith Cornejo, Aída Pizzi y cols.	298
Asociación entre hipertensión arterial y cáncer gástrico Luis Martínez, Claudio Núñez, Danny Oksenberg y cols.	302
Concentraciones plasmáticas de selenio en habitantes de zonas de alto y bajo riesgo de cáncer gástrico en Chile y Alemania Federal Heiner Boing, Luis Martínez, Ernesto Medina y cols.	305
Tendencias del cáncer biliar en Chile Iván Serra, Allan Sharp, Mauricio Maturana y cols.	308
Estudio epidemiológico de la mortalidad por cáncer y otras patologías de la vesícula y vías biliares extrahepáticas Aída Kirschbaum, Germán Gutiérrez y Sylvia Benedetto	310
Resultado alejado del tratamiento del cáncer papilar del tiroides Miguel Domínguez, Enrique López, José Torres y cols.	312
Estadio clínico previo al tratamiento en pacientes con cáncer de cuello uterino Manuel Yáñez, Cecilia Sepúlveda y Jaime Catalán	316
Estadio clínico previo al tratamiento en pacientes con cáncer de mama Manuel Yáñez, Cecilia Sepúlveda y Jaime Catalán	318
Abandono del tratamiento de hipertensión en Valdivia Francisco Marín y Jana Arriagada	320
La enfermedad reumática en el Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente. Observación de una década, 1976-1985 Ximena Berríos, María Inés Gómez y Beatriz Guzmán	324
El uso de anticonceptivos esteroidales, el origen mapuche y la litiasis biliar Ernesto Medina, Alfredo Sierra, Erico Segovia y cols.	327
Factores condicionantes del control ambulatorio de diabéticos Nora Plaza, Margarita Valenzuela, Angélica González y cols.	331

El control de crónicos en un hospital tipo 4: Subprograma de epilepsia, experiencia 1984-1987 Enrique Vicentini, Rhida Ampuero, Dagoberto Cifuentes y cols.	336
Incidencia anual de la cirugía de catarata en la población mayor de 60 años en Chile Eugenio Maul	339
Programa de medicina preventiva del Servicio Médico de la División Salvador de Codelco-Chile. Análisis preliminar Alejandro Morales, Ricardo Estela y Pedro Ljubetic	341
El proceso de rehabilitación para la integración laboral, una realidad que merece un análisis Sylvia Pessoa	344
La marginalidad ocupacional del minusválido: Estudio socio-económico desde la perspectiva empresarial Sylvia Pessoa	349
Características de los pacientes quemados consultantes a un servicio de urgencia rural Mario Montecinos, Eduardo Gómez, Carlos Trujillo y cols.	353
SALUD ORAL	
Factores que contribuyen al deterioro de la salud bucal Matilde González, Inés Burgos e Ilse López	355
La exodoncia prematura en piezas dentarias permanentes como problema en salud bucal Matilde González, Adriana Quezada, Sonia Millán y cols.	358
DOCENCIA	
Evaluación de la escuela de verano en salud pública 1986 Enrique Cancec y Ernesto Medina	361

INDICE DE AUTORES

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

- Achondo Trinidad 30
 Aguilera Ximena 31
 Ahumada Norman 18
 Alarcón René 58
 Albornoz Carmen 73
 Alcayaga Sergio 80
 Almuna Clara 29
 Alvarez Rodrigo 8, 9, 11, 39
 Alvarez Fernando 53
 Ampuero Rhida 113
 Araos Mónica 47
 Araos Fernando 89
 Araneda José M. 13
 Aravena Gildardo 53
 Arancibia Jorge 53
 Armijo Juan 48
 Armijo Rolando 103
 Arredondo Silvia 68
 Arriagada Jana 109
 Arriagada Eliana 20
 Asriel Edith 65
 Atalah Eduardo 58
 Ayala Ana 32
- Barría Marcela 35
 Barros Margaret 74
 Barrera Patricia 68
 Bavestrello Luis 14
 Barraza Eliana 75
 Belmar Baruch 59
 Benz Ana 14
 Benítez Sandra 29
 Benedetto Sylvia 99, 105
 Berrios Ximena 110
 Binfa Lorena 21
 Boing Heiner 103
 Bongain Jazmina 68
 Bocaz, J.A. 23
 Botteselle, Verónica 23, 42, 58, 96, 97, 98
 Bova Marcia 29
 Bunster Verónica 61
 Burgos Inés 119
 Bravo Hugo 43
- Calvo Alfonso 104
 Campano Silvia 61
 Campos Cecilia 25, 41
 Cancec Enrique 55, 61, 69, 72, 74, 90, 91, 92, 121
 Cañas Eliana 80
 Carreño Christian 65
 Carreño Jimena 68
- Castillo Berta 3, 4
 Castillo Paola 96, 97, 98, 101
 Castro Marcela 10
 Catalán Jaime 107, 108
 Cianelli Rosina 27, 28
 Cifuentes Dagoberto 113
 Cisternas José 14
 Concha Mónica 14
 Contreras Carmen 75
 Cornejo Edith 51, 52, 54, 96, 97, 98, 101
 Cruz Patricio 68
 Cumsille Francisco 1, 5
- Chomali May 100
- Daza Lilian 9, 11
 De la Fuente María 26, 81
 De los Angeles María 22
 De los Reyes Paz 48
 Denegri Marisol 111
 Deves Angélica 66
 Díaz Ana María 41
 Díaz Mirta 49, 50
 Domínguez Miguel 106
 Donoso Ana María 111
- Echeverría Elisa 69, 74
 Echeverría Patricia 36
 Echeverría Virginia 33
 Escalona Eliana 14
 Escobar Sonia 79
 Espinoza M.J. 23
 Espinoza Carlina 29
 Espinoza M. Alicia 35
 Espinoza Silvia 36, 62
 Espinoza María E. 42
 Espinoza Amanda 51, 52, 54
 Espinoza S. Juan 65
 Espinoza Carola 68
 Estela Ricardo 115
 Eterovic Nevenka 34
 Eva Pedro 64
- Fabrega Fernando 87, 88
 Farías Lidia 29
 Fernández Manuel 22
 Fernández Ricardo 65
 Fernández Manuel 65
 Feres Emilio 22
 Ferrer Luis 66
 Ferreiro Ximena 21

Figuerola Debora 29
 Florenzano Ramón 60, 61
 Frenz Patricia 31
 Figuerola Genoveva 30
 Fuentes M. 23
 Fuenzalida Alicia 14

Gaete Alejandra 112
 Galarza Soledad 106
 Garrido Sonia 51, 52, 54
 Geboers J. 103
 Gelman Miriam 30
 Godoy Elizabeth 71
 Gómez María Inés 40, 110
 Gómez Eduardo 118
 González Cecilia 22
 González Pilar 22
 González Lidia 73
 González Sonia 81
 González Angélica 112
 González Matilde 119, 120
 Goñi Ignacio 104
 Guerra Eugenia 14
 Guerrero Martina 29
 Guevara Margarita 77
 Guevara Gladys 81
 Gutiérrez Jorge 30
 Gutiérrez Germán 99, 105
 Guzmán Elfrida 90, 91
 Guzmán Beatriz 110

Hanne Cristel 69, 72, 74
 Harthey Marcela 10
 Hermosilla Olga 51, 52, 54
 Hernández Gastón 87
 Hernández E. 23
 Herrera Ada 48
 Hevia Soledad 44
 Horwitz Nina 60
 Huerta Patricio 43
 Hurtado Solange 16

Irrarázaval Miguel 63

Jacial Arlena 90, 91, 92
 Jago Ninón 18
 Jorquera Gabriela 71

Kaempffer Ana María 5, 15, 31, 42, 44, 45
 Kirschbaum Aída 63, 84, 85, 92, 99, 100,
 101, 105
 Koporcic Margarita 30

La Roche P. 23
 Larenas Jessica 44
 Latorre Ricardo 102

Larrea Belén 16
 Letelier Nelly 36
 Linder Vivian 67
 Lira José 113
 Ljubetic Pedro 115
 López Ana 9, 11
 López Ilse 25, 27, 28, 29, 30, 41, 51, 52,
 54, 56, 119, 120
 López Enrique 106
 Loyola Verónica 35
 Luco Lorna 40, 86
 Luchsinges Vivian 66
 Lukacs Frigys 6, 24, 57

Maddaleno Matilde 60, 61
 Mangili Lilia 8, 9, 11, 39
 Mahan David 14
 Mancisidor José 6, 7, 24, 57
 Mardones R. Francisco 49, 50
 Mardones Graciela 3, 4
 Manterola Alejandro 70
 Martínez Patricio 47
 Martínez Luis 102, 103
 Martínez Virginia 106
 Marín Francisco 109
 Mascaró Julián 106
 Mansilla Edna 70
 Mansilla María Susana 83
 Mateluna Ester 68
 Maturana Marcelo 70
 Maturana Mauricio 104
 Maul Eugenio 114
 Medina Ernesto 5, 12, 45, 69, 72, 74,
 103, 111, 121
 Medina Raquel 5, 45
 Medina Carlos 70
 Medina Sonia 100
 Melo Isabel 80
 Mella Luis 89
 Meléndez Patricio 64
 Mena María 73
 Méndez Claudio 43
 Merino Luis 72, 74
 Mezzano Carlos 71
 Millán Sonia 120
 Miranda Eduardo 69, 72, 74
 Moline Nury 26
 Molina Hugo 34
 Molina Juan Carlos 118
 Montenegro Beatriz 6, 7, 24, 57
 Montecinos Mario 71, 94, 118
 Montero Soledad 41
 Montero Angélica 44
 Morales Carmen 31
 Morales Mauricio 64, 70, 102

- Morales Enrique 71
 Morales Alejandro 115
 Moya Hernán 44
 Moya Carlos 64
 Muller Grethel 34
 Mujica Verónica 26
 Muñoz P. 23
 Muñoz Ruth 44
 Muñoz Mario 75, 76, 79, 82

 Naranjo Ana María 43
 Navarrete E. 23
 Navarro Rita 49, 50
 Napoli Vilma 87, 88
 Nazal Rodrigo 73
 Niedmann Juan P. 102
 Nocera Cosme 15
 Núñez Eduardo 15
 Núñez Norma 48
 Núñez Pedro 78, 79, 82
 Núñez Claudio 102

 Olate Claudia 68
 Olivos José 14
 Olivari Francisco 30
 Oksenberg Danny 102
 Orellana Lucía 9, 11
 Orpinas Pamela 60
 Oyarzo Manuel 15
 Oyarzún Ricardo 19

 Páez Gloria 16
 Palacios Erick 15
 Palavicino Patricio 112
 Palma Patricia 58
 Parada Yolanda 32
 Pereda Cristián 25
 Pérez Mónica 37
 Pérez Gilberto 106
 Pessoa Silvia 17, 46, 55, 69, 116, 117
 Pettinelli Helia 73
 Pfister Andrea 71
 Philippi Valeska 106
 Philippi Alejandra 35
 Piñones Carmen 77
 Pizzi Aída 63, 101
 Plaza Nora 112
 Prado René 93
 Power Eric 106

 Quezada Laura 2
 Quezada Adriana 120

 Raby Ena 37
 Ramírez Raquel 37

 Ravera Rosy 51, 52, 54
 Retamal Eva 51, 52, 54
 Reyes Julio 113
 Ringeling Isabel 60
 Rivera Pilar 18
 Robinovich Jorge 38
 Roco Héctor 113
 Rodríguez Hernán 20
 Rodríguez José 48
 Rolon Rosa 29
 Rolando Mario 106
 Rojas Oscar 16, 23
 Rojas I. 23
 Rojas Verónica 35
 Roos T. Luis 78
 Roos R. Luis 78
 Rosales Julia 44
 Rubio Elba
 Ruiz Sandra 53

 Saavedra 16
 Sahman Zamira 14
 Salas Jimena 76
 Salinas Valeria 96, 97, 98
 Salinas Hugo 22, 23
 Saint-Jean Heliette 65, 66, 67
 Sharp Allan 104
 San Martín Cecilia 6, 24, 57
 San Martín Gabriela 39
 San Martín Roberto 66
 San Martín Ana M^a 84
 San Miguel Gloria 33
 Sánchez María Isabel 6, 7, 24, 57
 Sánchez Raúl 63
 Sanhueza Carlos 88
 Segura Nilda 10
 Segovia Isabel 95
 Segovia Erico 111
 Sepúlveda Luis 15
 Sepúlveda Haydée 30
 Sepúlveda Carlos 88
 Sepúlveda Cecilia 107, 108
 Serra Iván 104
 Sierralta Paulina 41
 Silva Gabriela 120
 Sierra Alfredo 111
 Sir Teresa 106
 Solar Orielle 26
 Sola Vicente 36
 Solís Fresia 3, 4, 12
 Soto Juana 35
 Soza Margarita 51, 52, 54
 Soza Guillermo 73
 Suárez Sylvia 65, 66

Teitelboim Marcia 26
Teke Alberto 64
Tomasevic Ana M^a 86
Thorling E.B. 103
Torres Alexandra 20
Torres Ximena 77
Torres José 106
Torres Sergio 113
Trujillo Carlos

Uribe Inés 20
Uribe Uberlinda 10

Valenzuela Lilya 18
Valenzuela Patricia 48
Valenzuela M^a Eugenia 8
Valenzuela Miguel 94
Valenzuela Margarita 112
Vargas Nelson 2, 68
Vargas Renato 15
Vega Marinka 16
Velásquez Patricia 73
Venegas Viviana 71
Vera Rafael 49, 50
Vera Helia 112
Vlastelica Alejandro 14
Vicentini Enrique 113
Vidal Rafael 56
Vidal Wanda 112
Villagrán Germán 18
Vogel Marlene 68
Volpato Roberto 106

Yáñez Manuel 107, 108

Zaccaria Alessandra 35
Zambrano Cecilia 53
Zamorano Carmen 85
Zaninovic Alejandra 35
Zenteno Luis 47

1. METODOS ESTADISTICOS: SU USO EN INVESTIGACION EN SALUD

Sr. José Francisco Cumsille
(Escuela de Salud Pública, Facultad de Medicina, Universidad de Chile)

Los avances en el conocimiento en las Ciencias de la Salud se debe en gran medida a la creciente investigación en el área: sea básica, clínica o epidemiológica.

Un alto porcentaje de estas investigaciones y de los resultados derivados de ellas se basan en los métodos estadísticos.

Se ha visto con creciente preocupación, que la inadecuada elección de una cierta metodología de análisis, puede conducir a conclusiones erradas que en nada aportan, por lo tanto, al conocimiento de los problemas que nos rodean.

Para ilustrar esta preocupación, se han simulado varias situaciones las cuales evidencian el hecho mencionado.

Así, por ejemplo, en la comparación de dos muestras independientes en las cuales se ha observado una variable continua, una de las soluciones más recurridas es la prueba de t de Student. Para que dicha prueba sea correctamente aplicada se debe satisfacer, en primer lugar, la normalidad de la variable en estudio. Si este hecho se cumple, entonces se dispone de dos caminos para resolver la igualdad de los promedios, los cuales dependerán de la igualdad o no de las varianzas asociadas a las poblaciones de donde provienen las muestras. Tradicionalmente la prueba de t que se utiliza está basada en la igualdad de las varianzas.

Simulando dos muestras normales independientes con varianzas distintas de 10 y 50 observaciones se obtuvo los siguientes resultados:

Muestra	Tamaño de la muestra	Promedio	Varianza
1	10	60,763	186,7
2	50	55,003	13,33

Al aplicar la prueba t para varianzas iguales se obtiene un $t = 2,49$ con 58 grados de libertad con la cual se concluye que hay diferencias significativas ($p < 0.05$) entre los promedios.

Sin embargo, las varianzas (186,7 y 13,33) son significativamente diferentes al aplicar una prueba de igualdad de varianzas. Por lo tanto la prueba anterior no es confiable para estudiar la igualdad de promedios.

Si se considera este hecho y se aplica la prueba t para varianzas distintas, se obtiene un valor de $t = 1,32$ con 9 grados de libertad, con lo cual se concluye que no hay diferencias significativas entre los promedios de las poblaciones.

A través de este y otros ejemplos se pretende hacer un llamado de atención a los usuarios de la Estadística en términos de las erradas inferencias que se podrían hacer si su utilización no se realiza con debida precaución.

2. MORTALIDAD INFANTIL: ANALISIS DE TENDENCIAS RECIENTES E IDENTIFICACION DE REGIONES Y CAUSAS DE RIESGO MAYOR

Drs. Nelson Vargas y Laura Quezada
(Departamento de Salud Pública, División Occidente, Facultad de Medicina,
Universidad de Chile)

Entre 1984-86 la tasa de mortalidad infantil (TMI) chilena se ha estabilizado en niveles de 19,4 a 19,6 por 1.000 nacidos vivos. La estabilización ocurre cuando una alta proporción de las muertes son evitables y cuando se sabe que otros países han tenido períodos de alza de este problema.

Analizando cifras oficiales y resultado de investigaciones publicadas, este trabajo pretende definir regiones con riesgo mayor e identificar causas de muerte con descensos débiles y ascensos recientes para plantear niveles teóricos alcanzables en la TNI.

Material y Metodología

Se revisan cifras de muertes infantiles, publicadas por el Instituto Nacional de Estadísticas e información proporcionada por analistas de CELADE. Con estos datos se definen las regiones de riesgo mayor y se agrupa las causas según su tendencia, entre 1982-1985.

Resultados

En el total de regiones del país, siete u ocho superan el valor de la TMI del país, en conjunto. Estas regiones reunieron, en 1985, el 52,20% de los nacidos vivos. Cuatro de estas regiones (VIII, IX, X y XI) tienen una presencia constante en el área de problema mayor y definen un conjunto geográfico de riesgo elevado. En ella nacen el 270% de los niños. La XII región tiene el valor más bajo de TMI (12,6 en 1985). Nivelar el país a ese valor más bajo significaría ahorrar 1.971 defunciones. El aporte más considerable a esa reducción estaría dado por la VIII región, que contribuiría con un 23,70% del total reducido. La IX y X también contribuirían con proporciones sobre el 100% a la mejoría (Tabla 1).

La mortalidad por causa muestra descenso de las diarreas, desnutrición, complicaciones del embarazo y parto, entre otras. Las respiratorias, las prevenibles por inmunizaciones y la prematuridad muestran tendencia al empeoramiento. Haber mantenido cada grupo de causas en el valor más bajo observado entre 1982-1985 habría significado una TMI de 17,6 en 1985 (en vez de 19,5) y una economía de 485 muertes infantiles. La prematuridad habría contribuido con un 58,80% de la reducción (285 muertes) y las afecciones respiratorias con otro 22,70% (110 defunciones) (Tabla 2).

TABLA Nº 1

EFFECTO TEORICO DE LA NIVELACION DE LAS TASAS DE MORTALIDAD INFANTIL REGIONALES
(TMI) AL VALOR REGIONAL MAS BAJO DE 1985
(XII Región: 12,6 por 1.000 nacidos vivos)

REGION	N.V. *	TMI 1985**	Muertes 1985	Muertes con tasa XII Región	Muertes evitadas Nº	%
I	6.923	16,6	109	83	26	1,3
II	8.672	18,8	155	104	51	2,6
III	4.743	19,3	87	57	30	1,5
IV	10.740	22,9	234	128	106	5,4
V	26.470	19,7	495	317	178	9,0
VI	13.051	19,6	243	156	87	4,4
VII	16.842	24,7	395	201	194	9,8
VIII	34.704	26,8	882	415	467	23,7
IX	15.270	32,1	466	183	283	14,4
X	18.023	25,9	444	216	228	11,6
XI	1.724	30,5	50	21	29	1,5
XII	2.843	12,6 ()	34	34	—	—
R.M.	101.973	15,6	1.511	1.219	292	14,8
PAIS	261.978	19,5	5.105	3.134	1.971	100,0

* Nacidos vivos corregidos

() Tasa más baja

** Tasa de Mortalidad Infantil de 1985

TABLA Nº 2

EFFECTO TEORICO DE LA NIVELACION DE LAS TASAS DE MORTALIDAD ESPECIFICA
POR CAUSAS AGRUPADAS AL VALOR MAS BAJO OBSERVADO EN EL PERIODO 1970-1985
EN EL MISMO GRUPO

C A U S A S	No de muertes* 1985	Año de menor tasa	No de muertes* con tasa más baja	Muertes evitables No %
Enfermedades diarreicas (Infecciones intestinales)	173	1985	173	
Enfermedades Aparato Respiratorio	840	1982	730	110 22,7
Enfermedades Infecciosas Prevenibles por Vacunación	28	1982	13	15 3,1
Desnutrición	45	1984	35	10 2,0
Prematurez	373	1983	88	285 58,8
Complicaciones del Embarazo y del Parto	1.268	1985	1.268	
Otras causas reducibles (esp. septicemia y meningitis)	248	1985	248	
Causas no Reducibles (Esp. anomalías congénitas)	965		965**	
Otras y Causas Mal Definidas	938	1984	873	65 13,4
TOTAL	4.878		4.393	485 100,0
TASA MORT. INFANTIL (o/oo)	19,5		17,6	

(*) Sobre 250.000 nacidos vivos

(**) No se calcula por suponerla no reducible

3. CAUSAS DE MUERTE: DETERMINANTES EPIDEMIOLOGICOS ASOCIADOS AL DESCENSO *

Sras. Graciela Mardones A., Berta Castillo M., Fresia Solís F.
(Escuela de Salud Pública, Facultad de Medicina, U. de Chile)

La identificación de las principales causas de defunción reflejan de manera general, el perfil de salud de la población y la gama de problemas de orden sanitario que se deben afrontar en un momento determinado.

El análisis de la evolución de ellas implica, además, conocer la magnitud de los cambios y realizar pronósticos sobre grupos de población más vulnerables a ciertas morbilidades.

Por estos motivos, se estudia la evolución de la mortalidad en el período 1960-1982, distinguiéndose sexo, cinco grupos de edades: menos de 1, 1-14, 15-44, 45-64, 65 años y más y ocho grupos de causas de muerte a fin de individualizar los factores de mayor incidencia en el descenso de la mortalidad general y por causas. Se fijan los siguientes objetivos:

1. Cuantificar los cambios experimentados por las tasas de mortalidad por causas, precisando aquellas que más influyen en el descenso de la mortalidad general.
2. Describir la modificación de la estructura de las causas de muerte y verificar las variaciones según sexo y edades.
3. Identificar el sexo y grupos de edades que mejor explican la evolución de la mortalidad por una determinada causa.

Material y Método

El material está constituido por el registro en cinta de computación de las defunciones registradas en el bienio 1981-1983 y clasificada según sexo, edad y causas de muerte. Además se usan las 5 tabulaciones sobre fallecimientos clasificadas por las mismas características anteriores, contenidas en los anuarios de Demografía para el bienio 1959-1961.

Los procedimientos utilizados son: tasas de mortalidad por causas, sexo y edades; diferencias absolutas y relativas de las tasas entre ambos períodos; distribuciones de frecuencias absolutas y relativas de las defunciones y tasas, e indicadores de sobremortalidad masculina.

Cálculo de tasas anuales promedio de 1959-61 como estimadores de las tasas de 1960 y de los años 1981-1983 como estimadores de las tasas de 1982.

Para los totales y para cada causa y sexo específicos, se construyen tasas estandarizadas por sexo y edades mediante método indirecto, usando como tipo la mortalidad específica de 1982.

Las defunciones con causas mal definidas se distribuyen proporcionalmente según la importancia relativa de las causas definidas.

Resultados

En el período estudiado, la tasa de mortalidad general ha disminuido a la mitad de su valor, desde 12,50/00 en 1960 a 6,20/00 en 1982. Sin embargo, el descenso es marcadamente diferente al distinguir causas de muerte (Tabla Nº 1).

La mortalidad por causas perinatales, respiratorias, infecciosas y "otras" se reduce drásticamente a la cuarta parte o menos. En cambio, en tumores y traumatismos el descenso es pequeño y la tasa por causas del aparato circulatorio aumenta en un 420/o.

Para evaluar la contribución relativa de cada causa a la disminución total, se calcula la diferencia absoluta de las tasas entre 1960 y 1982.

Para todas las causas la diferencia absoluta de la tasa es de 627 defunciones por 100.000 habitantes. A las enfermedades respiratorias y a otras causas corresponde el 660/o de este descenso. La mayor mortalidad por enfermedades del aparato circulatorio frena la disminución en 90/o.

Al distinguir por sexo, se observa que la mortalidad femenina disminuye en 540/o y la masculina en 460/o; sin embargo, la tasa por traumatismos ha descendido menos en las mujeres y el aumento de la tasa por enfermedades del aparato circulatorio es ligeramente mayor que en los hombres.

Los cambios observados se explican tanto por las edades donde la incidencia de la causa es mayor, como por la diferente proporción que significan las muertes por edades en el total (Tabla N° 2).

La disminución de la mortalidad por causas respiratorias, infecciosas y digestivas se verifica principalmente en las edades jóvenes. En digestivas, el descenso es frenado por el aumento de las tasas sobre 45 años. Asimismo, las tasas de 65 años y más aumentan en traumatismos y aparato circulatorio.

El análisis de los cambios absolutos, muestra que el mayor número de muertes evitadas corresponde a menores de un año y en ellos la mayor contribución al descenso se debe a causas perinatales, respiratorias y digestivas. Le sigue en importancia la reducción de las muertes de 65 años y más principalmente debido a la disminución en "otras causas". Sin embargo, para estas edades es importante destacar el aumento de las muertes por causas del aparato circulatorio.

Como consecuencia de lo anterior, se produce un notorio envejecimiento de la mortalidad, sin embargo, el peso relativo de los menores de un año sigue siendo importante, no sólo en las tasas sino en el volumen de muertes (90/o en 1982).

Por sexo, la evolución de las tasas específicas por edades y causas es semejante, excepto en tumores donde las variaciones son pequeñas y la dirección del cambio no es igual en cada edad.

* Proyecto de investigación financiado por D.I.B. Clave M-2356-8722.



TABLA Nº 1

**CAMBIO RELATIVO Y ABSOLUTO DE LAS TASAS DE MORTALIDAD POR SEXO,
SEGUN CAUSAS. AÑOS 1960–1982**

Causas de muerte	Tasas de mortalidad (o/ooo)		Dif. relativa (o/o) (b) – (a) (a)	Diferencia absoluta	
	1960 (a)	1982 (b)		Nº (b) – (a)	o/o
Ambos sexos	1.249	622	–50,2	–627	100,0
Infecciosas	110	26	–76,4	– 84	13,4
Tumores	138	116	–16,3	– 22	3,5
Aparato Circulatorio	133	190	42,3	57	– 9,1
Aparato Respiratorio	298	64	–78,6	–234	37,3
Aparato Digestivo	115	58	–49,6	– 57	9,1
Perinatales	120	23	–80,7	– 97	15,5
Traumatismos	93	82	–11,4	– 11	1,8
Otras	242	63	–73,8	–179	28,5
Hombres	1.426	765	–46,3	–661	100,0
Infecciosas	128	32	–74,6	– 95	14,4
Tumores	145	129	–11,1	– 16	2,4
Aparato Circulatorio	155	217	40,3	62	– 9,4
Aparato Respiratorio	334	80	–76,1	–254	38,4
Aparato Digestivo	141	78	–44,6	– 63	9,5
Perinatales	130	26	–80,3	–104	15,7
Traumatismos	151	132	–12,7	– 19	2,9
Otras	242	70	–70,9	–172	26,0
Mujeres	1.093	499	–54,4	–595	100,0
Infecciosas	93	20	–78,4	– 73	12,3
Tumores	133	105	–21,2	– 28	4,7
Aparato Circulatorio	117	169	44,7	52	– 8,7
Aparato Respiratorio	268	51	–81,1	–218	36,6
Aparato Digestivo	92	40	–56,0	– 51	8,6
Perinatales	110	21	–81,1	– 89	15,0
Traumatismos	37	36	– 5,0	– 2	0,3
Otras	243	57	–76,6	–186	31,3

TABLA No 2

CAMBIO RELATIVO DE LAS TASAS DE MORTALIDAD POR CAUSAS, SEGUN EDADES *
1960 - 1982

Grupos de Edades	Perinatales	Aparato Respiratorio	Infecciosas	Otras	Aparato Digestivo	Tumores	Traumatismos	Aparato Circulatorio	Total
1	- 81	- 90	- 62	- 40	- 97	- 18	+ 223	- 26	- 80
1 - 14	-	- 94	- 93	- 79	- 95	- 12	- 36	- 64	- 83
15 - 44	-	- 80	- 87	- 80	- 29	- 38	- 26	- 48	- 57
45 - 64	-	- 55	- 72	- 78	+ 22	- 20	- 3	+ 2	- 34
65 y más	-	- 39	- 42	- 78	+ 48	- 8	+ 20	+ 86	- 16
TOTAL	- 81	- 79	- 76	- 74	- 50	- 16	- 11	+ 42	- 50

* Tasa 1982 - Tasa 1960

Tasa 1960

CAMBIO ABSOLUTO DE LAS TASAS DE MORTALIDAD POR CAUSAS, SEGUN EDADES *
1960 - 1982

Grupos de Edades	Perinatales	Aparato Respiratorio	Infecciosas	Otras	Aparato Digestivo	Tumores	Traumatismos	Aparato Circulatorio	Total
1	- 4.333	- 3.695	- 372	- 361	- 1.328	- 3	+ 169	-	- 9.930
1 - 14	-	- 137	- 75	- 46	- 33	- 1	- 16	- 4	- 311
15 - 44	-	- 29	- 61	- 71	- 8	- 13	- 27	- 14	- 221
45 - 64	-	- 79	- 113	- 299	+ 31	- 67	- 4	+ 6	- 524
65 y más	-	- 451	- 111	- 1.814	+ 128	- 103	+ 39	+ 1.218	- 1.094
TOTAL	- 97	- 234	- 84	- 179	- 57	- 22	- 11	+ 57	- 627

* Tasa 1982 - Tasa 1960

4. MORTALIDAD POR SEXO: DIFERENCIAS SEGUN CAUSAS Y SERVICIOS DE SALUD *

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

La literatura científica señala que la mortalidad masculina excede a la femenina, en todas las edades y en cualquier población; este hecho ha sido explicado por razones de tipo biológico y de estilo de vida.

El presente estudio tiene por propósito analizar el diferencial por sexo de la mortalidad en Chile, cuantificar su magnitud, destacar las características a nivel nacional y en las áreas geográficas correspondientes a los Servicios de Salud e identificar las causas de muerte que explican dicho diferencial.

Material y Método

La información básica son las tasas de mortalidad para el período 1981-83; la comparación de los sexos, se efectúa sobre la base de tasas ajustadas por edad para eliminar el efecto de la distinta estructura poblacional, tanto entre las áreas geográficas como entre la población masculina y femenina.

Las causas de muerte se agrupan en ocho categorías según la 9^o Revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades y Causas de Defunción.

Los fallecimientos registrados con Causas Mal Definidas se distribuyen en las causas indicadas, mediante un procedimiento iterativo diseñado en un estudio preliminar. (1)

Para el análisis se calculan medidas de resumen, coeficientes de correlación lineal y pruebas de significación estadística.

Resultados

En el trienio 1981-1983 se registra un 56% de fallecimientos de varones. La edad mediana de los decesos es de 66 años, siendo de 63 años para las muertes masculinas y de 70 años para las femeninas.

La mortalidad masculina es un 53% superior a la femenina, llegando entre las áreas geográficas a un máximo de 80% (Antofagasta). El mayor índice de sobremortalidad masculina se observa en los adultos jóvenes, de 227 para el tramo de 15-44 años; en los Servicios de Salud este índice varía desde 169 a 287.

El excedente de mortalidad masculina se debe principalmente a tres causas: Traumatismos (36%), Enfermedades del Aparato Circulatorio (18%) y Enfermedades del Aparato Digestivo (14%).

En los menores de un año, el 50% del diferencial por sexo se puede imputar a la mortalidad por causas Perinatales de hombres (1.052,5 por cien mil nacidos vivos) mayor que de mujeres (844,5); también inciden las enfermedades del Aparato Respiratorio que responden por el 17% de la diferencia (Tabla Nº 1).

En las edades jóvenes, la sobremortalidad masculina se explica casi exclusivamente por traumatismos; en el grupo de 1-14 años es responsable del 93% y en 15-44 años, del 81%; al mismo tiempo, es importante el exceso de mortalidad masculina por Enfermedades del Aparato Digestivo, en 15 a 44 años.

A partir de los 45 años el diferencial por sexo, es consecuencia de la acción conjunta de varias causas. Entre los 45-64 años interviene, traumatismos (29%), Enfermedades del Aparato Digestivo (26%) y Enfermedades del Aparato Circulatorio (22%). En la población de 65 años y más, el exceso de mortalidad masculina se explica por las enfermedades degenerativas (Tumores y Cardiovasculares) y Respiratorias.

Los Traumatismos, las Enfermedades Circulatorias y Digestivas que explican el diferencial por sexo, muestran simultáneamente variación significativa entre los Servicios de Salud; las tasas máximas de mortalidad duplican a las tasas mínimas, tanto en la población masculina como femenina; esto trae como consecuencia que el rango de variación de los índices de sobremortalidad aumenta en dichas causas (Tabla Nº 2).

Llaman la atención, la diferencia enorme de mortalidad masculina por Enfermedades Digestivas dentro del país —la tasa mayor (Concepción) cuadruplica la menor (Aisén)— y el elevado índice de sobremortalidad masculina por Traumatismo registrado en Ñuble (618).

En Chile, la mayor mortalidad masculina en las edades tempranas y avanzadas serían consecuencia de factores genético-biológicos que originan ventajas para la mujer; en cambio, entre 1 y 64 años, el excedente es función del estilo de vida desarrollado por los varones, que se traduce en comportamientos nocivos para la salud y supervivencia, como podrían ser el consumo excesivo y regular de alcohol, desarrollo de funciones de gran riesgo, conductas de desafío al peligro, mayor consumo de cigarrillos, menor preocupación por sus procesos mórbidos.

* Este estudio es parte proyecto investigación DIB, clave M-2356-8722.

- (1) Castillo, B.; Mardones, G. Mortalidad por Causas en Chile: Análisis de la Información Estadística y una Proposición Metodológica. Tesis para optar al Grado de Magister en Bioestadística. Escuela Salud Pública. Fac. Med. 1985.

TABLA Nº 1

**TASAS DE MORTALIDAD POR SEXO E ÍNDICE DE SOBREMORTALIDAD MASCULINA POR GRUPOS DE EDADES
SEGUN CAUSAS DE MUERTE**

SEXO Y GRUPOS DE EDADES										
CAUSAS DE MUERTE										
	Infeciosas	Tumores	Ap. Circulatorio	Ap. Respiratorio	Ap. Digestivo	Perinatales	Traumatismos	Otras	Total	
TASAS DE MORTALIDAD (POR CIENTOS MIL)										
HOMBRES										
Menores 1 año	240,3	28,4	32,4	391,0	52,5	1.052,5	248,3	502,7	2.548,1	
1 - 14	6,0	7,5	2,6	9,2	1,9	-	33,7	12,4	73,3	
15 - 44	11,2	19,8	18,0	10,1	26,3	-	125,3	17,1	227,8	
45 - 64	57,7	278,3	318,8	101,4	263,4	-	214,9	91,8	1.326,3	
65 y más	225,9	1.467,0	2.852,6	920,3	511,1	-	322,9	581,5	6.881,3	
TOTAL	32,3	129,0	217,5	79,9	78,4	25,7	131,5	70,4	764,6	
MUJERES										
Menores 1 año	199,5	20,8	57,2	321,2	24,1	844,5	194,0	472,8	2.134,1	
1 - 14	6,0	6,0	3,1	8,6	3,1	-	19,6	11,7	58,1	
15 - 44	7,9	22,6	12,2	5,6	11,9	-	22,2	18,0	100,4	
45 - 64	24,9	258,3	185,0	34,6	103,4	-	38,4	75,8	720,4	
65 y más	114,6	988,2	2.416,1	589,5	329,7	-	143,0	425,7	5.006,8	
TOTAL	20,2	104,8	168,9	50,8	40,4	20,7	35,7	57,4	498,7	
ÍNDICES DE SOBREMORTALIDAD MASCULINA (1)										
Menores 1 año	120	137	57	122	218	125	128	106	119	
1 - 14	100	123	84	107	61	-	172	106	126	
15 - 44	142	88	148	180	221	-	564	95	227	
45 - 64	232	108	172	293	255	-	560	121	184	
65 y más	197	148	118	156	155	-	226	137	137	
TOTAL	160	123	129	157	194	124	368	123	153	

(1) (Tasa de mortalidad masculina / Tasa de mortalidad femenina) x 100

TABLA Nº 2

TASAS DE MORTALIDAD POR SEXO E INDICE DE SOBREMORTALIDAD MASCULINA SEGUN CAUSAS
VALORES MINIMOS Y MAXIMOS REGISTRADOS EN LOS SERVICIOS DE SALUD

TASAS E INDICES				CAUSAS DE MUERTE						
	Infecciosas	Tumores	Ap. Circulatorio	Ap. Respiratorio	Ap. Digestivo	Perinatales	Traumatismos	Otras	Total	
TASAS TIPIFICADAS DE MORTALIDAD (POR CIENT MIL)										
HOMBRES										
TOTAL	32,3	129,0	217,5	79,9	78,4	25,7	131,5	70,4	764,6	
Valor mínimo	24,8	103,8	158,3	52,0	29,9	16,8	91,8	56,5	633,1	
Valor máximo	59,6	191,0	279,2	98,1	130,7	38,5	193,2	84,5	956,7	
Máx. / mín.	2,4	1,8	1,8	1,9	4,4	2,3	2,1	1,5	1,5	
MUJERES										
TOTAL	20,2	104,8	168,9	50,8	40,4	20,7	35,7	57,4	498,7	
Valor mínimo	13,7	80,7	123,9	26,2	23,1	13,3	21,3	52,4	411,1	
Valor máximo	44,6	146,1	218,1	68,5	63,8	39,6	43,8	74,9	634,5	
Máx. / mín.	3,2	1,8	1,8	2,6	2,8	3,0	2,1	1,4	1,5	
INDICES DE SOBREMORTALIDAD										
TOTAL	160	123	129	157	194	124	368	123	153	
Valor mínimo	82	101	107	108	89	92	270	87	114	
Valor máximo	223	177	161	217	233	157	618	144	155	
Máx. / mín.	2,7	1,8	1,5	2,0	2,6	1,7	2,3	1,7	1,4	

5. LAS ENCUESTAS DOMICILIARIAS EN EL ESTUDIO DE LOS PROBLEMAS DE SALUD EN CHILE

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

Para el diagnóstico del nivel de salud se usan diferentes tipos de indicadores que, a su vez, provienen de diversas fuentes de información. Cuando las condiciones de salud son muy inadecuadas y el riesgo de muerte es elevado, las mediciones de mortalidad constituyen un indicador razonable de la situación de salud. Pero, a medida que las condiciones mejoran, los indicadores de mortalidad se hacen cada vez menos representativos del conjunto de problemas de salud que se enfrenta en las comunidades y se hace necesario conocer con precisión las características de la morbilidad y de la demanda de atención y, en un paso más, las características del estilo de vida, que está generando problemas diversos en el área de salud.

En el gráfico 1 se presenta la gradiente de eventos que, iniciándose con la producción de enfermedad, puede terminar con la muerte y, por otra parte, las metodologías susceptibles de emplear para el conocimiento adecuado de la situación. Se aprecia en este gráfico que las encuestas son capaces de entregar una gran cantidad de información vinculada a la frecuencia de enfermedad que percibe la población, al proceso de decisión que termina en consulta o en autocuidado, a características diversas de la consulta o la hospitalización, vistas desde el punto de vista de la población, al desembolso económico, al nivel de satisfacción por la atención o, en definitiva, a todo el conjunto de componentes de la atención de salud que se dan fuera de la medicina formal organizada, cuyo volumen y características conocemos a través de la cuantificación de consultas, egresos hospitalarios, licencias, pensiones de invalidez o defunciones.

Encuestas poblacionales en Chile

De acuerdo a la información de la tabla 1, en las últimas décadas se ha empleado la técnica de encuestas domiciliarias para resolver las necesidades de conocimiento de la frecuencia de morbilidad general, las características de la atención de salud, la salud materna e infantil, la salud mental, los problemas neurológicos, el alcoholismo o el tabaquismo, como ejemplos destacados de esta metodología en el estudio de problemas de salud, a las que cabría aún agregar las encuestas de fecundidad o los estudios específicos de recién nacidos (A. Kirschbaum y cols.) o de niños no deseados (C. Pereda y cols.).

Características metodológicas

Como en cualquier estudio científico, las encuestas deben poseer representatividad en cuanto a la población estudiada y calidad en la información recogida. Para alcanzar el primer objetivo resulta indispensable trabajar con una muestra de las viviendas que sea elegida en forma aleatoria, reproduciendo las características generales de la población estudiada y que tenga un tamaño definido técnicamente, de acuerdo al margen deseado de variación respecto al universo y de seguridad en los resultados. De acuerdo a lo anterior, la morbilidad de Santiago, por ejemplo, ha sido estudiada por nosotros con un margen de variación de 20% y una seguridad de 95 con muestras poblacionales de aproximadamente 2.500 personas, y la morbilidad de 12 ciudades chilenas con un total ligeramente superior a 4.000 personas.

La utilidad del sistema de encuesta depende obviamente de la calidad de los datos obtenidos. En las encuestas de morbilidad, ello es función del conocimiento de los problemas por parte de la población lo que, de acuerdo a las experiencias nacionales, es satisfactorio en el caso de la situación chilena. La información puede resultar sesgada por diversos tipos de connotaciones. En los estudios practicados por nosotros resulta infrecuente el registro de enfermedades venéreas o de desnutrición infantil, en circunstancias que la prevalencia alcanza a título promedio a un 100%. En las encuestas de alcoholismo es probable que un cierto porcentaje de las mujeres chilenas no informen adecuadamente sobre sus reales hábitos de ingestión alcohólica.

La calidad de una encuesta está también vinculada a la proporción de la respuesta poblacional. La aceptación de encuestas en las viviendas depende del día y la hora en que se practican y, por otra parte, de la frecuencia con que la población haya sido requerida para entregar información. En el caso de Santiago, comparando 1977 y 1983, hemos podido observar dos hechos de importancia: la proporción de rechazos fue muy baja en 1977 y se concentró en los sectores de nivel socio económico elevado; en 1983, la tasa de rechazos se duplicó y apareció de preferencia en las comunas más pobres de la capital. La no aceptación plantea un importante problema metodológico en cuanto al reemplazo de las viviendas originalmente sorteadas por otras que resulten comparables, sin introducir, consecuentemente, sesgos originados en el proceso de aceptación o rechazo. La calidad de los datos la hemos controlado, tanto por un procedimiento de reencuesta de un cierto porcentaje de la población estudiada, como por el análisis de los resultados comparando los hallazgos de diversos encuestadores. En términos generales, puede decirse que con encuestadores adecuadamente entrenados no se aprecian variaciones entre los encuestadores.

Las encuestas de población recogen esencialmente datos registrados en la memoria de los encuestados. Para cada problema se requiere definir con precisión dicha capacidad de recuerdo. En el caso de la mortalidad y la morbilidad ocurrida en una vivienda, en nuestra experiencia, la gente rememora con seguridad los fallecimientos de los últimos 12 meses, como igualmente las hospitalizaciones de dicho período. En cambio, el recuerdo de la morbilidad de mediana gravedad o trivial se produce satisfactoriamente cuando el período de estudio no supera las dos semanas. Si se extiende el plazo a 6 meses, la comparación de encuestas relativas a este período con las quincenales sugiere que no se registran aproximadamente la mitad de los episodios de morbilidad del semestre.

Síntesis

La realización de encuestas supone un costo económico no despreciable y un proceso de organización, realización, tabulación, computarización y análisis, de relativa complejidad. Seguramente que por estas razones, las encuestas de salud se realizan con menor frecuencia que la esperada.

Sin embargo, caben pocas dudas que esta metodología adquiere importancia progresiva para explorar todas aquellas características de la patología y la atención de salud que no llegan al sistema formal de atención de salud y que, de acuerdo a nuestra experiencia en Santiago y otras 12 ciudades, alcanza a la mitad de la patología de los chilenos; a la cobertura real de nuestro sistema de servicios de salud; a los costos directos que cualquier atención irroga a los usuarios; a la percepción de calidad de la atención que tienen los enfermos atendidos, etc. En un país en el que justamente las encuestas realizadas muestran un proceso progresivo de incremento de la demanda de atención, este procedimiento puede dar respuesta a elementos básicos para el proceso de planeación adecuada de los servicios de salud del país.

Referencias bibliográficas

- a) Morbilidad general y atención de salud: 1) Ministerio de Salud. Recursos humanos en salud: un modelo de análisis, Imprenta SNS, Santiago, 1970; 2) O. Sepúlveda. Primer Seminario de Formación Profesional Médica, Edit. Universitaria, Santiago, 1960; 3) E. Medina: Rev. Méd. Chile 107:155, 1979; 108:937, 1980; 112:1157, 1984; 113:1007, 1985; Bol. Of. San. Panam. 102:594, 1987; Cuad. Méd. Soc. 26:95, 1985; Documentos Corporación Promoción Universitaria N° 20/84, 1984.
- b) Salud Materna e infantil: 1) A.M. Kaempffer, Rev. Chil. Pediatr. 51:355, 1980. 2) E. Medina, Rev. Chil. Pediatr. 56:113, 1985; 56:119, 1985. 3) N. Chang y M. Notari, Publicaciones PESMIB, 1976.
- c) Salud mental. 1) J. Horwitz, Rev. SNS 3:277, 1958. 2) J. Marconi, Rev. Med. Chile 88: 981, 1960; Rev. Psiquiatr. 18:11, 1954. 3) J. Pallavicini, Rev. Psiqu. Clin. 20:1, 1983.
- d) Tabaquismo. 1) E. Medina, Rev. Med. Chile 114:257, 1986; Cuad. Med. Soc. 28:76, 1987.

ENCUESTAS POBLACIONALES EN EL ESTUDIO DE LA SALUD

MORBILIDAD GENERAL Y ATENCION MEDICA

Chile

Ministerio de Salud, 1969

Santiago

O. Sepúlveda, 1960

Ministerio de Salud, 1969

E. Medina, 1977

E. Medina, 1983

12 ciudades (I a VIII Regiones)

E. Medina, 1985

SALUD MATERNA E INFANTIL

Areas rurales

N. Chang, 1974

M. Notari, 1974

Santiago

A.M. Kaempffer, 1977

A.M. Kaempffer, 1983

12 ciudades (I a VIII Regiones)

E. Medina y A.M. Kaempffer, 1985

ENFERMEDADES NEUROLÓGICAS

Santiago

A. Kirschbaum, 1983

Melipilla - Epilepsia

A. Kirschbaum, 1976

SALUD MENTAL

PROBLEMAS PSIQUIÁTRICOS GENERALES

Santiago

J. Horwitz, 1958

ALCOHOLISMO

Santiago

J. Marconi, 1954

R. Honorato, 1958

J. Pallavicini, 1983

Valparaíso

L. Acevedo, 1959

TABAQUISMO

Santiago

D. Joly y A. Kirschbaum, 1971

E. Medina, 1985

12 ciudades

E. Medina, 1986

6. PERFIL DE MORBILIDAD EN UN CONSULTORIO GENERAL URBANO

Dra. María Isabel Sánchez, Srs. José M. Mancisidor, Beatriz Montenegro, Dr. Frigyes Lukacs
y Sra. Cecilia San Martín
(Escuela de Salud Pública, Facultad de Medicina, Universidad de Chile)

Mucho es lo que se conoce respecto de la mortalidad en los distintos sectores y desde distintos ángulos en nuestro país, pero es por todos aceptado que cada vez se hace más imperiosa la necesidad de conocer en cuanto a la morbilidad, ya que es ella y sus complicaciones la que determinan nuestro mayor quehacer en cuanto a recuperación de la salud, y según ella buscar las estrategias más adecuadas, ya que éstas no sólo dependen de la vulnerabilidad y trascendencia de los problemas, sino además de su magnitud e impacto poblacional.

Como una forma de motivar el uso local de un método ya utilizado a nivel de servicios, que es fácil, rápido y extremadamente económico, quisimos describir las características de la patología de consultantes de toda edad de la Comuna La Florida de Santiago, que demandó y logró atención en el Consultorio Villa O'Higgins durante el año 1986.

Material y Método

Utilizando la técnica de muestreo sistemático simple, se obtuvieron los diagnósticos realizados durante el año y registrados en los informes médicos diarios, tanto de atención infantil, como del adulto, obstétrica y ginecológica. Los datos fueron vaciados a planillas tipo, confeccionadas para este efecto, y luego los diagnósticos agrupados según la 9ª revisión de la clasificación internacional de enfermedades, vigente en nuestro país desde 1980, y además según patologías específicas.

Resultados

A. Atención de la mujer: en el año en estudio de una población de 2.577 mujeres ingresadas a control prenatal, se realizó un total de 1.797 atenciones por morbilidad obstétrica, 1.360 por médico (75,70/o) y 437 (24,30/o) por matrona. La muestra fue de 193 consultas (10,70/o) y se encontró que los motivos más frecuentes de consulta fueron los por patologías propias del embarazo (66,80/o) y dentro de ellas, la edad gestacional dudosa en un 25,60/o y cesárea anterior (una o dos), en 17,10/o, ambos equivalentes al 280/o del total de morbilidad obstétrica.

Las causas correspondientes a patologías concomitantes con la gestación (29,50/o) fueron principalmente la desnutrición materna en un 24,60/o y la anemia en un 22,80/o, vale decir un 47,40/o por motivos carenciales, equivalentes ambos a un 140/o del total de morbilidad de embarazadas.

Lo encontrado es coincidente con algunos estudios en otros consultorios durante 1984 y 1985.

En cuanto a atención ginecológica, se realizó un total de 1.680 consultas y el 100/o analizado mostró que las enfermedades inflamatorias de órganos pelvianos se presentaron en un 21,40/o y los trastornos de la mama en un 11,30/o. Como causas específicas, la mayor atención fue por diagnóstico de climaterio perimenopáusico, 10,70/o, inserciones de DIU, 10,70/o, vulvovaginitis, 9,50/o, displasia mamaria, 7,10/o, y amenorreas con un 6,50/o.

B. Atención infantil: en 1986 se tuvo una población asignada de 30.283 menores de 15 años y se realizaron 23.842 atenciones de morbilidad, analizándose 1.201 (50/o) diagnósticos, observándose que las enfermedades del aparato respiratorio fueron las de mayor importancia relativa, (32,20/o), junto con las enfermedades infecciosas y parasitarias (23,20/o), y las de la piel en 15,80/o de las consultas. En cuanto a causas específicas fueron la bronquitis, resfriado común, enteroparasitosis, impétigo y escabiosis, las que determinaron el mayor número de consultas. Estos grupos de causas y causas específicas se repiten en otros consultorios.

Las causas de mortalidad de este grupo etario, en el S.S.M.S.O., del cual depende el consultorio, fueron: 1) Enfermedad del aparato respiratorio; 2) Afecciones perinatales; 3) Traumatismos y envenenamientos; 4) Infecciosas y parasitarias; 5) Tumores malignos y, 6) Enfermedades del sistema nervioso. Como vemos en ambos casos las respiratorias e infecciosas y parasitarias son importantes.

C. Atención del adulto: el consultorio tuvo una población asignada de mayores de 15 años de 80.817 personas. Se consideraron para el análisis 1.170 consultas (50/o) del total de atenciones por morbilidad del adulto y senescente.

Por grupo de causas tenemos con 13,80/o las enfermedades del aparato respiratorio, también con 13,80/o las infecciosas y parasitarias, con 12,30/o las del sistema osteomuscular y tejido conjuntivo, y con 10,60/o los trastornos mentales a diferencia de otros consultorios e incluso la información del año 1985 del SISVAN, en que la primera causa son las enfermedades del aparato circulatorio, la segunda, enfermedades respiratorias, y sólo la sexta, las enfermedades infecciosas y parasitarias. Por causas específicas los principales diagnósticos fueron: neurosis, lumbagos, bronquitis aguda, infecciones de la piel y escabiosis también a diferencia de otros estudios que muestran la Ht. arterial como la primera causa. luego el lumbago y las neurosis, ocupando además un lugar importante la diabetes mellitus y en otros casos, las enfermedades de la vía biliar, cosa que nosotros no encontramos.

Por otro lado, las causas de mortalidad en el S.S.M.S.O. fueron, según orden de importancia: aparato circulatorio, tumores malignos, traumatismos y envenenamientos, aparato respiratorio y aparato digestivo, corroborándose las diferencias que existen con las causas de consulta por morbilidad.

Comentarios

Vemos que con una metódica simple, que requiere sólo de un buen registro, y diagnósticos lo más precisos posible, podemos tener una visión más cercana de lo que está ocurriendo con nuestra población. Aquí, por ejemplo, pudimos apreciar que para las embarazadas hay que contar con métodos que nos permitan disminuir los diagnósticos de edades gestacionales dudosas y llamar la atención sobre las patologías carenciales. En la atención infantil, enfocar el problema de las enfermedades infecciosas y parasitarias y de enfermedades de la piel, y en la atención del adulto tratar de precisar mejor aquellos diagnósticos de neurosis y, al igual que en los niños, ver el problema de infecciosas, parasitarias y de la piel.

Todo esto tiene su real sentido, además en poder adecuar nuestra farmacia en mejor forma, como también para enfocar la mayor preparación del equipo de salud para solucionar los problemas inherentes al sector al cual se está sirviendo, y no otros, ya que por otro lado, el mayor volumen de interconsultas tuvieron también relación en niños, fuera de neurología y traumatología y ortopedia, con gastroenterología y dermatología, y en mayores de 15 años, luego de otorrino, medicina física y oftalmología, también con gastroenterología y dermatología, todo lo cual nos muestra coincidencia con los perfiles de morbilidad.

7. CAPACIDAD RESOLUTIVA DE UN CONSULTORIO GENERAL URBANO DE LA REGION METROPOLITANA

Dra. María Isabel Sánchez y Srs. José Manuel Mancisidor y Beatriz Montenegro
(Escuela de Salud Pública, Facultad de Medicina, Universidad de Chile)

Se estudia la capacidad resolutive (C.R.) del año 1986, mes a mes, y de la atención del adulto y del niño, del Consultorio Villa O'Higgins, Consultorio General Urbano dependiente del S.S.M.S.O. y ubicado en la comuna La Florida, teniendo como población asignada en dicho año 111.100 habitantes, equivalentes al 45,70% del total comunal, de los cuales un 27,30% son niños y 72,70%, adultos.

Como es sabido, en los últimos años la Comuna se ha visto afectada por un desborde poblacional, no estando ajena a él la población del consultorio, el que, de una población a atender de 86.168 personas en 1982, ha llegado a 137.662 personas en 1987 (60% de aumento en el último quinquenio; por grupo etario, 78,10% fue el incremento de los de 0 a 14 años, un 55,10% en los de 15 a 65 años y sólo un 5,90% de los de 65 años y más). Con todo esto se produjo un cambio en la estructura de la población asignada, y de ser de tipo intermedia, pasó a ser de tipo joven, con sólo un 3,40% de personas de 65 años y más.

En este contexto, fue de alto interés conocer lo que ocurriría con la capacidad resolutive, tanto cualitativa como cuantitativa en dicho Consultorio, para lo cual se analizó de Enero a Diciembre de 1986.

El material y métodos empleados fue la revisión de las estadísticas diariomensuales del Consultorio, el registro de los rechazos, el libro de registro de interconsultas pedidas por los profesionales que brindaron la atención, e información de población que manejan el I.N.E., el S.S.M.S.O. y el propio consultorio.

Se usó la fórmula de C.R. cuantitativa = $\text{N}^\circ \text{ de pacientes atendidos} / \text{N}^\circ \text{ de pacientes atendidos más N}^\circ \text{ de rechazados y por } 100$, y C.R. cualitativa = $\text{N}^\circ \text{ de casos atendidos} - \text{N}^\circ \text{ de casos referidos} / \text{N}^\circ \text{ de casos atendidos y por } 100$ (ver Tabla N° 1).

El Consultorio consideró rechazo a toda persona que, requiriendo atención, no la obtuvo dentro del mismo día y, además, nosotros consideramos como referido a todo paciente que, habiendo sido atendido, debió dársele una interconsulta para la solución de su problema a otro nivel del sistema.

Resultados

El promedio anual del consultorio para la C.R. cuantitativa alcanzó un 84,60%, pero se observan grandes diferencias entre los distintos meses, llegando en el caso de la atención de adultos a ser sólo de 49,60% en el mes de Agosto y a 60,10% en el mes de Julio en la atención a menores de 15 años, debiéndose en ambos casos, principalmente a una disminución del número de consultas realizadas y sólo a un leve aumento de la demanda.

Cabe hacer notar que a partir de Octubre no aparecen rechazos, debido o a un subregistro de ellos y/o probablemente a una decisión de la propia población de no consultar, ya que el promedio mensual de demanda de atención de Enero a Agosto fue de 2.500 consultas, y a partir de Septiembre, baja a alrededor de 1.890 consultas demandadas en promedio mensual.

En cuanto a la C.R. cualitativa, podemos decir que es mucho mayor, llegando a ser del 92,20% en la atención del adulto y 97,70% en niños (ver Tabla N° 2), con la salvedad que no se estudiaron los casos en los cuales hubo necesidad de pedir exámenes de laboratorio, con lo cual este porcentaje bajaría. Por otro lado, observamos que las interconsultas fueron dadas a niños, principalmente por problemas de neurología, cardiología y siquiatría (52,50% del total), y a adultos por problemas otorrinolaringológicos y de medicina física y rehabilitación, así como de oftalmología y dermatología (40,60% del total).

Comentarios

Siendo la medición de la capacidad resolutive, de utilidad conocida, y sabiendo que es en general alta, 90 a 98% promedio anual en los consultorios de atención primaria, no es menos cierto que debemos tener presente su variabilidad mes a mes, y llevándose este registro mensualmente nos dará información, en caso de haber diferencias importantes, con respecto a las causas de ella, así si es por un cambio en la decisión de consultar de nuestra población o por algún cambio en la asignación de horas del consultorio, permitiéndonos estudiar en forma más dirigida las probables variaciones.

Por otro lado, nos parece necesario, para calcular más exactamente la capacidad resolutive cualitativa, contar junto con el registro de las interconsultas, con un registro detallado de los exámenes de laboratorio y ambos relacionarlos con la real posibilidad que tiene el resto del sistema de salud para resolver estas situaciones, en base al desglose de ellas por servicios y/o especialidades, de tal modo de conocer dónde están las mayores necesidades de derivación y sus cambios en el tiempo.

TABLA Nº 1

CAPACIDAD RESOLUTIVA CUANTITATIVA Y CUALITATIVA, SEGUN NIÑOS
Y ADULTOS CONSULTANTES DEL CONSULTORIO VILLA O'HIGGINS, 1986

Meses	Consultas Requeridas	Atención del adulto				Consultas Requeridas	Atención del niño			
		Rechazos	C.R. o/o	I.C.	C.R. o/o		Rechazos	C.R. o/o	I.C.	C.R. o/o
Enero	2.644	208	92,2	264	89,3	3.263	91	97,2	52	98,4
Febrero	2.434	214	91,2	185	91,7	2.343	150	93,6	70	96,8
Marzo	2.473	293	88,2	190	91,3	2.591	465	82,1	61	97,1
Abril	2.531	103	95,9	158	93,5	2.088	95	95,5	93	95,3
Mayo	2.132	107	95,0	86	95,8	3.023	170	94,4	91	96,8
Junio	2.272	750	67,0	112	92,6	3.026	1.150	62,0	24	98,7
Julio	2.642	696	73,7	73	96,3	3.612	1.440	60,1	24	98,9
Agosto	2.856	1.439	49,6	125	91,2	3.459	1.241	64,1	18	99,2
Septiembre	1.809	242	86,6	97	93,8	2.036	320	84,3	26	98,5
Octubre	2.205	105	95,2	201	90,4	2.380	---	100,0	70	97,1
Noviembre	1.835	---	100,0	175	90,5	2.302	---	100,0	47	98,0
Diciembre	1.713	---	100,0	158	90,8	2.416	---	100,0	45	98,1
Total	27.566	4.157	84,9	1.824	92,2	32.539	5.122	84,3	621	97,7

C. R. = consultas requeridas I.C. = interconsultas

TABLA Nº 2

**INTERCONSULTAS A LOS PACIENTES ATENDIDOS EN CONSULTORIO
VILLA O'HIGGINS, SEGUN EDAD Y SERVICIO AL QUE SE SOLICITA. 1986.**

Menores de 15 años			Mayores de 15 años		
Servicio	Nº	o/o	Servicio	Nº	o/o
1. Neurología	166	22,7	1. Otorrinolaringología	273	15,0
2. Cardiología	80	12,9	2. M.Física Rehabilit.	173	9,5
3. Psiquiatría	80	12,9	3. Oftalmología	148	8,1
4. Ortopedia	34	5,5	4. Dermatología	147	8,0
5. Traumatología	32	5,2	5. Neurología	135	7,4
6. Poli caderas	31	5,0	6. Gastroenterología	121	6,6
7. Broncopulmonar	26	4,2	7. Traumatología	115	6,3
8. Gastroenterología	26	4,2	8. Cardiología	96	5,3
9. Nefrourología	21	3,4	9. Nefrourología	76	4,2
10. Fonoaudiología	20	3,2	10. Cirugía Menor	65	3,6
11. Otorrinolaringología	17	2,7	11. Endocrinología	59	3,2
12. Dermatología	14	2,3	12. Broncopulmonar	46	2,5
Otras	74	11,8	Otras	370	20,3
Total	621	100,0	Total	1.824	100,0

8. PRODUCTIVIDAD DE 20 ESTABLECIMIENTOS DE ATENCION PRIMARIA TRASPASADOS AL SECTOR MUNICIPAL EN EL SERVICIO SALUD BIO-BIO DURANTE 1986

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

Existiendo en el Servicio de Salud Bío-Bío 3 Consultorios Generales Rurales y 17 Postas de Salud Rural traspasados al Sector Municipal, a contar de Noviembre de 1981, en 7 comunas de las 13 que conforman la Provincia de Bío-Bío, lo que corresponde al 280/o de la población rural, el Servicio de Salud, en el transcurso del tiempo desde los inicios del traspaso, ha mantenido permanentemente la responsabilidad de velar por la marcha del proceso técnico a través de controles y evaluaciones periódicas de los 20 establecimientos traspasados.

Comunas

Quilleco	:	1 Consultorio General Rural y 2 Postas de Salud Rural
Negrete	:	1 Consultorio General Rural y 2 Postas de Salud Rural;
San Rosendo	:	1 Consultorio General Rural y 1 Posta de Salud Rural
Tucapel	:	3 Postas de Salud Rural
Nacimiento	:	3 Postas de Salud Rural
Santa Bárbara	:	2 Postas de Salud Rural
Yumbel	:	4 Postas de Salud Rural

TOTAL 3 Consultorios Gral. Rural y 17 Postas de Salud Rural

Este trabajo pretende representar la evaluación de la producción de Servicios, por Unidades de Recursos de 20 Establecimientos traspasados al Sector Municipal en el SS.BB. durante el año 1986.

Objetivo General

Representar la evaluación de la productividad de 20 establecimientos traspasados al Sector Municipal en el SS.BB. durante 1986.

Objetivos Específicos

- 1) Lograr evidenciar el rendimiento de la hora médica, Enfermera, Matrona y Auxiliar Paramédico de Enfermería en la Atención Materno Infantil y Adulto de los 20 establecimientos traspasados al Sector Municipal en el Servicio Salud Bío-Bío durante 1986, por comunas.
- 2) Identificar el grado de cobertura en los 20 establecimientos traspasados al Sector Municipal en la Atención Materno-Infantil durante 1986, por comunas.
- 3) Evidenciar la concentración de las actividades programadas en la Atención Materno-Infantil y Adulto, en 20 establecimientos traspasados al Sector Municipal durante 1986, por comunas.
- 4) Conocer el grado de cumplimiento de las metas de actividades en la Atención Materno-Infantil y Adulto, en 20 establecimientos traspasados al Sector Municipal, durante 1986 por comunas.
- 5) Conocer la calificación de los 20 establecimientos traspasados al Sector Municipal en el SS. BB. durante 1986, de acuerdo a la productividad en base a Rendimiento, Cobertura, Concentración y Cumplimiento de Metas Programáticas por comunas.

Material y Método

La información se cuantificó en N° absoluto, utilizando como soporte los formularios estadísticos mensuales de actividades, formularios de programación de actividades de 1986 del Ministerio de Salud y Población asignada por INE, al Servicio Salud Bío-Bío.

Para Evaluar Productividad se Elaboraron:

- 13 Indicadores de Rendimiento
- 5 Indicadores de Cobertura
- 3 Indicadores de Concentración
- 20 Indicadores de Cumplimiento Metas Programáticas

Indicador	Definición Operativa
Rendimiento	Total de Actividades Realizadas 1986 Total de Hrs. Asignadas a la Actividad 1986
Cobertura	Grupos Atendidos por 1ra. vez en el año 1986 x 100 Total Pobl. por cada Grupo 1986
Concentración	Total de Actividades por Tipo Total Pobl. por Tipo que recibe 1ra. Atención en el año
Cumpl. Metas Programáticas	Total Activ. Progr. año 1986 por Programa Total Activ. Realizada año 1986 por Programa

A cada Indicador se le dio un Puntaje Optimo Convencional

Rendimiento	= 650 puntos
Cobertura	= 200 puntos
Concentración	= 180 puntos
Cumpl. Metas Progr.	= 620 puntos
Total	1.650 puntos

De la relación de los puntajes óptimos obtenidos en cada comuna y el máximo obtenido se obtuvo un % de productividad:

Para una mejor clasificación del nivel de productividad observada a partir de los % obtenidos, se le dio un rango de ponderación de:

Optimo	100 a 90%
Suficiente	89 a 70%
Menos que Sufic.	69 a 50%
Insuficiente	Menos de 49%

Resumen

De los resultados obtenidos en los 20 Establecimientos de Atención Primaria traspasados al Sector Municipal, en el SS.BB. se puede visualizar el grado de desarrollo de los Programas Materno Infantil y Adulto, y conocer sus aspectos deficitarios durante el año 1986, los que se pueden sintetizar en los siguientes puntos:

1. Area Rendimiento: Tucapel, Nacimiento y Santa Bárbara, observan 54, 57 y 57% respectivamente, considerándose todos menos que suficiente. Quilleco, Negrete, San Rosendo y Yumbel, 72%, serían clasificados como suficiente.
2. Area Cobertura: Quilleco y San Rosendo, 55 y 60% respectivamente, por lo que se les califica como menos que suficiente; en las otras comunas, la cobertura es suficiente, destacando Tucapel con un 85%. Ninguna comuna obtiene clasificación óptima.
3. Concentración: Sólo Sta. Bárbara observa un 56%, siendo clasificada como menos que suficiente. Tucapel y Yumbel como suficiente, siendo los restantes clasificados como óptimos.
4. Cumplimiento Metas Programáticas: Destacan las actividades de Visita Domiciliaria con bajos % de cumplimiento en todas las comunas, preferentemente en la comuna de Santa Bárbara, en la que la Auxiliar observa un 17,7% de cumplimiento. El Control de Crónicos por Enfermera es de 49,6% (el % más bajo representado en la comuna de Santa Bárbara con

24,200/o), no obstante los Controles de Crónicos por Médico observan un 93,60/o, lo que haría pensar que esta actividad ha sido absorbida por este profesional.

Los 0/o de cumplimiento en Inmunización, todos están sobre el 950/o.

Todo lo expuesto constituye un diagnóstico evaluativo, que serviría de base para orientar las acciones de Salud, sirviendo de apoyo al proceso de toma de decisiones de las Autoridades respectivas del Proceso Técnico (Nivel Servicio de Salud) y Administrativos (Ilustre Municipalidad), de los 20 Establecimientos de Salud traspasados al Sector Municipal, dado que aún se observan algunas comunas con Rendimiento, Cobertura, Concentración y Cumplimiento de metas, que son menos que suficiente, lo que haría pensar que aún queda mucho que hacer para obtener una Optima Productividad.

TABLA Nº 1

**PRODUCTIVIDAD EN 20 ESTABLECIMIENTOS DE ATENCION PRIMARIA
TRASPASADOS AL SECTOR MUNICIPAL SEGUN RENDIMIENTO, COBERTURA Y
CONCENTRACION POR COMUNAS EN EL SS. BIO-BIO DURANTE 1986**

	Rendimiento 650 Ptos.		Cobertura 200 Ptos.		Concentración 180 Ptos.	
	Ptos. Obten.	o/o	Ptos. Obten.	o/o	Ptos. Obten.	o/o
QUILLECO	470	72	110	55	180	100
NEGRETE	470	72	140	70	180	100
SAN ROSENDO	470	72	120	60	180	100
TUCAPEL	350	54	170	85	140	78
NACIMIENTO	370	57	150	75	180	100
STA. BARBARA	370	57	150	75	100	56
YUMBEL	460	71	140	70	140	78

TABLA Nº 2

**CALIFICACION DE LA PRODUCTIVIDAD EN 20 ESTABLECIMIENTOS DE ATENCION
PRIMARIA TRASPASADOS AL SECTOR MUNICIPAL SEGUN RENDIMIENTO,
COBERTURA Y CONCENTRACION POR COMUNAS EN EL SS. BIO-BIO
DURANTE 1986**

	Rendimiento	Cobertura	Concentración
QUILLECO	S	< S	0
NEGRETE	S	S	0
SAN ROSENDO	S	< S	0
TUCAPEL	< S	S	S
NACIMIENTO	< S	S	0
STA. BARBARA	< S	S	< S
YUMBEL	S	S	S

0 = Optimo

S = Suficiente

< S = Menos que Suficiente

I = Insuficiente

9. SEIS AÑOS DE ATENCION RURAL EN EL SERVICIO SALUD BIO-BIO

Dr. Rodrigo I. Alvarez Enf. Lilian Daza, Enf. Lilia Mangili, Matr. Ana López, Ad. Pub. Lucía Orellana
(Servicio de Salud Bío-Bío)

La Provincia de Bío-Bío, situada en la Octava Región, se caracteriza por su alto porcentaje de población rural de alrededor de 140.000 habitantes, lo que es el 45% de la población total. Esta ruralidad ha determinado un alto riesgo de esta población por sus particulares condiciones de vida (aislamiento, condiciones socioeconómicas, climáticas, baja cobertura de atención de Salud). Esta situación se ha reflejado en los Indicadores de Salud que tradicionalmente fueron muy altos en el sector rural de Bío-Bío.

Por estas razones el Servicio de Salud de Bío-Bío organizó un Programa de Atención Rural de acuerdo a normas del Ministerio de Salud y OMS-OPS a través del Plan Específico de Salud Rural.

Objetivo General

Contribuir a elevar las condiciones de salud y nivel de vida de la población rural a través de un Programa Intersectorial diseñado a nivel local.

Objetivos Específicos

1. Aumentar la cobertura de atención en el sector rural
2. Aumentar los recursos humanos destinados a la atención rural
3. Aumentar los medios de locomoción para el sector rural
4. Aumentar el número de establecimientos de nivel primario destinados a la atención rural
5. Mejorar el equipamiento de los establecimientos de nivel primario destinados al sector rural
6. Extensión de la metodología del Plan Específico de Salud Rural a todo el sistema de trabajo en el sector rural.
7. Mejorar las condiciones de Saneamiento Básico de la población rural
8. Aumentar el número de Huertos Caseros en el sector rural
9. Aumentar el número y capacidad de los Hogares de Madres Campesinas
10. Aumentar la coordinación intersectorial y participación de la Comunidad
11. Entregar capacitación a todos los funcionarios participantes en la metodología y aspectos técnicos del programa
12. Lograr un mejoramiento de los indicadores de: Mortalidad Infantil, Neonatal, Infantil Tardía, Desnutrición, Atención Profesional del Parto.

Metodología

Para el desarrollo y ejecución del programa organizaron equipos de trabajo en todos los establecimientos de nivel primario de la Provincia de Bío-Bío integrados por médico, enfermera, matrona y auxiliar paramédico, a cada uno de los cuales les correspondía atender determinado sector rural en los que existía Postas y Consultorios Rurales. Todos ellos dependían de un equipo departamental o comunal, los cuales eran dirigidos por un equipo central a nivel del Servicio de Salud de Bío-Bío. Con este objetivo se realizan visitas semanales a terreno y reuniones de coordinación mensuales a las que asisten los 32 equipos de Salud que en este momento están funcionando.

Se ha seguido la metodología indicada por el Ministerio de Salud a través del Depto. de Salud Rural para el Plan Específico de Salud Rural, cuyas etapas son: encuestaje de la población, diagnóstico de salud de la población a atender estableciendo el riesgo de la familia, programación de actividades según riesgo, ejecución, control, evaluación, etc. Todas estas actividades las efectúa el Auxiliar Paramédico residente, siendo supervisado por el equipo de Salud correspondiente, estableciendo además una coordinación permanente con las organizaciones comunitarias y con las autoridades de los diferentes sectores que tienen relación con el nivel de vida de cada comunidad.

El énfasis de todo el programa se ha puesto en todas las acciones preventivas: Fomento y Protección de la Salud.

Resultados

La experiencia de seis años de funcionamiento del Programa de Salud Rural del Servicio de Salud de Bío-Bío, usando la metodología recomendada por el Ministerio de Salud a través del Plan Específico de Salud Rural, ha sido muy favorable, obteniendo progresos técnicos y administrativos que no se habrían logrado si no se hubiera organizado este programa. Entre los cambios más importantes observados en estos seis años de funcionamiento podemos señalar:

1. Cambio de criterio del equipo de Salud, de una mentalidad curativa a trabajo en equipo con criterio de Fomento y Protección de la Salud.
2. Formación de equipos de Salud multiprofesionales
3. Organización del trabajo de Salud hacia la familia y su medio ambiente y no hacia una persona aislada.
4. Se ha obtenido organización y participación de la comunidad
5. Se ha logrado una importante coordinación intersectorial que ha contribuido a obtener importantes avances.
6. Ha aumentado la cobertura de la población encuestada de 33.186 a 101.490 (2050/o de incremento).
7. Los recursos humanos, médicos, enfermeras, matronas y auxiliares paramédicos, han aumentado de un 50 a un 1600/o.
8. Respecto a establecimientos de nivel primario, los Consultorios Generales Rurales han aumentado de 3 a 7 y las Postas Rurales de 31 a 60.
9. En la actualidad todos los establecimientos primarios del sector rural usan la metodología del Plan Específico de Salud Rural.
10. Sobre Saneamiento Básico los pozos con bomba aumentaron de 161 a 3.462 (aumento de 2.0500/o), las Letrinas Sanitarias de 299 a 5.955 (1.8920/o), los rellenos sanitarios de 671 a 6.574 (8800/o).
11. Los Huertos Caseros se incrementaron de 0 a 37 en las Postas Rurales, de 0 a 92 en las Escuelas, y de 1.315 a 20.385 en las familias.
12. Durante los seis años se realizaron 893 actividades de capacitación para los integrantes del equipo de Salud.
13. En relación a Indicadores de Salud del sector rural, todos mejoraron: la mortalidad infantil disminuyó en un 360/o, la mortalidad neonatal en 380/o, la mortalidad infantil tardía en 630/o, la desnutrición en 3,250/o y la atención profesional del parto aumentó en un 220/o.

Finalmente, creemos que en las Provincias o Servicios con alta ruralidad es indispensable organizar la Salud Rural usando esta metodología que permite un pleno conocimiento de la realidad adoptando decisiones locales de acuerdo a criterios técnicos uniformes.

TABLA Nº 1

**POBLACION RURAL, COBERTURA DEL PROGRAMA DE SALUD RURAL,
NUMERO DE POSTAS Y CONSULTORIOS GENERALES RURALES
SERVICIO DE SALUD BIO-BIO 1981-1986**

	1981	1982	1983	1984	1985	1986
Población Rural Bío-Bío	133.834	134.026	134.216	134.407	139.995	159.721
Cobertura Programa Salud Rural o/o	60	61	100	100	100	100
Población Rural Encuestada o/o	25	52	72	73	75	64
Población Rural 0-5 Años en Control o/o			93	95	94	96
Nº Postas Salud Rural	31	42	49	55	58	60
Nº Consultorios Generales Rurales	3	4	7	7	7	7

TABLA Nº 2

**VARIACION DE LOS INDICADORES DE SALUD POBLACION RURAL
SERVICIO SALUD BIO-BIO 1981-1986**

	1981	1982	1983	1984	1985	1986	o/o Variación 1981 - 1986
Nº Muertes Infantiles	213	220	176	146	102	92	- 56o/o
Nº Muertes Neonatales	58	67	49	49	43	36	- 38o/o
Nº Muertes Infantiles Tardías	155	153	127	97	59	56	- 63o/o
o/o Desnutrición		12,3	12,9	11,9	11,5	11,0	- 3,25o/o
o/o Atención Profe- sional del Parto	78,1	85,9	90,5	94,5	97,2	96	+ 22o/o

10. MANUAL DE PARTICIPACION COMUNITARIA

As. Soc. Uberlinda Uribe, Educ. Nilda Segura, Enf. Marcela Castro y Dra. Marcela Hartley
(Servicio de Salud Ñuble)

Durante los últimos años el Servicio de Salud Ñuble ha estado preocupado que la Atención Primaria sea una realidad, realizando con este objetivo, distintas actividades, dándole especial énfasis a la capacitación de los equipos. Para esto se han desarrollado Talleres de Atención Primaria para el nivel operativo; Reuniones Técnicas sobre Atención Primaria con la participación de todos los Directores de establecimientos del Servicio y Municipalizados; Desarrollo del Proyecto Aprender a Enseñar Niveles I y II (Metodología Educativa y Participación Comunitaria).

Cada una de estas estrategias ha ido originando otras actividades y acciones que requieran la necesidad de definir y clasificar la forma de llevarlos a la práctica. Es así como se elaboran las "Políticas Locales de Participación Comunitaria" y el "Manual de Participación Comunitaria en Salud".

Objetivos

Contar con un Manual que sirva de guía y orientación a los Equipos de Salud en "Participación Comunitaria en Salud", una de las estrategias de la Atención Primaria.

Metodología Empleada

El Comité de Educación Sanitaria del Servicio de Salud Ñuble, compuesto por un integrante del Departamento Programa de las Personas, 1 Dirección Atención Primaria, 1 Departamento sobre el Ambiente, y 1 Coordinadora del Programa Apoyo y Extensión Materno Infantil, presidido por la Educadora para la Salud, atendiendo al interés del Servicio por mejorar la Atención Primaria de Salud en Ñuble que, entre otras actividades ha efectuado capacitación a los Equipos de Salud y que como apoyo vio la necesidad de contar con un documento de apoyo en la Metodología de la Participación Comunitaria como proceso.

Se reúne este Comité y elabora el documento basado en recopilación de experiencias habidas en el Servicio, especialmente de dos integrantes del Comité y estudio de documentación bibliográfica existente.

Resultados y Conclusiones

Consta el Manual de los siguientes capítulos:

- 1º El Equipo de Salud y la Participación Comunitaria.
Objetivo: que el Equipo de Salud interanalice la necesidad del trabajo en equipo y valore la importancia de la Participación Comunitaria.
- 2º La Comunidad.
Objetivo: que el Equipo de Salud profundice el concepto de comunidad y sus características.
- 3º Organización y Mecanismos de Participación Comunitaria.
Objetivo: que los integrantes del Equipo de Salud aclaren el concepto de Mecanismos de Participación.
- 4º Diagnóstico de Salud de la Comunidad.
Objetivo: comprender la importancia del proceso de diagnóstico en el proceso comunitario.
- 5º Programación, Ejecución y Evaluación.
Objetivo: aclarar conceptos de programación, ejecución y evaluación de trabajo Comunitario.

6º Educación Comunitaria.

Objetivo: comprender la importancia de la Educación en el proceso de Participación Comunitaria, y

Definiciones de conceptos utilizados en el proceso de participación Comunitaria.

Cada uno de los capítulos va apoyado de técnicas, motivaciones para el desarrollo de cada uno de ellos.

Este documento fue apoyado por el Servicio de Salud de Ñuble y distribuido a los Directivos del Servicio, Directores de Establecimientos, Equipos de Salud, Alcaldes de la Comuna y otros.

11. PARTICIPACION DE LA COMUNIDAD EN UN PROGRAMA DE SALUD RURAL SERVICIO SALUD BIO-BIO 1981-1986

Dr. Rodrigo I. Alvarez, Enf. Sra. Lilian Daza, Enf. Lilia Mangili, Matr. Ana López y
Adm. Púb. Lucía Orellana Ferrer
(Dirección Atención Primaria, Servicio Salud Bío-Bío)

En el Servicio Salud Bío-Bío se puso en ejecución un Programa de Salud Rural que comenzó el año 1981 y que se mantiene hasta la fecha con la metodología que recomienda la OPS y que fue la que indicó el Ministerio de Salud a través de lo que se denomina Plan Específico de Salud Rural.

En la ejecución de este programa es fundamental la participación de la comunidad y las articulaciones intersectoriales de acuerdo a los conceptos de Atención Primaria de Salud según la Conferencia de Alma Ata.

Esta comunicación tiene por objeto informar los avances que se obtuvieron con participación de la comunidad rural de Bío-Bío entre los años 1981-1986 en los objetivos del Programa.

Objetivo General

Obtener una activa participación de la comunidad en los objetivos de un Programa de Salud Rural para elevar el nivel de vida y salud de la población rural de Bío-Bío.

Objetivos Específicos

1. Involucrar al máximo de población rural en los objetivos del Programa.
2. Difusión e información en la comunidad del Programa de Salud Rural a través de reuniones, entrevistas, etc. con diferentes organizaciones comunitarias.
3. Formación de Comités de Salud, Monitores y otros tipos de Voluntarios para lograr mayor participación comunitaria.
4. Aumentar la cobertura de la atención obteniendo participación de la comunidad y otros sectores para tomar sitios para construcción de Postas y Consultorios Generales Rurales.
5. Lograr participación y colaboración comunitaria y otros sectores para construir caminos, Hogares de Madres Campesinas, adquisición de equipos de Radiocomunicaciones.
6. Lograr participación comunitaria y de otros sectores para desarrollar programas de letrinción, construcción de pozos con bombas y rellenos sanitarios.

Metodología

El trabajo se desarrolló inserto en la metodología del Programa de Salud Rural del cual formó parte. Se organizaron equipos de trabajo en todos los establecimientos de nivel primario de la Provincia de Bío-Bío, integrados por médico, enfermera, matrona y auxiliar paramédico. Todos ellos dependían de un Equipo Comunal o Departamental, los cuales eran supervisados y dirigidos por un Equipo Central a nivel del Servicio de Salud Bío-Bío. Con este objetivo se realizan visitas semanales a terreno y reuniones mensuales de coordinación a las que asisten los 32 equipos que están funcionando. Se ha seguido la metodología indicada por el Ministerio de Salud a través del auxiliar paramédico de cada Posta Rural y el Equipo de Salud correspondiente.

Resultados

Los resultados obtenidos demuestran que es posible obtener una buena colaboración y participación comunitaria cuando existe por parte del Equipo de Salud el interés para motivar a la comunidad y hacerla participar en forma activa en el conocimiento de los problemas de salud y en sus posibles soluciones.

El Programa de Salud Rural desarrollado por el Servicio de Salud Bío-Bío, ha dado mucha importancia a la participación de la comunidad en el proceso de la Salud en todos los niveles en que está estructurado. Sus resultados se pueden sintetizar en los siguientes aspectos:

1. Se trató de involucrar al máximo de población rural de Bío-Bío en el conocimiento de los objetivos del programa, especialmente de las madres, jefes de familia, organizaciones comunitarias, autoridades y jefes de otros sectores del desarrollo de la comunidad. Para lograr este objetivo se realizaron 1.574 reuniones y 1.827 entrevistas, desde el año 1983 a 1986, con diferentes organizaciones y funcionarios de: Gobernación Provincial, Municipalidades, Educación, Vialidad, Serplac, grupos organizados de la comunidad y otros.
2. Se formaron entre 1983-1986, 263 Monitores de Salud, 67 Comités de Salud y 87 organismos de variada índole, todos los cuales trabajaron activamente colaborando con los equipos en diversas actividades de salud.
3. Se obtuvo una muy buena respuesta a las diferentes comunidades para aumentar la cobertura de atención a través de la donación de terrenos e importantes aportes para la construcción de Postas Rurales por parte de organizaciones o vecinos en conjunto con las Municipalidades respectivas. Es así como podemos mencionar que de las 60 Postas Rurales que en este momento están en funciones en Bío-Bío, en 53 se hicieron importantes aportes de los vecinos, Junta de Vecinos y Municipalidades.
4. También se logró una buena colaboración de la comunidad para la construcción y funcionamiento de 7 Hogares de Madres Campesinas, construcción de caminos en sitios aislados como es el caso de la comuna de Santa Bárbara, en que se construyó alrededor de 200 kms. y reparación de otras vías de importancia en diferentes lugares. Además, es importante mencionar que con aportes comunitarios se adquirieron 8 equipos de Radiocomunicaciones para diferentes Postas Rurales y que se construyeron en todas las comunas Centros Abiertos para atención de niños con problemas sociales y nutricionales.
5. En relación al Programa de Saneamiento Ambiental, desde 1982 a 1986, con aportes de las comunidades y Municipalidades se construyeron:
 - 8.010 pozos con bomba para abastecimiento de agua, lo que significó 2.0500% de incremento.
 - 14.193 letrinas sanitarias, con incremento de 1.8920% en relación al inicio del programa.
 - 18.273 rellenos sanitarios, con 8800% de aumento en el período.

Toda esta importante participación comunitaria en conjunto con otras actividades: normas, manejo técnico, coordinación, produjo un notable progreso de la atención rural en Bío-Bío, lo que se reflejó en los Indicadores de Salud.

TABLA Nº 1

**FORMACION DE MONITORES, COMITES DE SALUD Y OTROS GRUPOS ORGANIZADOS
PROGRAMA SALUD RURAL BIO-BIO 1981-1986**

	1981	1982	1983	1984	1985	1986	Total
Nº Monitores	—	—	82	39	82	60	263
Nº Comités Salud	—	—	7	14	22	24	67
Otros	—	—	50	2	20	15	87

TABLA Nº 2

**CONSTRUCCION DE POZOS CON BOMBA, LETRINAS, RELLENOS SANITARIOS
PROGRAMA SALUD RURAL SERVICIO SALUD BIO-BIO 1981-1986**

	1981	1982	1983	1984	1985	1986	% Variación
Pozos con bomba	—	161	737	1.530	2.120	3.462	+ 2.050
Letrinas Sanitarias	—	299	990	2.853	4.096	5.955	+ 1.892
Rellenos Sanitarios	—	671	1.702	3.842	5.484	6.574	+ 880

12. ATENCIONES Y RECURSOS PROFESIONALES EN LABORATORIO CLINICO

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

Derivado de la consulta médica por morbilidad de ambulatorios, hospitalizados y en menor grado, del control de salud del niño, de la embarazada y de la atención de urgencia, se generan diversos exámenes que efectúan los laboratorios clínicos del sistema estatal, definidos como aquellos servicios, unidades o establecimientos que tienen por objeto efectuar todos o algunos de los siguientes exámenes: químicos bioquímicos, físico-químicos, microbiológicos, parasitológicos, inmunológicos, citológicos y toxicológicos con fines de prevención, diagnóstico o control de tratamiento de las enfermedades.

Los recursos humanos en esta área, comprenden a profesionales: médicos, tecnólogos médicos con mención en laboratorio clínico, hematología y banco de sangre, químicos farmacéuticos y bioquímicos y a no profesionales auxiliares de laboratorio, oficiales administrativos y auxiliares de servicio.

Sobre la base de la información contenida en los anuarios de recursos y atenciones del S.N.S.S. del período 1965-1984 y la aplicación de procesos computacionales de regresión y correlación lineal, se obtienen los siguientes resultados:

1. En los veinte años analizados, se observa que los exámenes de laboratorio por 100 consultas médicas, han variado de 33,4 a 119,0, lo que implica un crecimiento de 345,90%; los exámenes de laboratorio por 100 habitantes han aumentado de 33,7 a 148,2, lo que se traduce en un 439,80% de crecimiento.
2. El recurso tecnólogo médico por 100.000 habitantes, ha variado de 1,2 a 5,4, lo que significa un aumento de 450,00%, los químicos-farmacéuticos cambian de 3,3 a 1,6 por 100.000 habitantes, lo que importa una disminución de 51,50%.
3. La comparación de los períodos 1965-1974 y 1975-1984, muestra en el segundo decenio un aumento importante, los exámenes totales varían de 59,2 a 105,4 por cien consultas médicas y de 58,1 a 112,8 por cien habitantes. Las mayores alzas relativas corresponden a los exámenes de deposiciones que han aumentado tres veces y los exámenes de sangre, 2,1 veces.
4. Al analizar el comportamiento de los exámenes de laboratorio aplicando regresión lineal, se observa que, en general, la tendencia es ascendente y el incremento promedio anual por cien consultas médicas es estadísticamente significativo ($p < 0,0001$). Anualmente, los exámenes de sangre tienen el mayor incremento (2,61 por cien consultas médicas); los exámenes de orina ocupan el segundo lugar (0,61 por cien consultas médicas). El sector FONASA, acelera la tasa de cambio promedio anual, sobre todo en aquellos exámenes de más alta complejidad, lo que revelaría avances tecnológicos de montaje de nuevas técnicas, equipos y especialización profesional.
5. La tendencia observada, permite predecir que en el año 2000 se estarían generando casi dos exámenes por consulta médica promedio anual, lo que tiene gran impacto en la política de recursos humanos en este sector, que aparecen francamente deprimidos en la actualidad, si se examina la carga teórica de exámenes diarios que soporta un tecnólogo médico que constituye el 78,70% de los profesionales de laboratorio clínico en el área estatal (véase tabla anexa).

TABLA Nº 1

**RECURSOS PROFESIONALES Y PARAMEDICOS EN LABORATORIO CLINICO
SEGUN REGIONES. SNSS 1986**

Regiones	PROFESIONALES				NO PROFESIONALES	
	Tecnólogos Médicos	Farmacéuticos	Bioquímicos	Médico	Auxiliares de Laboratorio	Exámenes por* Tec. Médico
Tarapacá	17	—	—	1	18	61,2
Antofagasta	21	—	—	1	22	78,8
Atacama	18	—	—	—	10	53,2
Coquimbo	30	—	1	1	23	50,8
Valparaíso	65	17	1	5	107	102,4
L. Bdo. O'Higgins	28	—	1	1	32	76,9
Maule	52	2	2	—	31	48,5
Bío-Bío	75	16	7	11	107	76,9
Araucanía	48	4	—	2	58	95,7
Los Lagos	65	—	1	—	56	50,4
Aisén	6	—	—	—	4	51,2
Magallanes	8	1	1	1	7	62,4
Subtotal	433	40	14	23	475	
R. Metropolitana						128,0
Norte	15	7	1	6	37	—
Central	21	8	—	10	32	—
Oriente	23	7	1	8	84	—
Occidente	42	5	3	8	68	—
Sur	21	6	2	3	30	—
Sur-Oriente	18	1	—	2	27	—
Subtotal	140	34	7	37	278	—
TOTAL	573	74	21	60	753	85,3

* Corresponde a la carga teórica de exámenes diarios, considerando los 365 días del año.



13. QUE ESPERA DE SU MEDICO EL PACIENTE HOSPITALIZADO

José Manuel Araneda H.

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

La sociología define a un status social como una posición, ubicada dentro del sistema social: esto significa que esa posición es sancionada y respaldada por toda la sociedad, puesto que surge del sistema normativo sancionado por la cultura. Un status, por lo tanto, no es necesariamente creado por la sociedad; aparece en ella, definido por las normas sociales. Es percibido a través del conjunto de conductas a que da origen, esto es, a través de su rol social.

Un status social, en consecuencia, es un rótulo socialmente significativo que se asigna a las personas y condiciona al comportamiento social de ellas y a las expectativas que los demás individuos tienen frente a su conducta. En otras palabras, el status define al rol social, sobre la base de las normas sociales.

Un rol social, por tanto, es el conjunto de expectativas de conducta que los miembros de la sociedad tienen frente a los individuos que ostentan un status dado. El contenido de los roles, en consecuencia, está determinado por las normas culturales generales, relativas a la conducta que se considera socialmente "apropiada" en una situación de interacción que tiene algún significado social.

Desde esta perspectiva, el status del médico debe ser considerado como una posición social, culturalmente establecida, que tiene aparejado un rol social, definido por el sistema de normas sociales. Este status social se adquiere a través de un proceso institucionalizado de capacitación, y trae aparejado un conjunto de formas específicas de comportamiento, también institucionalizadas, a las que podemos denominar **rol social del médico**. Dentro de esta orientación, entonces, cabe considerar al status de médico como una posición en la red de las relaciones sociales, sujeta a pautas de conducta definidas por la cultura y su sistema normativo.

Todo status social se expresa necesariamente frente a otro status social. Padre e hijo, comprador y vendedor, profesor y alumno, constituyen dualidades inseparables; no se puede desempeñar el rol de uno, si no es frente al otro.

De este modo, el status del médico cobra sentido social sólo frente a un sujeto que ostenta el status social de enfermo. Es el enfermo, ahora convertido en paciente, quien plantea al médico la conducta que espera de él; por tanto, perfila su rol social. De manera concomitante, el médico define sus expectativas frente al paciente y delinea el rol social de éste.

Estas consideraciones dan base a una serie de preguntas, destinadas a saber cómo se define en la práctica el rol social del médico y cuáles son las expectativas de los pacientes frente al comportamiento de su tratante. Es decir, cabe preguntarse cuál es el rol social del médico en nuestra cultura, más allá del rol técnico-profesional, claramente definido por las normas de ética médica y por los cánones de la tecnología de la medicina.

En busca de respuestas a estas interrogantes, 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 cuáles son las expectativas de desempeño del médico frente al paciente hospitalizado y cuáles son los factores que se asocian con la forma de percibir el rol social del médico. Este estudio fue realizado bajo el patrocinio de la Dirección de Investigación y Desarrollo de la Universidad Austral de Chile (*). Proyecto de Investigación y Desarrollo, Vicerrectoría Académica Universidad Austral de Chile. Se empleó la técnica del censo, con entrevistas a la totalidad de los pacientes internados en los establecimientos hospitalarios de Valdivia. Constituyeron excepción los niños y los pacientes cuya enfermedad o gravedad impedía la realización de la entrevista. De un total de 355 pacientes que se hallaban hospitalizados en el período del estudio, se entrevistó a 283 (80% del total). Las pérdidas se deben a camas desocupadas, negativas a la entrevista, pacientes graves y enfermos psiquiátricos.

Las entrevistas fueron realizadas por estudiantes de la Escuela de Medicina de la Universidad Austral de Chile, como parte del programa práctico del Curso de Sociología General. Los estudiantes, previamente adiestrados, utilizaron un cuestionario semiestructurado, sometido a una prueba previa. La información fue codificada y procesada computacionalmente. El trabajo de terreno se llevó a cabo en junio de 1987.

Los 283 pacientes estaban hospitalizados en los tres centros asistenciales del Servicio de Salud de Valdivia; predominaron los internados en los servicios de ginecología y obstetricia y cirugía. Un tercio eran hombres. La mitad de los pacientes estaban hospitalizados por 5 días o menos, en tanto que 1 de cada 10 permanecía en el hospital por más de 25 días (promedio: 11,3 días). La cuarta parte de los entrevistados experimentaba su primera hospitalización y una proporción semejante había estado hospitalizada una vez antes; esto es, cerca de la mitad de los pacientes había tenido dos o más hospitalizaciones previas. La edad promedio de los pacientes era 32 años —las edades oscilaron entre 15 y 89 años— y la mitad de ellos estaban casados, en tanto que poco menos de un tercio era soltero. Casi el 50% provenía de Valdivia o ciudades mayores de 20.000 habitantes —Valdivia constituye un centro regional de derivación—, en tanto que el 30% residía en zonas rurales. La casi totalidad de los hospitalizados profesaban religiones cristianas; dos tercios se declararon católicos.

El paciente hospitalizado de Valdivia concibe al rol del médico orientado en dos vertientes principales. La primera y más importante, centra el desempeño de la profesión médica en la forma de aproximación del médico a su paciente. La segunda vertiente enfatiza el papel de curador o recuperador de la salud que cumple el médico. Más de dos tercios de los hospitalizados destacan la actitud o el trato del médico hacia su paciente, en tanto que sólo un poco más de la cuarta parte hace notar el papel de sanador de su terapeuta.

RAZONES DE LOS PACIENTES HOSPITALIZADOS PARA CONSIDERAR BUENO A UN MEDICO

Razones	Frecuencia	Porcentaje
a) Forma de tratar al paciente o actitud del médico frente a él:		
Tiene buen trato	173	37,5
Es preocupado y responsable	48	10,4
Es humano	44	9,6
Explica bien y es franco al explicar	34	7,4
Es confiable, inspira confianza	16	3,5
Subtotales	315	68,4
b) Capacidad técnica o habilidad profesional:		
Es buen diagnosticador	37	8,0
Es buen sanador, efectivo para sanar	34	7,4
Es experimentado y conocedor	32	6,9
Es buen examinador, acucioso para examinar	26	5,6
Subtotales	129	27,9
c) Otras razones:		
Todos los médicos son buenos	5	1,1
Otras respuestas	12	2,6
TOTALES	461	100,0

Se determinó la imagen del rol social del médico a través del concepto que los pacientes tenían acerca de lo que es un buen médico. Los 283 hospitalizados caracterizaron al rol del médico a través de 461 rasgos; de ellos, casi 7 de cada 10 apuntan a la actitud del doctor frente a su paciente.

En la búsqueda de algunas características del paciente hospitalizado asociadas con su forma de concebir el rol del médico, se constató que la imagen acerca del papel social del doctor es independiente de las variables personales, tales como sexo, edad, escolaridad, estado civil, ocupación, residencia urbano-rural y religión. De la misma manera, la experiencia del paciente como enfermo hospitalizado tampoco parece afectar a su forma de concebir el rol social del médico. Es así como se comprobó que existe independencia estadística entre la forma de pensar de los entrevistados y la duración de su hospitalización, la cantidad de hospitalizaciones previas, la condición esperada al egresar y algunas opiniones acerca de las características deseables en un médico, tales como su edad, experiencia profesional y sexo.

El concepto de rol social del médico que tienen los pacientes hospitalizados, es coherente con el registrado en otros estudios similares, realizados en la comunidad. Sin embargo, difiere de los hallazgos de una investigación llevada a cabo sobre médicos, destinada a conocer la percepción que ellos tienen de su propio rol; en este caso, el énfasis estaba más en el componente técnico que en el trato o la actitud del doctor en la relación médico-paciente.

En síntesis, el paciente hospitalizado de Valdivia parece percibirse a sí mismo más como una persona necesitada de la ayuda de otro ser humano, que como un organismo que ha perdido su normalidad y debe recuperar su estado de salud. En consecuencia, demanda de su terapeuta, en primer término, una aproximación humana, cálida y cordial, y secundariamente una acción curativa eficaz. En tal sentido, los hallazgos sugieren que el paciente da por segura la eficiencia técnica de su médico y le solicita que a ella agregue un trato amable que inspire confianza; esto es, que extienda su comportamiento en la relación terapéutica más allá del mero rol sanador. El paciente, como representante de los valores culturales predominantes, entonces, pide a su médico que se ciña al rol que la sociedad espera de él, además del rol técnico que el propio médico concibe para sí mismo.

14. PROPOSICION DE INDICADORES DE REQUERIMIENTOS DE PERSONAL (PARAMEDICO Y OTROS) PARA HOSPITAL DE NIVEL TERCIARIO

Sra. Mónica Concha, Dr. Luis Bavestrello, Srs. Ana Benz, José Cisternas, Eliana Escalona, Alicia Fuenzalida, Eugenia Guerra, David Mahan, José Olivos, Zamira Sahman y Alejandro Vlastelica.
(Hospital Carlos Van Buren y Hospital Valparaíso, Servicio de Salud Viña del Mar-Quillota)

Conscientes de la importancia que reviste para los establecimientos de Nivel Terciario contar con dotaciones adecuadas de personal para satisfacer la atención de sus beneficiarios, se realizó en el Hospital Carlos Van Buren un estudio para determinación de índices actualizados de necesidades, aplicables a la realidad local.

Material y Método

Para estos efectos se realizaron:

- a) Estudios y análisis comparativos de:
 - funciones, actividades y tareas.
 - tiempos por funciones, actividades y procedimientos.
 - información estadística (índice ocupacional, promedio días-estada, rendimientos, etc.).
 - dotaciones de camas.
 - dotaciones de personal existente en el establecimiento y en otros de igual complejidad.
- b) Revisión de anteriores estudios publicados.
- c) Diseño de patrones para la confección de los indicadores.
- d) Confección de indicadores o adopción de algunos ya existentes, por considerar que se ajustaban al estudio realizado (U.C.I.).

Presentación de Índices.

- Enfermeras
- Matronas
- Tecnólogos Médicos
- Kinesiólogos
- Terapeutas Ocupacionales
- Nutricionistas
- Asistentes Sociales
- Educadoras de Párvulos
- Psicólogos
- Fonoaudiólogos
- Contadores
- Oficiales Administrativos (de Servicios Clínicos y Secciones Administrativas)
- Auxiliares de Farmacia
- Auxiliares Paramédicos (de Servicios Clínicos y de Secciones Administrativas)
- Auxiliares de Párvulos
- Auxiliares de Servicio (de Servicios Clínicos y de Secciones Administrativas)
- Choferes

Recomendación

Por la dinámica propia de las actividades de salud, los indicadores propuestos en este trabajo, estarán sujetos a eventuales modificaciones de acuerdo a la realidad vigente.

TABLA Nº 1

ESCALAFON: ENFERMERAS

ACTIVIDADES	REQUERIMIENTOS HOSPITAL NIVEL TERCIARIO
Atención Cerrada	1 x 10 camas en 24 hrs.
U.C.I.	1 x cama (Máx. : 8) en 24 hrs.
Emergencia : Atención Abierta	1 x turno en 24 hrs.
Atención Cerrada	1 para camas observación por turno en 24 hrs.
Cirugía - Pabellón (*)	1 x 3 Quirófanos
Consultorio Especialidades	1 x 32 procedimientos x día y/o 5 Cons./hora
Supervisoras	1 en Servicio Clínico con + 40 camas y/o cuando la complejidad de atención Enf. lo justifique
Infección Intrahospitalaria	8 hrs. prof. día x 350 camas.

(*) Incluye dotación Sala Recuperación

TABLA Nº 2

ESCALAFON: AUXILIARES PARAMEDICOS

ACTIVIDADES	REQUERIMIENTOS HOSPITAL NIVEL TERCIARIO
Atención Cerrada	0.50 x cama o cuna en 24 hrs.
U.C.I.	1 Auxiliar exclusivo y permanente x paciente durante las 24 hrs. del día.
Emergencia: At. Abierta	1 x Box + 1 x ambulancia x turno en 24 hrs.
Atención Cerrada	0.70 x cama o cuna en 24 hrs.
Cirugía Pabellón (*)	3 x Quirófano x 8 hrs. Intervención
	1 Auxiliar Anestesia x 8 hrs. Intervención
Consultorio Especialidades	1 x Box de 8 hrs./atención más 1 x 150 proc. diarios
Pensionado - U.M.Q. - Neurocirugía	0.70 x cama en 24 hrs.
R.N. Mediato y Nursery	1 x 8 cunas en 24 hrs.
U.C.E. – R.N. – U.C. Intermedio	1 x cama, cuna o incubadora en 24 hrs.
R.N. Inmediato	2 x turno en 24 hrs.

(*) Incluye dotación Sala Recuperación

15. LA INFECCION INTRAHOSPITALARIA: SUS COSTOS Y PROBABLE ASOCIACION CON LAS CONDICIONES PARA LA EFICIENCIA

Dra. Ana M. Kaempffer y Srs. Renato Vargas, Luis Sepúlveda, Cosme Nocera, Manuel Oyarzo, Eduardo Núñez y Erick Palacios
(Escuela de Salud Pública, Facultad de Medicina, Universidad de Chile)

Las infecciones nosocomiales han sido motivo de preocupación en todos los países. El nuestro no es una excepción, y ha sido preocupación tanto de los grupos hospitalarios como del Ministerio, al instaurar medidas que eviten las infecciones en los diversos servicios clínicos. La creciente complejidad de los procedimientos diagnósticos y terapéuticos, la proporción cada vez mayor de enfermos graves, ancianos o debilitados que ingresan a los establecimientos hace necesario más que nunca preocuparse de la prevención de estas infecciones.

Generalmente, se estudia el problema examinando las condiciones del ambiente físico y, por otra parte, las políticas y normas de asepsia que están vigentes en los servicios.

Estas razones nos llevaron a tratar de analizar el problema e introducir además alguna estimación de costos directos provocados por las infecciones.

Objetivos

1. Cuantificar la frecuencia de infección intrahospitalaria (IIH) en dos servicios de cirugía, que fueron denominados "A" y "B".
2. Aplicar en esos dos servicios una pauta de acreditación para medir condiciones de eficiencia y tratar de relacionar los resultados con la frecuencia de infección.

Material y Métodos

El instrumento de acreditación fue elaborado por nosotros, basados en normas del Ministerio de Salud y diseñado especialmente para medir riesgo de infección y no calidad quirúrgica. El instrumento fue revisado y analizado por expertos en cirugía, bacteriología y enfermería. Este consta de seis ítems, que son: política, personal, planta física, recursos materiales, procedimientos y pabellón, siendo aplicado por el mismo grupo en ambos servicios. Para establecer la frecuencia de infección se realizó una auditoría de las fichas clínicas de todos los pacientes egresados de ambos servicios durante el mes de mayo de 1987, siendo eliminadas las de menos de cuatro días de estada y las de pensionado.

Para establecer los costos directos se contó con la información sobre el costo de días cama, exámenes y antibióticos utilizados.

Resultados

La acreditación clasifica como "suficiente" al servicio "A" e "insuficiente" al servicio "B", de acuerdo al puntaje promedio obtenido. El desglose indica que en ambos servicios, política y personal son "óptimo" y "suficiente", respectivamente. Además, en el servicio "A" los restantes ítems son suficientes, excepto planta física que es insuficiente. Por otra parte, en el servicio "B" estos mismos ítems son insuficientes, excepto planta física que es deficiente.

Hay que destacar que respecto a planta física la merma principal se debe a servicios higiénicos y circulación de personal en el servicio "A", a diferencia del servicio "B", en el cual la merma es por la estructura inadecuada de la construcción.

Viendo las características de los servicios, el servicio "A" tiene más cirugía compleja, tanto electiva como de urgencia, mientras que el "B" tiene menos cirugía compleja y solamente electiva. No hubo diferencia por edad y sexo de los pacientes en ambos servicios.

La tasa global de infección fue de 8,93% en el servicio "A" y de 11,92% en el servicio "B". Eliminando los pacientes que no fueron operados y los ingresos por urgencia, la tasa de infección fue 8,18% ("A") y 12,63% ("B").

Para la estimación de costos se consideraron tres parámetros: (1) Días de estada promedio extra sobre los días de estada promedio de los no infectados; (2) Exámenes realizados ad hoc, y (3) Antibióticos. Todos al precio arancel de los respectivos hospitales. En la figura N° 2 se ob-

serva que los días de estada promedio extra fueron mayores en el servicio "B" que en el "A" (B: 7,40 días; A: 4,69 días). Pero el costo promedio por paciente es mayor en el servicio "A" que en el "B" debido a la utilización de antibióticos más costosos y la mayor cantidad de exámenes.

Conclusiones

1. El servicio "A" tiene menor tasa de infección y menor promedio de días de estada extras que el servicio "B", sin embargo, el costo promedio por infección es mayor.
2. Se podría atribuir la mayor proporción de infecciones hospitalarias del servicio "B" a las condiciones de planta física y recursos materiales, ya que no se realizó en él cirugía más compleja en comparación al servicio "A".
3. A pesar de que están las políticas a un nivel óptimo en ambos servicios, junto con el rubro personal en la categoría de suficiente, no neutralizó el efecto sobre IIH, que puede tener la insuficiencia en planta física y recursos materiales, las cuales inciden en los ítems de procedimientos y pabellón, siendo esta situación particularmente notoria para el servicio "B".
4. Promediando en ambos servicios el costo de cada paciente infectado, equivale aproximadamente al costo de 10 días de estada hospitalaria.

GRAFICO Nº 1

CONDICIONES PARA LA EFICIENCIA EN DOS SERVICIOS
DE CIRUGIA. SANTIAGO, SEPTIEMBRE 1987

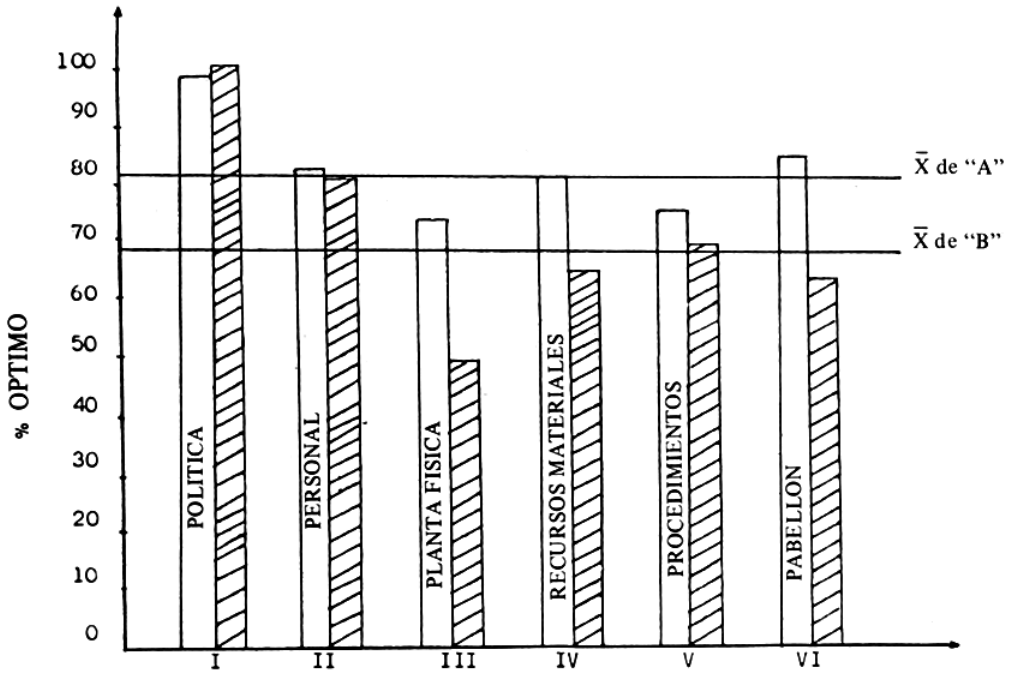


TABLA Nº 1

**COSTOS OCASIONADOS POR INFECCIONES INTRAHOSPITALARIAS
EN DOS SERVICIOS DE CIRUGIA. SANTIAGO 1987**

	"A"		"B"	
	Nº	\bar{X}	Nº	\bar{X}
Infectados	13	—	13	—
No Infectados	166	—	96	—
Días Estada sin Inf. Hospital.	2.171	13,07	1.291	13,44
Días Estada Inf. Hospital.	231	17,76	271	20,84
\bar{X} Días Estada Extras	—	4,69	—	7,40

TABLA Nº 2

Costos	"A"		"B"	
	\$ Total	\bar{X} por Paciente	\$ Total	\bar{X} por Paciente
Días Estada Extras	182.910	14.070	288.600	22.200
Antibióticos Adicionales	167.672	12.898	41.822	3.217
Exámenes Adicionales	68.294	5.253	7.912	609
TOTAL	418.876	32.221,3	338.334	26.025,7

16. EVALUACION DEL GRADO DE SATISFACCION FAMILIAR, DE AMISTAD, LABORAL, EN PERSONAL DE SALUD DEL SERVICIO DE SALUD METROPOLITANO OCCIDENTE, 1986

Srs. Gloria Paéz, Solange Hurtado, Belén Larrea, Oscar Rojas, Juan Saavedra y Marinka Vega
(Departamento de Salud Pública, División Occidente, Facultad de Medicina, Universidad de Chile)

Los investigadores en Salud, han demostrado la asociación entre enfermedades y sus estructuras sociales: familia, grupo social, instituciones que elaboran sus propias normas, influyendo en forma multifactorial en el individuo y su comportamiento. Es así como el sistema social influye en el proceso salud-enfermedad, y éste ha conducido a crear sistemas más humanos y satisfactorios tanto para el paciente, como para el que entrega o aporta Salud.

A nivel de Atención Primaria, los últimos estudios han señalado la alta prevalencia de problemas psicosociales en grupos de pacientes, y cómo situaciones conflictivas de tipo social, emocional o económico, se confunden con síntomas orgánicos. En la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria en Salud, celebrado en Alma Ata en 1978, se concluyó que un factor decisivo para el buen éxito de la atención en salud, es el empleo de una tecnología adecuada, que exige, además de una base científica sólida, que sea aceptable psíquica y culturalmente para quienes la emplean y para quienes se benefician con ella.

Nos interesó conocer si estos elementos se pueden medir en algún grado en el personal de salud, analizándolo con una visión psicosocial, y detectar el grado de apoyo en su familia; de integración social con sus amigos y/o compañeros de trabajo. Creemos que esto se reflejaría de algún modo en la atención que se le atorgue a quien consulte por su salud, y será nuestro aporte para que la práctica en la atención sea más humanista y personalizada.

Propósito

Medir el grado de satisfacción individual en el personal de salud que trabaja en dos centros del Servicio de Salud Metropolitano Occidente.

Material y Método

En este estudio descriptivo se determinó la variable GRADO DE SATISFACCION personal como dependiente y las independientes fueron sexo, salud y procedencia. Se trabajó con un instrumento validado, que indaga sobre satisfacción personal con la familia, amigos y las relaciones a nivel laboral.

Las encuestas se denominaron, según los autores originales del instrumento: APGAR, y así se aplicaron a 200 individuos que laboran en el Consultorio Andes y Hospital San Juan de Dios, en este último en los Servicios de Pediatría, Medicina Interna y Cirugía.

Las encuestas se probaron previamente, lo que permitió detectar las dificultades en su aplicabilidad por extensión y lenguaje utilizado. El número de encuestas totales fue de 600; correspondió efectuarlas a alumnos de 5º año de la carrera de Medicina, determinándose previamente que en la muestra se abordaría el universo del Consultorio Andes (profesionales y funcionarios administrativos), y los Servicios mencionados del Hospital San Juan de Dios.

La muestra fue de 123 personas del Hospital San Juan de Dios y 77 del Consultorio Andes; a cada persona se le solicitó responder las tres encuestas: APGAR FAMILIAR, APGAR DE LAS AMISTADES y APGAR LABORAL. Se realizó el procedimiento de aplicación de la encuesta, su tabulación y análisis, en los meses de Septiembre-Diciembre de 1986. Se trabajó en forma anónima; cada encuesta se efectuó durante el ejercicio laboral de todos los funcionarios, independientes de su rol a cumplir en el Servicio.

La información se clasificó según sexo, edad, procedencia y puntaje APGAR.

El instrumento consta de 3 alternativas: 2 casi siempre; 1 algunas veces y 0 rara vez. Para lograr obtener el puntaje o no tenerlo se marcaba el casillero correspondiente al ítem o pregunta.

Así se obtuvo como satisfactorio puntajes entre 5 y 10 para AMISTAD y FAMILIAR, y de 6 a 14 en LABORAL.

Se clasificaron como insatisfactorios los puntajes inferior a 5 puntos en AMISTAD y FAMILIAR y los inferiores a 6 en el LABORAL.

Resultados

En la población laboral estudiada, se obtuvo un 84% de mujeres, y se observó una concentración en relación a la edad en los grupos de 25 a 44 años, que correspondió al 68,5% sobre el total.

Al comparar en el total de encuestas el grado de satisfacción amistad, familia y laboral (A.F.L.) y relacionarlos con el sexo, se observó un 92% de mujeres en el rubro de satisfacción y un 12% de insatisfacción (Tabla 1).

Se asociaron las variables de satisfacción e insatisfacción con sus distintos tipos de APGAR AMISTAD, FAMILIAR, LABORAL, obteniéndose una diferencia porcentual positiva a nivel de APGAR LABORAL con un 93,5% y el más bajo con un 89% al correspondiente a AMISTAD.

Según procedencia, el 93% de las amistades señalan el rubro de satisfacción al Consultorio Andes, y se encontró un 10% de insatisfacción en el Hospital San Juan de Dios (Tablas 2 y 3).

TABLA Nº 1

**COMPARACION PORCENTUAL, SEGUN SEXO Y GRADO DE SATISFACCION (A.F.L.)*
EN EL TOTAL DE LA MUESTRA. CONSULTORIOS ANDES, HOSPITAL S. JUAN DE DIOS
SERVICIO DE SALUD METROPOLITANO OCCIDENTE 1986**

Grado de Satisfacción e Insatisfacción	S E X O	
	Masculino %	Femenino %
Satisfacción (A.F.L.)*	88,0	92,0
Insatisfacción (A.F.L.)	12,0	8,0
T O T A L	100,0 (n = 600)	100,0 (n = 600)

* AMISTAD, FAMILIAR, LABORAL

TABLA Nº 2

**DISTRIBUCION PORCENTUAL SEGUN GRADO DE SATISFACCION E INSATISFACCION
Y TIPOS DE APGAR. CONSULTORIO ANDES Y HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS
SERVICIO DE SALUD METROPOLITANO OCCIDENTE. 1986**

Grado de Satisfacción e Insatisfacción	Amistad o/o	Familiar o/o	Laboral o/o
Satisfacción (A.F.L.)	89,0	91,5	93,5
Insatisfacción (A.F.L.)	11,0	8,5	6,5
TOTAL	100,0 (n = 200)	100,0 (n = 200)	100,0 (n = 200)

TABLA Nº 3

**DISTRIBUCION PORCENTUAL EN EL TOTAL DE ENCUESTAS Y SEGUN
PROCEDENCIA EN RELACION AL GRADO DE SATISFACCION E INSATISFACCION
CONSULTORIO ANDES, HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS.
SERVICIO DE SALUD METROPOLITANO OCCIDENTE. 1986**

Grado de Satisfacción e Insatisfacción	C. Andes o/o	Hosp. S. Juan de Dios o/o	Total o/o
Satisfacción (A.F.L.)	93,0	90,0	91,0
Insatisfacción (A.F.L.)	7,0	10,0	6,0
TOTAL	100,0 (n = 231)	100,0 (n = 369)	100,0 (n = 600)



17. LA ADMINISTRACION DE LA ATENCION DE SALUD: MODERNIZACION POR INCORPORACION DE TECNOLOGIA COMPUTACIONAL

Sra. Sylvia Pessoa

(Escuela de Salud Pública, Facultad de Medicina, Universidad de Chile)

La incorporación de tecnología al proceso de administración de la atención de salud ha tenido en la computación una oportunidad ampliamente esperada. Las características de los establecimientos asistenciales en relación a los niveles de complejidad; de multiplicidad de Servicios; de multiplicidad de especialidades; del volumen de profesionales, técnicos, auxiliares, sumado al volumen de pacientes que demandan atención de salud diariamente y los cambios en los sistemas previsionales, por mencionar en forma muy general los rasgos más sobresalientes, no pueden pasar desapercibidas en cualquier intento de racionalización, sea ésta económica o administrativa. Generalmente toda racionalización involucra a ambas, sin embargo, una racionalización administrativa no siempre lleva la idea de la economía, sino más bien la de expansión de las inversiones. Cuando la inversión va orientada hacia la modernización, que también implica racionalización, pueden observarse cambios importantes en los procedimientos administrativos, especialmente de aquellos servicios que constituyen apoyo clínico y administrativo propiamente tal. Estos últimos son los primeros que han salido favorecidos con la introducción de la tecnología computacional, al modificar el sistema manual de procesamiento de datos por un sistema mecánico. Esto supone, al menos, mejorar la oportunidad de la información, como también su calidad y su difusión a los centros usuarios más importantes, como es el Ministerio de Salud y otros similares.

Es importante destacar que el Sistema Nacional de Servicios de Salud ha observado en los últimos tiempos un importante giro hacia la incorporación de los servicios computacionales en los Hospitales tipo I Docentes-Asistenciales. Esto ha significado sacudirse de moldes tradicionales y asumir una dirección innovadora de la administración de salud. Estos cambios se pueden observar en el vértice superior de la jerarquía directiva, cuando corresponde a un ejecutivo que el mismo está liderando el proceso, como también se observa que estos procesos han sido liderados a otros niveles, como es el caso de muchos sectores de Administración General. No puede dejar de mencionarse que los Servicios Clínicos propiamente tal, en muchos casos lideraron el inicio cibernético apoyados por convenios internacionales a través de Grants y otros, orientados sí a la investigación científica y no a los procesos administrativos.

Cuando se observa la evolución que ha seguido la incorporación del sistema computacional en el Sistema Nacional de Servicios de Salud a través de sus Hospitales, es fácil constatar que iba dirigida principalmente a resolver problemas a la Administración Central, concentrándose principalmente en los Departamentos de Personal, Contabilidad, Finanzas. En una segunda etapa es también fácil observar la incorporación de la computación a procesamiento mecánico de datos relacionada a Abastecimientos, es el caso del Servicio de Farmacia, de Laboratorio Central y otros. Una tercera etapa está destinada principalmente a servir necesidades de elaboración de información en relación al paciente. El Servicio de Orientación Médica, de Estadísticas y otros de la misma naturaleza.

Si bien la incorporación progresiva de la tecnología computacional ya inició su proceso al interior de la administración de la atención de salud, lo esperado sería que esta inversión tecnológica se reflejara no solamente en determinados tipos de costos en cuanto a reducción de ellos, sino también en los procesos administrativos, como la comunicación de información oportuna y fidedigna a los centros de toma de decisiones que se encuentran involucrados en ellos. Debería reflejarse también, y éste es el principal, en la atención del paciente en cuanto a la oportunidad y los otros indicadores que están asociados a la calidad de la atención del paciente. Debería también reflejarse en la estructura de la Organización, especialmente en la de Apoyo Clínico y de Apoyo Administrativo. Debemos pensar que la incorporación tecnológica computacional tiende a simplificar las estructuras por dos razones: por reemplazo de personal y por simplificación de procedimientos. Si bien está clara muchas veces la necesidad y las funciones de incorporar tecnología a los establecimientos de salud, no siempre está clara para otros y su verdadera utilización y provecho va a ser más simbólica que práctica. La experiencia chilena no ha salido

siempre aiosa en relación a estos aspectos. En el área de salud su pasado demuestra no sólo la abundancia tecnológica, sino también la arbitrariedad de criterios para su adquisición y destino, sin considerar aspectos que hoy en día, con la exigencia y conocimientos sobre costos-efectos y costos-beneficios, hubieran significado al país grandes economías. Esto sólo constituye un comentario muy general, ya que nunca se han realizado estudios que llevarán a comparar o relacionar la eficiencia de la atención de salud con el tipo de tecnología utilizada o aplicada.

Al estar nuevamente frente a procesos tecnológicos de grandes difusiones y que están abarcando todas las áreas donde actúa el hombre, en lo relacionado a salud hemos considerado observar el proceso de la incorporación de la computación; la utilización que de ella se hace; la forma en que se adquiere dicha tecnología, qué criterios deben mejorarse y que en el pasado fueron criticados, como asimismo el grado de incorporación, los sectores que más la intensifican, y los usuarios.

El propósito del estudio estaba orientado a conocer el proceso de introducción de tecnología computacional en el Sistema Nacional de Servicios de Salud. Paralelamente en el Extra-Sistema, como una forma de comparar los siguientes aspectos: nivel de incorporación de la tecnología computacional, seguir en el tiempo la forma que asume esta incorporación; conocer los servicios más favorecidos; determinar el tipo de profesionales que manejan la tecnología; conocer al interior de los Hospitales el tipo de profesionales que tienen acceso a la computación y son usuarios directos de ella; conocer el grado de preparación que tienen los usuarios de los computadores; conocer si la utilización computacional requiere de compra de servicios profesionales fuera, o se prepara el personal en forma interna. Relacionar la calidad de los computadores en relación a la capacidad de funciones.

Los objetivos específicos se definieron como aquellos orientados a determinar el número de Hospitales del Sistema Nacional de Servicios de Salud que ya habían incorporado la tecnología computacional; similar para las Clínicas Particulares; Isapres; Centros de Salud y Médicos en relación a las consultas particulares; conocer y comparar la utilización y la intensidad de la tecnología computacional; el número de personas que manejan los equipos; las marcas de los equipos que se utilizan; tipo y diseño; año-capacidad; inicio del año de la computación; áreas en que ellos son utilizados (docencia, investigación, diagnóstico de pacientes, planificación y programación, administración en general y otros); nivel de capacitación de las personas que manejan computadores; producción horaria de ellos; capacidad para cubrir necesidades de los establecimientos y servicios.

Material y Método

El estudio se realizó durante los meses de Abril a Julio de 1987. Se utilizó la técnica de la entrevista estructurada y parte semi-estructurada. El estudio se definió exploratorio-descriptivo y transversal en el tiempo. El universo fue definido como todo establecimiento público y privado, cuyo objetivo fuera otorgar atención de salud al paciente y que se encontrara dentro de la Región Metropolitana. Se decidió trabajar con el universo. Lo que se presenta en esta oportunidad es el resultado del material recogido hasta el 31 de Julio de 1987. Durante el año se pretende cubrir la totalidad. Los datos corresponden a 14 Hospitales tipo I; 34 Clínicas Privadas; 14 Centros Médicos; 1 Isapre.

Resultados

- El 93% de los Hospitales tipo I Docente-Asistencial tienen tecnología computacional.
- El inicio de la incorporación para estos Hospitales es desde 1979 y hasta la fecha todos poseen y aún han ido avanzando en relación a la capacidad de ellos.
- El 71% de los Hospitales utilizan la computación para la Administración General; un 50% para la investigación; en un 36% lo utilizan para el diagnóstico y la programación de actividades asistenciales; un 14,3% en la docencia.
- El 86% de los Hospitales utiliza internamente la información producida; un 14,3% la envía a F.O.N.A.S.A. Un 57% la utiliza para la Administración General; sólo el 7,7% la utiliza para la toma de decisiones al nivel gerencial.

- El 71% de los Hospitales tienen computación en la Administración Central; el 69% en los Laboratorios; el 69% en las Farmacias; el 69% en el procesamiento y liquidación de sueldos; un 69% en el departamento de Contabilidad; el 14,3% en estadísticas de los pacientes; el 23,1% en las fichas de los pacientes.
- En los 14 Hospitales se encuentran 28 marcas diferentes de microcomputadores, 6 de ellos tienen gran capacidad de procesamiento.
- El 92% de los usuarios considera que el modelo alcanza a cubrir las necesidades; el 54% opina que requieren otro para ampliar más, ya que uno solo no alcanza.
- El 23% opina que está en estudio una ampliación del sistema.

Conclusiones

El trabajo permite concluir que un número importante de Hospitales, Clínicas Privadas y Centros Médicos, como también médicos en su consulta privada, han introducido el uso de la computación para la elaboración de información. Su incorporación aparece más intensificada a partir del año 1982. El Hospital José Joaquín Aguirre aparece el año 1979 siendo el pionero, coincide también con el que utiliza el servicio computacional en todas las categorías: investigación, docencia, administración central, diagnóstico de los pacientes, Planificación y Programación de Actividades, a las que vienen a agregarse otras más específicas. En todos los Hospitales se encuentra personal profesional y técnico que maneja los equipos de computación. En relación a los profesionales de la Salud el médico es el que más lo utiliza y opera autónomamente. No existe un criterio uniforme para la adquisición de equipos, y esto queda demostrado por la variedad, incluso dentro de un mismo Hospital, de marcas, tipos y años. (El análisis técnico de la capacidad resolutive de la pantalla, de la cantidad de Memoria RAM, la velocidad de procesamiento, el tipo de tarjeta gráfica, el sistema de puertos, la impresora y el tipo de teclado, informan de la buena o mala inversión y de la buena o mala utilización de los equipos).

TABLA Nº 1**PROFESIONALES, PARAMEDICOS, ADMINISTRATIVOS QUE OPERAN EQUIPOS COMPUTACIONALES EN LOS ESTABLECIMIENTOS**

Tipo de Funcionario que opera Equipo de Computación	o/o
Médicos	69
Ingenieros Civiles	23
Ingenieros Comerciales	23
Técnicos de Computación	50
Administrativos	65
Tecnólogo Médico	15
Enfermera	15
Matrona	8
Auxiliares	8

TABLA Nº 2**SERVICIOS DE LOS HOSPITALES QUE TIENEN SUS PROPIOS EQUIPOS DE COMPUTACION**

Servicio	o/o
Cirugía	31
Maternidad	23
Urgencia	15
Rehabilitación	15
Rayos	15
Medicina	15
Oncología	15
Cirugía Cardiovascular	8

18. ESTUDIO DE LA EFECTIVIDAD DEL MEDIO TELEVISIVO EN LA ENTREGA DE CONOCIMIENTOS SOBRE SALUD EN LA CIUDAD DE CHILLAN

Srs. Ninón Jegó, Norman Ahumada, Lilya Valenzuela, Dr. Germán Villagrán y Pilar Rivera
(Comisión Provincial Mixta de Salud y Educación de Ñuble)

En la búsqueda de adecuadas tecnologías que permitan la entrega masiva de conocimientos específicos en materia de Salud Pública, interesa conocer si la T.V. resulta un medio apropiado en Chillán para tales efectos. Se estudió una muestra de 100 sujetos, obtenidos por azar intencionado entre 18 y 60 años, ambos sexos, diferentes niveles socioeconómicos, los cuales fueron evaluados en 2 etapas diferentes: pre y post-tratamiento.

Vale señalar que los temas específicos de salud considerados fueron: neurosis, cáncer, embarazo en adolescencia, enfermedades en senescentes. Como temas asociados se presentaron roles familiares, valores, crisis familiar, adolescencia, agresividad social y el fin del ciclo vida.

Metodología

Se trabajó en tres etapas: en la primera, se realizó el estudio descriptivo de una instantánea con el fin de determinar los temas de mayor interés para los chillanejos. En la segunda etapa, se preparó el tratamiento considerando las variables: aptitud televisiva de los expertos, uso del código gestual, tono de la voz, tipo de lenguaje utilizado y escenografía. Se realizó un estudio descriptivos para cada uno de los 10 temas seleccionados para determinar el conocimiento que sobre cada tema tienen los usuarios, verificar si la opinión de la mayoría es concordante con la de los expertos y conocer las inconsistencias cognitivas que presentan los receptores sobre el tema a tratar. Se determinaron los objetivos de la comunicación y se analizó la audiencia. Se estructuró un ciclo de 10 programas en directo que fueron emitidos por IPROCH Televisión, con participación de especialista, un moderador y con retroalimentación directa (llamados telefónicos). La tercera etapa, sobre la efectividad del medio, se realizó mediante experimento de campo controlado con preprueba y postprueba.

	t_1	t_2	t_3
P_1	M	Xo	M

t_1 : con un subíndice significa un punto en el tiempo. Xo: significa la presentación de la oportunidad de exponerse a un estímulo. M: significa una medición, en este caso, cuestionario. P_1 : la población de la cual se obtuvo la muestra.

Se aplicó prueba para diferencia de proporciones con n grande ($n > 30$), de modo que se usó la distribución normal para obtener valores críticos.

$$H_0 : P_1 = P_2$$

$$H_1 : P_1 \neq P_2$$

Los resultados obtenidos permiten afirmar que:

- los sujetos presentan una buena disposición al recibir instrucción cuando ésta se presenta de modo no evidente;
- conviene la ejecución de programas de tipo secuencial con unidades temáticas que sean unitarias, pero que a la vez guarden coherencia con el tema que precede y antecede;
- resulta importante tener presente la credibilidad de la fuente y que ésta no sólo se expresa verbalmente, sino que resulta especialmente importante la comunicación no verbal (tono de voz, apariencia física, vestimenta, gestos y el manejo del espacio);
- es adecuado motivar a los sujetos antes y durante la entrega de información, de modo que éste se sienta parte del proceso;
- es importante que los sujetos se sientan identificados con los especialistas, ya sea porque los conocen directamente o saben que pertenecen a su ciudad, y
- la problemática de salud conviene presentarla en un enfoque interdisciplinaria y referida a un contexto social particularizado.

CUADRO Nº 1

TEMAS, ESPECIALISTAS EXPOSITORES Y EVALUACION PRE Y POST TRATAMIENTO n = 100

Nombre del Programa : "Hablemos de..."
 Duración : 60 minutos con 2 pausas de 4 minutos
 Días Miércoles : Horario: 21:30 - 22:30 hrs.
 Fecha ciclo : 20 de Mayo - 22 de Julio 1987

Título del Programa	Tema	Fecha	Especialistas	Evaluación X t1 (preprueba)	Evaluación X t2 (postprueba)	Diferencias
Libertad Femenina Mito o realidad en Chile?	Roles femenino y masculino	20.05	- Abogado - Psicólogo - Educador	65.3	85.6	Signif. con $p < 0,01$
Valor de los Antivalores	Valores	27.05	- Sacerdote - Educador - Orientador	68.7	80.5	N. S. Signif. $p > 0,01$ $p = 0,05$
Neurosis como problema de Salud Pública	Neurosis	03.06	- Psicólogo - Siquiatra - A. Social	54.0	83.7	Signif. $p < 0,01$
Cáncer. Chillán: una ciudad de Alto Riesgo	Cáncer: factores de riesgos y prevención	10.06	- Oncólogo - Médico - Psicólogo	57.1	90.3	Signif. $p < 0,01$
Embarazo en Adolescentes	Embarazo en Adolescentes	17.06	- Obstetra - A. Social - Religiosa	50.3	90.2	Signif. $p < 0,01$
Matrimonio en Crisis	La Pareja	24.06	- A. Social - Socióloga - Jefe Prov. del Reg. Civil de Nuble	52.6	80.4	Signif. $p < 0,01$
La Vejez: ¿Temor sin fundamentos?	Salud física y mental de la ancianidad	01.07	- Psicólogo - Médico - A. Social	42.8	80.2	Signif. $p < 0,01$
Temor a la Muerte	La muerte como proceso natural: Mitos y realidades	08.07	- Siquiatra - Teólogo - Enfermera	61.4	90.8	Signif. $p < 0,01$
Juventud ¿qué los inquieta?	Adolescentes: sus problemas y modo de enfrentarlos	15.07	- Orientador - Sacerdote - Psicólogo	53.7	90.2	Signif. $p < 0,01$
Agresividad Social	Agresión social: causas y prevención	22.07	- Psicólogo - Educador - A. Social	63.4	90.4	Signif. $p < 0,01$

19. LA MEDICINA FOLKLORICA EN UNA LOCALIDAD RURAL DE VALDIVIA

Sr. Ricardo Oyarzún

(Instituto Salud Pública, Facultad de Medicina. Universidad Austral de Chile)

En el modelo de atención primaria en salud, se aprecia un reconocimiento a las potencialidades de la comunidad para darse su propia forma de atención en salud y que esté de acuerdo a su particular realidad. Las diversas formas médicas y de apoyo con que cuenta una comunidad, aparecen como clave para alcanzar, en un plazo no muy lejano, un nivel aceptable en salud. Al valorarse a la comunidad y aceptar sus capacidades para enfrentar la enfermedad, se reconoce el valor social que tienen sus miembros y, en particular, sus recursos considerados como idóneos para actuar en materia de salud.

Es aquí en donde el valor del sistema tradicional, especialmente de la medicina folklórica, cobra una importancia apreciable en el sentido que es parte constitutiva de la comunidad. Además, se reconoce que con la ayuda y el apoyo de la medicina oficial, este tipo de recursos puede llegar a ser un colaborador de trascendencia en la organización de las acciones en salud.

Medicina folklórica es todo comportamiento basado en creencias y prácticas de salud, producto de la hibridación de sistemas autóctonos (etnomedicina) y elementos arábigo-hispánicos traídos por los conquistadores españoles hacia América Latina y el Caribe, al que se han integrado en préstamo elementos de la medicina científica.

Su conocimiento es ancestral y moderno, teórico y práctico, explicable en baja proporción, logrado en forma empírica por ensayo y error, transmitido principalmente por vía oral y de generación en generación.

Con esta orientación se realizó una investigación antropológica en Curiñanco, sector rural-costero a 34 kms. al oeste de Valdivia. La información se recolectó a través de una entrevista focalizada. La unidad de estudio fue la familia y la informante, la dueña de casa. Se consideró a la totalidad de las 36 madres del sector plano de Curiñanco.

Al consultarse sobre el concepto de enfermedad, las mujeres se refirieron principalmente a síntomas por los cuales reconocen a una persona cuando está enferma. En este sentido se observan alteraciones del comportamiento, como cambios de ánimo (260/o), que son los síntomas más recurrentes: desánimo, decaimiento, somnolencia, desgano y desaliento. Siguen los aspectos faciales ("cambio de carácter"): cambio de color en la cara, palidez, "chuparse", agotamiento, levantarse con los ojos hinchados, ojos o mirada caída, ojeras, lagrimosos y vista roja o brillante; logran el 220/o. Los aspectos físicos (180/o) son fundamentalmente: inapetencia y "cuerpo caído", que camine torcido o que no camine. Entre los síntomas folklóricos se mencionan la tristeza, el estar "espantosa", "lastimosa", "desmoralizado" o que no piense en su existencia; alcanzan sólo un 50/o.

Las personas conciben la enfermedad de distintas maneras. De esta concepción depende de cómo habrán de percibirla posteriormente. Su comportamiento en salud dependerá más tarde de la percepción que tengan. Es así como las personas crean sus propios mecanismos perceptivos capaces de alertarlos en situaciones en las cuales esté amenazado su estado de salud. Los indicadores que reflejan situaciones de riesgo son los síntomas.

Por lo tanto, las personas asocian a los síntomas con ciertas enfermedades. Es así como las informantes reconocen 185 enfermedades diferentes, cada una de ellas asociadas a un mínimo de tres y un máximo de siete patologías, con un valor modal de cinco. Estas se reducen a 47 enfermedades, que clasificamos en disfunciones, folklóricas, órganos y síntomas. Entre las disfunciones destaca el reumatismo (90/o), segunda en importancia general. En cambio, en las patologías folklóricas, el empacho es la más mencionada: logra un 170/o entre la totalidad de las patologías nombradas. Si analizamos el empacho en relación a las 36 informantes, se confirma su trascendencia: 32 de ellas lo nombran, es decir, 9 de cada 10 personas lo reconocen como enfermedad, lo cual muestra su alta consistencia.

Respecto a las enfermedades referidas a los órganos, se puede identificar las de "estómago", "hígado", "pulmón" y "vejiga" entre otras, sin que logren diferencias notables entre sí. Entre los síntomas reconocidos como enfermedad, se puede mencionar a la fiebre y el dolor de cabeza. Otras enfermedades mencionadas son mal de ojo, colitis y pasmo.

Por otra parte, se observan algunas enfermedades de tipo folklórica y otras reconocidas por la medicina científica. Entre las respuestas dadas por las informantes, el 80/o menciona sólo a estas últimas y el 920/o nombra tanto a una como a otra patología. Es decir, que 9 de cada 10 mujeres mencionaron enfermedades folklóricas.

En relación a la etiología atribuida al empacho, destacan las comidas en mal estado y la leche mal preparada. Los trastornos del hígado son atribuidos básicamente a los alimentos con grasas. Para el caso del estómago, las informantes mencionaron a las comidas en mal estado y comidas a deshoras e indigestión. El frío es una de las causas importantes en el caso del reumatismo, el estómago y la vejiga. El resfrío se atribuye como factor causal al reumatismo, fiebre, estómago, pulmón y vejiga. El cambio de temperatura es importante para el pasmo y la vista fuerte lo es para el mal de ojo.

No deja de llamar la atención que aquellas entidades nosológicas poco específicas derivadas de las creencias tradicionales, como el empacho y el pasmo, se expliquen en esta comunidad, exclusivamente por los alimentos para el primero y los cambios de temperaturas en el caso del segundo. En cambio, el mal de ojo, se atribuye principalmente a la "vista fuerte".

Esto nos muestra la alta consistencia que este aspecto de la medicina folklórica logra en la comunidad y su arraigo en las tradiciones culturales. Esta consistencia contrasta con la alta diversificación de factores causales atribuidos a trastornos tales como los de pulmón, estómago y colitis.

En síntesis, se aprecia una concentración de respuestas en aquellas causas de enfermedad atribuidas a condiciones ambientales tales como frío, resfrío, calores y temperaturas, seguidas por otras de carácter social: exceso de trabajo y alimentos, entre otras.

Por otro lado, cuando se reconoce con más objetividad a ciertos estados mórbidos definidos también por la medicina científica, se puede apreciar que su etiología es atribuida a factores propios de las creencias tradicionales.

De la información presentada, se puede concluir tentativamente que la medicina folklórica en la localidad de Curiñanco, es un mecanismo de atención en salud sólidamente arraigado en la cultura de este grupo social, toda vez que la totalidad de las dueñas de casa hacen uso de ellas y constituye una respuesta social a los problemas de enfermedad que ellas enfrentan. Por lo tanto, está altamente difundida y consolidada en la cultura local. La medicina folklórica y la científica se hallan culturalmente integradas al sistema social de salud.

En función de estos antecedentes, se puede observar la presencia de pre-condiciones necesarias para la proposición de una investigación de antropología aplicada, tendiente a buscar un modelo de atención en salud que integre formalmente a estos mecanismos médicos en la perspectiva de la Atención Primaria de Salud.

20. CONOCIMIENTOS DE PROFESORES Y ALUMNOS SOBRE SEXUALIDAD Y AMOR, ENSEÑANZA MEDIA Y BASICA - PROVINCIA DE CONCEPCION 1985-1986

Dr. Hernán Rodríguez, Enf. Alexandra Torres, Profs. Eliana Arriagada e Inés Uribe
(Servicio de Salud Concepción-Arauco)

La Comisión Mixta Salud-Educación de la Provincia de Concepción, motivada por el creciente número de embarazos de adolescentes observados en las diferentes comunas de la Provincia y planteada como hipótesis diagnóstica "qué el desconocimiento de su sexualidad y actitudes erróneas frente al amor constituyen significativamente factores multicausales, que hacen aumentar su incidencia", consideró necesaria la aplicación de un instrumento estadístico que estableciera un diagnóstico del nivel de conocimiento de alumnos de enseñanza media y básica, con participación de profesores de diferentes liceos y comunas de la Provincia.

Lo precedente, realizado durante 1985 y principios de 1986, a través de una encuesta de sexualidad que desagregada en conocimientos sobre anatomía, fisiología y amor, se hace extensivo a 1.010 alumnos y 288 profesores de educación media pertenecientes a 21 liceos de 9 comunas, cobertura que posteriormente es ampliada a 615 alumnos y 132 profesores de educación básica distribuidas en 18 escuelas y 4 comunas de la Provincia.

Evalrados los resultados, se confirma la hipótesis de diagnóstico ya planteada, con porcentajes máximos de preguntas correctas de 76% y 57% para profesores y alumnos de enseñanza media respectivamente, límites que disminuyen significativamente en educación básica con valores de 64% y 37% para profesores y alumnos de dicho nivel.

Analizado por separado, el porcentaje de preguntas incorrectas en todos los niveles es significativamente mayor en anatomía, le sigue fisiología y amor en orden decreciente, como límites máximos de $\pm 70\%$ y límites mínimos de $\pm 40\%$.

Llama la atención la posición relativa de aciertos de las diferentes comunas con distribuciones muy heterogéneas para profesores y alumnos, lo que podría revelar falta de conocimiento y, al mismo tiempo, la no uniformidad de los conocimientos existentes, todo lo cual es cuantificado y corroborado a través de estadígrafos de posición y dispersión, además de un somero análisis inferencial.

La encuesta se realizó en 21 liceos (8 de Concepción, 3 de Talcahuano, 2 de Lota, 2 de Tomé, 2 de Coronel y 1 de Penco, Santa Juana, Florida y Hualqui), con 288 profesores y 1.010 alumnos en los que la encuesta tuvo un 72% y 55% de respuesta. Igualmente se llevó a cabo en 18 escuelas (5 de Tomé, 5 de Lota, 7 de Coronel y 1 de Talcahuano, con 132 profesores y 615 alumnos) siendo los resultados un 63% en los profesores y 24% en los alumnos.

Los promedios de respuestas correctas de los profesores y alumnos de enseñanza media aparecen en la Tabla 1.

TABLA Nº 1

**PROMEDIOS DE RESPUESTA CORRECTA DE LA ENCUESTA DE SEXUALIDAD
EN ALUMNOS Y PROFESORES DE ENSEÑANZA MEDIA, CONCEPCION 1987**

Comunas	Promedios de respuesta correcta	
	Alumnos	Profesores
Penco	57,6	67,1
Concepción	56,8	71,5
Talcahuano	56,8	73,4
Lota	56,2	66,4
Santa Juana	55,1	76,2
Tomé	52,7	73,9
Florida	50,9	73,9
Hualquén	50,3	69,4
Coronel	49,7	70,1

21. TALLERES DE EDUCACION EN SEXUALIDAD HUMANA DIRIGIDOS A LA COMUNIDAD ESCOLAR DE ÑUÑO A, 1986-1987

Matrs. Ximena Ferreiro y Lorena Binfa
(Consultorio Salvador Bustos, Servicio de Salud Metropolitano Oriente)

Introducción

Uno de los aspectos más importantes y prioritarios en la formación de toda persona, es aquel que dice relación con la Educación Sexual.

Por medio de ésta el hombre orienta el instinto reproductivo y desarrolla su capacidad de amar y su libre voluntad para asumir y valorar las responsabilidades que como persona le corresponde actuar en cada etapa de su vida.

Desde esta perspectiva, entendemos la sexualidad como una dimensión de la persona de la que no es posible soslayar su educación, pues está ligada a todos los aspectos de la personalidad y es inseparable de ella.

Sin embargo, tradicionalmente ha sido complejo y difícil abordar este tema, tanto en la primera instancia formativa, cual es el hogar, como en la escuela, donde diferentes circunstancias impiden que las acciones relativas a la Educación Sexual sean realmente eficientes y adecuadas. De esta manera, con cierta frecuencia se ha invitado a profesionales de la salud para tratar temas emergentes del desarrollo bio-psicosexual de los alumnos.

Es por estas razones que las matronas del Consultorio Salvador Bustos, respondiendo a una necesidad social expresada por los profesores y padres y apoderados, elaboramos los talleres de Educación de Sexualidad Humana a los 3 estamentos de la comunidad escolar: alumnos - profesores - padres y apoderados de la comuna de Ñuñoa.

Propósito

Contribuir al desarrollo personal de alumnos, profesores y padres y apoderados.

Objetivos del Taller de Alumnos

- a) Promover un desarrollo de su autoestima.
- b) Motivar a que los alumnos asuman su responsabilidad frente a su sexualidad.

Objetivos del Taller de Profesores

- a) Definir los criterios y las metodologías que orienten un proceso de capacitación de facilitadores en educación de la Sexualidad Humana.
- b) Proponer y experimentar un modelo de formación en este campo.
- c) Evaluar la experiencia para optimizar los resultados.

Objetivos del Taller de Padres y Apoderados

- a) Aceptar la Sexualidad Humana como parte indivisible del ser humano.
- b) Analizar los cambios bio-psico sexuales a lo largo del ciclo vital.
- c) Definir las situaciones problemáticas existentes en relación a la Educación de la Sexualidad.
- d) Reconocer la importancia de la comunicación en la buena relación de los individuos en la sociedad.
- e) Valorar la importancia de la familia en la sociedad.

Materiales y Métodos

Taller de Alumnos: Se realizaron 2 Talleres dirigidos a los tres 8º años de la Escuela D 184 de Niñas y a los tres 7º años de la Escuela D 172 de varones, ambos de la Comuna de Ñuñoa. Cada Taller contó con tres sesiones educativas cuyos temas fueron: Auto estima - Sexualidad y Paternidad Responsable, con trabajos de investigación derivados de cada sesión, los que se presentaron con dramatizaciones en una reunión Plenaria donde se proyectó también una película.

Taller Profesores: Consta de 4 etapas: a) Encuentro de capacitación inicial de 3 mañanas de duración. b) Experiencia en terreno de los profesores durante 4 meses con apoyo metodológico.

c) Exposición del material didáctico elaborado por los participantes durante su experiencia en terreno. d) Encuentro evaluativo del trabajo realizado.

Actualmente nos encontramos en el punto b).

Taller Padres y Apoderados: En estos momentos se está desarrollando este taller y en una segunda etapa comprende la elaboración de un plan de orientación dirigido a los Centros Generales de Padres de cada escuela y liceo dependientes de la Corporación de Educación de la Ilustre Municipalidad de Ñuñoa, por parte de los padres ya capacitados.

Todos los talleres se plantean como una experiencia activa de intercambio entre los participantes y las animadoras, de tal manera que se puedan encontrar respuestas creativas e innovadoras a las necesidades educativas que en el campo de la sexualidad existen en la comunidad.

Conclusiones Generales

- Compromiso de los integrantes de los diferentes talleres de revisar y asumir su propia sexualidad.
- Importante contribución al desarrollo personal, tanto de los participantes como de las animadoras.
- Responsabilidad adquirida de los Padres y Profesores de asumir su rol como agentes multiplicadores en la Educación de la Sexualidad Humana.

CUADRO Nº 1

RESULTADOS DEL TEST DIAGNOSTICO DE AUTOESTIMA EN ALUMNOS SEGUN SEXO

Autoestima	Varones o/o	Mujeres o/o
Mala	12	12
Regular	30	27
Buena	34	41
Muy buena	24	20
TOTAL	100	100

CUADRO Nº 2

EVALUACION TALLER PROFESORES

– Adquisición de nueva metodología	41o/o	} 59o/o
– Enriquecimiento personal y profesional	29o/o	
– Desarrollo personal y cuestionamiento en el actuar	18o/o	
– Desarrollo personal más el compromiso como agente multiplicador	12o/o	
	100o/o	

22. CONDUCTA SEXUAL DURANTE EL PERIODO GESTACIONAL

Drs. Hugo Salinas, Emilio Feres, Manuel Fernández, María de los Angeles García, Cecilia González y Pilar González
(Departamento de Obstetricia y Ginecología, Hospital Clínico de la Universidad de Chile)

Se estudió la conducta sexual de ciento noventa embarazadas normales, comprobándose que durante el período de embarazo, la respuesta sexual se modifica en cuanto a frecuencia de relaciones sexuales, orgasmo, libido y posición durante el acto, en lo que podría estar influyendo el miedo al daño fetal y la insuficiente educación sexual.

Debido a la escasa información en nuestro país sobre este tema, se ha hecho necesario realizar un estudio de la conducta sexual de la embarazada normal de un sector de la población, para obtener una visión más amplia del problema y, de este modo, planificar un programa de educación al futuro.

Material y Método

Se analizó la información recogida a través de encuestas, proporcionada por 190 embarazadas que acuden a control de embarazo normal, al Consultorio Independencia, del Servicio de Salud Metropolitano Norte, de la ciudad de Santiago de Chile.

Se utilizó como instrumento una encuesta precodificada de 48 ítems y 63 preguntas, que fue aplicada individualmente, con la aprobación previa de las embarazadas. Fue realizada personalmente por los autores del trabajo, cuando cursaban quinto año de Medicina (segundo semestre de 1985) de la Universidad de Chile.

Los datos fueron procesados en un Computador I.B.M. 3031, con el que se realizaron los análisis estadísticos. Se usó también un Computador Apple IIe para diseñar los diferentes gráficos y textos.

La población en estudio se dividió en tres grupos, por edad gestacional, siendo ésta menos de 16 semanas; 16 a 28 semanas y 29 y más semanas, para aplicar las variables en estudio.

Se definió como LIBIDO, la manifestación de haber tenido relaciones sexuales deseándolo. ORGASMO, como la sensación de placer obtenido por la relación sexual.

Los términos "siempre", "ocasional" y "nunca"; "aumentado", "sin cambio", o "disminuido", fueron valorados subjetivamente por cada embarazada, al igual que los términos "con dificultad", "igual" o "más fácil".

Resultados

La distribución por edad fue la siguiente: 0,50% menos de 15 años; 45,30% entre 16 y 24 años; 46,30% entre 25 y 35 años y 7,90% de 35 años y más.

El estado civil fue: 24,70% de convivientes y 75,30% de casadas. La escolaridad fue: 2,60% analfabetas; 18,40% educación básica incompleta; 100% básica completa; 39,50% educación media incompleta; 18,40% educación media completa; 3,70% educación superior incompleta y 7,40% superior completa.

Distribución por paridad: 36,840% primíparas; 51,50% multíparas entre uno a dos embarazos; 9,470% multíparas entre tres o cuatro embarazos y 2,630% multíparas con más de cinco embarazos.

Religión: 82,110% católicas; 14,210% evangélicas, 1,50% otras religiones y 2,630% sin religión.

La fuente principal de información acerca de sexualidad, la habían obtenido las embarazadas: 33,10% de sus padres; 20,70% de sus profesores; 1,50% de amigos; 7,40% de revistas; 8,90% de otras fuentes y 28,40% sin información.

Dentro de los cambios de la libido en el embarazo, un 8,940% presentaron aumento; 26,840% sin cambio y 64,210% disminución. En cuanto al cambio en relación al orgasmo: un 4,210% les era más fácil 33,150% lo mantuvieron; 600% lo alcanzaron con dificultad y 1,570% no lo obtuvieron.

La posición de la relación sexual durante el embarazo fue 54,20% con la mujer abajo; 35,30% mujer en posición lateral y 8,40% dos posiciones.

En cuanto a frecuencia de relaciones sexuales, un 35,70% las suprimieron; 49,40% las disminuyeron; 11,050% las mantuvieron iguales y 3,60% las aumentaron.

En cuanto al peligro de las relaciones sexuales durante el embarazo un 10,50% tenía temor a abortar; 42,10% temía daño fetal y 47,40% no tenían miedo.

Conclusiones

1. La conducta sexual se modifica con el embarazo.
2. La fuente de información sólo en un tercio de los casos fue de fuentes normales.
3. A medida que progresa el embarazo, disminuye la libido.
4. El orgasmo se mantiene, pero hay una mayor dificultad para lograrlo.
5. A medida que la gestación progresa, cambia la posición adoptada durante el acto sexual, siendo la posición lateral la más usada.
6. La frecuencia de relación disminuye, a medida que aumenta la edad gestacional y se suprimen al término de ella.
7. El temor del daño fetal o aborto puede explicar los cambios observados.

TABLA Nº 1

CONDUCTA SEXUAL DURANTE LA GESTACION

Cambios en Libido y Orgasmo	— 16 Semanas o/o	16 a 24 Semanas o/o	+ 24 Semanas o/o
Cambios Libido			
Aumentó	8	11	8
Se mantuvo	42	29	15
Disminuyó	30	60	75
Cambios Orgasmo			
Aumentó	11	2	3
Se mantuvo	38	36	28
Disminuyó	50	60	63

TABLA Nº 2

CAMBIOS EN FRECUENCIA Y POSICION EN LAS RELACIONES SEXUALES

	16 Semanas o/o	16 a 24 Semanas o/o	+ 24 Semanas o/o
Cambios Frecuencia			
Aumentó	8	1	2
Se mantuvo	22	12	1
Disminuyó	62	50	40
Posición durante el Coito			
Mujer abajo	72	58	40
Posición lateral	22	35	48
Otras posiciones	5	6	5

23. EXPERIENCIA DE UNA UNIDAD DE SEXUALIDAD HUMANA

Drs. Hugo Salinas, J.A. Bocaz, P. La Roche, P. Muñoz, O. Rojas, Srs. V. Botteselle, M.I. Espinoza, Matr. E. Hernández, M. Fuentes, Psic. I. Rojas, Srta. E. Navarrete
(Escuela de Salud Pública, Depto. de Obstetricia y Ginecología, Hospital Clínico Universidad de Chile)

En Enero de 1987, se implementó en el Departamento de Obstetricia y Ginecología del Hospital Clínico de la Universidad de Chile, una Unidad de Sexualidad Humana, con el propósito de desarrollar programas de información y asistencia en materia sexual.

Esta Unidad está formada por un equipo multidisciplinario, que incluye a: Ginecólogos, Psiquiatras, Sicóloga, Urólogo, Matronas, Terapeuta Ocupacional y Educadoras, abocándose en una primera etapa al diagnóstico preciso de situación y a la determinación de prioridades a través de investigaciones básicas que han abarcado conocimientos y actitudes en relación al sexo y disfunciones sexuales. Es así como durante los 4 primeros meses de funcionamiento de la Unidad de Sexualidad se aplicó una encuesta de sexualidad humana, a mujeres consultantes en la Unidad de Ginecología de nuestro hospital, destacándose la escasez de conocimientos y la privación de programas educativos en materia sexual.

Esta encuesta fue prediseñada por los integrantes de la unidad, aplicada en forma individual y voluntaria, por matrona, a 300 consultantes por cualquier causa y al azar, sometiendo los resultados a análisis computacional.

Se trataba de un grupo con un promedio de edad de 38,5 años, con 14,2 años de convivencia estable, con 2,4 hijos, predominantemente católico, con una primera relación sexual entre 16 y 20 años, voluntaria, mayoritariamente usuaria de anticoncepción.

Basados en numerosas publicaciones que se han referido a la interferencia beneficiosa o contraproducente de la anticoncepción en la sexualidad humana, se diseñó un instrumento que nos permitiera estudiar su conducta sexual. Esta estuvo constituida por 116 mujeres usuarias de DIU y Anticonceptivos Orales, a lo menos durante un año calendario. Los hallazgos principales incluyeron frecuencia de relaciones sexuales, libido, orgasmo, información del método e iniciativa del acto sexual.

Por último, se exploró sexualidad y cirugía ginecológica, comparando los principales cambios atribuibles a la cirugía del aparato genitourinario en mujeres sometidas a tales procedimientos correctivos o ablativos, destacamos las repercusiones orgánicas o psicológicas. Muchas veces como única consecuencia de la escasa o nula información del procedimiento elegido. La cirugía debe ser satisfactoria no sólo para el cirujano, sino para la mujer tratada; dando especial énfasis a su funcionalidad sexual, cuando ésta así lo requiera.

Paralelamente a estas investigaciones, que nos han permitido fijar las bases de habitualidad en nuestra población y dar margen a la consideración de las alteraciones sexuales, hemos pretendido ofrecer a éstas, respuestas satisfactorias con un suficiente grado de eficiencia y coordinación.

Se ha logrado un funcionamiento operativo, con énfasis en el manejo de pareja, revisándose los caminos más adecuados para la referencia de una patología de alta prevalencia y de escaso conocimiento general.

En el manejo de las disfunciones sexuales, hemos utilizado nuestras propias definiciones y clasificaciones basados en aportes de Master y Johnson, Helen Zinger Kaplan y la Asociación Americana de Psiquiatría.

A pesar de la limitante, de la aceptación exclusiva de pareja, han consultado en nuestra Unidad un promedio de 6 parejas mensuales, a través de pesquisa de encuesta o referencia de sus médicos tratantes.

Ha destacado la escasa frecuencia de Patología Orgánica o Psicológica Primaria, la Asociación de Problemática Psicosexual, y los Problemas de Relación de Pareja

En su evaluación se conjugan elementos ginecológicos, urológicos y psicológicos y se procuran mecanismos educativos y la referencia de cuadros complejos a instancias intra o extra institucionales.

En el plano educativo, la realización de charlas informativas, con una periodicidad semanal, de temas previamente evaluados en la Unidad, se ha aplicado a consultantes de la Unidad de Ginecología, con Técnica Audiovisual.

Asimismo, se ha implementado la reunión clínica semanal de la Unidad, con presentación de casos clínicos y revisión bibliográfica, de carácter abierto, donde es posible la participación de médicos y becados de nuestro Departamento Universitario.

TABLA Nº 1

**UNIDAD DE SEXUALIDAD HUMANA - DEPTO. DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
HOSPITAL CLINICO UNIVERSIDAD DE CHILE**

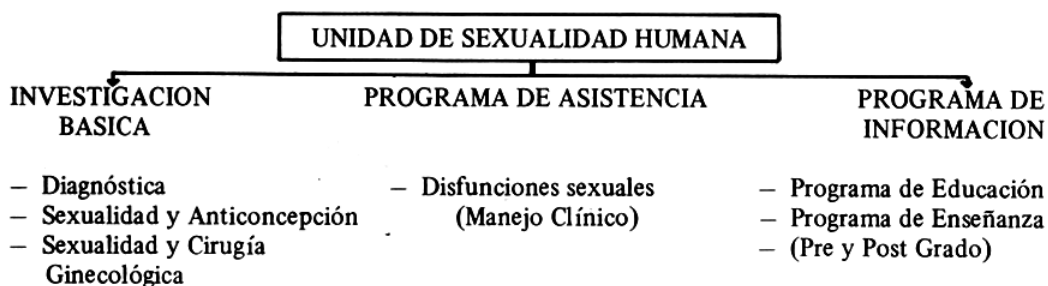


TABLA Nº 2

**CLASIFICACION DE DISFUNCIONES SEXUALES
UNIDAD DE SEXUALIDAD – DEPTO. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
HOSPITAL CLINICO UNIVERSIDAD DE CHILE**

DISFUNCIONES SEXUALES	<ul style="list-style-type: none"> – ORGANICAS – PSICOLOGICAS
<ul style="list-style-type: none"> – Primarias – Secundarias – Situacionales 	<ul style="list-style-type: none"> – Deseo Sexual Inhibido – Excitación Sexual Inhibida (Impotencia - Frigidez) – Orgasmo Inhibido (Eyaculación retardada o ausente - Anorgasmia) – Eyaculación Precoz – Dispareunia Funcional – Vaginismo

24. PERFIL BIO-SOCIAL DE LA EMBARAZADA

Matr. Beatriz Montenegro, Drs. Frigyes Lukacs, José Manuel Mencisidor, María Isabel Sánchez y
Cecilia San Martín
(Escuela de Salud Pública, Facultad de Medicina, Universidad de Chile)

El presente trabajo no pretende mostrar una realidad local que en general se repite, con algunas variaciones, en casi todos los establecimientos del Sistema Nacional de Servicios de Salud, sino más bien una metodología muy simple que permite tener una herramienta de trabajo para orientar las actividades del Programa Maternal en este caso.

Si bien las características de la población de embarazadas, en cuanto a sus aspectos sociales y biológicos de riesgo, son en general conocidas por los profesionales de salud que prestan la atención a este grupo poblacional, pensamos que este conocimiento es más bien subjetivo, empírico y parcial.

Por el contrario, si estas características bio-sociales, consideradas como factores de riesgo, son estudiadas a través de este sencillo procedimiento, permite un conocimiento objetivo, científico, que permite a su vez determinar la prevalencia de ciertos problemas relevantes dentro del grupo, además de contar con un documento escrito.

Con este documento se hace más sencillo trabajar adecuando los recursos, por ejemplo, o implementando sub-programas si así se requiere, que permitan mejorar los problemas encontrados; es decir, es un elemento útil tanto en la atención diaria de las pacientes, como para la programación local, de manera tal que se permita enfatizar las medidas y fomento y prevención con el mismo objetivo.

Es por eso que queremos mostrar, a modo de ejemplo, el presente trabajo realizado en el Consultorio Villa O'Higgins del Servicio de Salud Metropolitano Sur-Oriente en Julio de 1987.

Material y Método

El propósito de este perfil fue conocer las principales características de las embarazadas bajo control, tanto en sus aspectos biológicos como sociales.

Para ello recurrimos a la ficha maternal y obtuvimos los datos que estimamos más relevantes para este objetivo.

Del fichero maternal 1986 (pasivo), que consistió en un total de 1.989 fichas, se obtuvo una muestra de alrededor del 100% del total. Para ello se utilizó la técnica de muestreo estratificado simple con afijación proporcional y de selección sistemática, de acuerdo a las diferentes unidades vecinales encontradas. La muestra quedó constituida por 200 fichas.

Resultados

Llama la atención la alta escolaridad que alcanzan las madres en control. Un 77% tiene 7 años o más y un 43% alcanza entre 10 y 12 años de estudio.

Se consideró actividad con riesgo aquella que pudiera interferir en la evolución normal del embarazo. Se incluyen en este grupo las mujeres trabajadoras del POJH.

Se clasifican como solteras a las que, además de ser solteras, no cuentan con una relación de pareja estable, que en la muestra alcanzó el 26%. Las clasificadas como convivientes son solteras, pero poseen una relación de pareja estable.

El total de solteras, con o sin relación de pareja estable, constituye un 43% de la muestra.

El criterio de gran múltipara se basó en la clasificación de alto riesgo que utiliza el consultorio, donde se clasifican como tales a las mujeres con 4 partos anteriores o más. En la muestra se encontró sólo un 7% de ellas.

Para la clasificación de estado nutricional se utilizó el estado al ingreso. El 40,5% de las embarazadas están evaluadas con un estado nutricional normal. El 33% está sub-normal o enflaquecida y el 25% se encontró con sobrepeso.

Se consideró un ingreso a control precoz al que ocurre en el primer trimestre del embarazo (se incluyó a embarazadas con 13 semanas).

Como observación aparte, un considerable porcentaje (13,50/o) de las embarazadas que ingresaron al control lo abandonaron; no se conoce lo sucedido con ellas. Consultamos respecto a visitas domiciliarias en el consultorio y se nos informó que maternal no cuenta con auxiliar de terreno y que matronas no realizan esta actividad.

En la morbilidad no se incluyen EGD, anemias leves y cesárea anterior.

Conclusiones y Comentarios

A nuestro parecer, la información que se obtiene a través de este trabajo es indispensable para orientar a los profesionales con respecto a la población de embarazadas que se encuentra bajo su responsabilidad y logra motivarlos a una participación más activa en las programaciones anuales que deben ajustarse de acuerdo a la realidad encontrada. De este modo los problemas encontrados pueden ser mejorados y evaluados en su progreso a través de la repetición periódica de este procedimiento.

No nos cabe más que agregar que este mismo trabajo es aplicable a otros programas con la misma validez y objetivos.



TABLA Nº 1

**CARACTERISTICAS DE LAS EMBARAZADAS
(DISTRIBUCIONES PORCENTUALES)**

ESCOLARIDAD	o/o	TALLA	o/o
Sin educación	1,0	1,50 o menos	25,0
1º a 3º básico	4,0	Mayor de 1,50	73,5
4º a 6º básico	17,0	No consignado	1,5
7º a I Medio	31,0		
II a IV medio	43,0	ESTADO NUTRITIVO	
Universitario y técnico	3,0	Enflaquecida	13,5
No consignado	1,0	Sub-normal	19,5
		Normal	40,5
PREVISION		Sobrepeso	25,0
Sin previsión	62,0	No registrado	1,5
Con previsión	35,0		
No consignado	3,0	HABITOS	
		Tabaco	15,0
ACTIVIDAD		Alcohol	1,0
Trabajo con riesgo	5,5		
Trabajo sin riesgo	16,5	INGRESO AL CONTROL	
Dueña de casa	69,5	Precoz	45,0
Nada	3,0	Tardío	55,0
No consignado	5,5	Abandona el control	13,5
ESTADO CIVIL			
Soltera	26,0	MORBILIDAD ENCONTRADA	
Conviviente	17,0	Propia del embarazo	16,0
Casada	56,0	Concomitante con el	
Viuda	0,5	embarazo	2,0
No consignado	0,5	Total patología	18,0
PARIDAD		TIPO DE PARTO	
Primigestas	38,5	De término	73,0
Gran múltipara	7,0	Pre-término	8,0
Antecedente de aborto	20,0	Aborto	4,0
		No registrado	15,0*
PERIODO INTERGENESICO		Espontáneo	58,5
Menor de 1 año	9,0	Forceps	5,0
Mayor de 8 años	10,5	Cesárea	19,5
		No registrado	17,0*

* Incluye los abandonos del control.

25. LAS MUJERES QUE ESPERAN UN HIJO: CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES DE CRIANZA EN TRES ASPECTOS PREVENTIVOS DE SALUD

Enf. Cecilia Campos, Sra. Ilse López, Sociol. Cristián Pereda
(Escuela de Enfermería, Universidad Católica y Escuela de Salud Pública, Facultad de Medicina,
Universidad de Chile)

En la actualidad se sabe con bastante exactitud, que los problemas de salud más importantes que afectan al mundo actual tienen su origen en las creencias, hábitos y costumbres de las personas, las que son transmitidas de padres a hijos en forma tradicional. También se sabe que los primeros años de vida son decisivos para formar las bases de la buena salud y así mejorar la calidad de vida.

Del conjunto de obligaciones que definen el rol de madre, una de gran importancia es la que se refiere al cuidado de la salud de sus hijos. Son escasos los trabajos que han investigado actitudes de crianza en aspectos preventivos para la salud. Como el estudio de actitudes ofrece posibilidades de predecir con cierta exactitud la conducta futura de las personas, este trabajo pretende describir y analizar los conocimientos y actitudes que posee un grupo de embarazadas que se controlan en el consultorio externo de la U. Católica (CEDIUC), con el fin de ayudarlas en forma precoz y oportuna "a tener conductas de crianza preventivas" frente a determinados problemas de salud: en este caso, alimentación asociada a obesidad, accidentes y salud oral.

En primer lugar se caracteriza el grupo en estudio según las variables edad, escolaridad, número de hijos, actividad, situación socio-económica y de pareja; en seguida se describe y evalúa el grado de conocimientos y actitudes para la crianza en los tres aspectos preventivos de salud estudiados y, por último, se determina la asociación existente entre los conocimientos y actitudes y las variables edad, escolaridad y número de hijos.

Metodología

El universo estudiado estuvo constituido por las mujeres que durante 1985 controlarían su embarazo en CEDIUC. La muestra se seleccionó estableciendo un período del embarazo y una época del año. Para la realización del estudio, se diseñó, probó y validó un instrumento para medir actitudes según metodología Likert, el que después de aplicado se sometió a prueba de confiabilidad y análisis de homogeneidad. La descripción y evaluación del grado de conocimientos y actitudes se realizó mediante el análisis de los porcentajes promedios obtenidos por los diferentes ítems, tanto de la escala total como de cada una de las 3 sub-escalas (alimentación, salud oral, accidentes). Luego se clasificaron las respuestas ubicando al grupo en estudio en 5 categorías desde el extremo más positivo al más negativo. Para determinar la asociación existente entre la materia estudiada y algunas características del grupo (edad, escolaridad, etc.) se realizó análisis de varianza estableciéndose nivel de significación de 50/o.

Resultados

El grupo estudiado lo constituyeron 186 embarazadas de hasta 20 semanas de edad gestacional que en un 930/o se ubican en el estrato socio-económico medio y medio alto (Graffar). Sus edades se observan con mayor frecuencia en el quinquenio de 25 a 29 años. El nivel educacional alcanzado en promedio por el grupo es alto (3º y 4º de EM), observándose además un porcentaje considerable de mujeres profesionales (26,30/o). El 500/o trabaja, el 800/o declara situación de pareja estable y legal y alrededor de la mitad espera su primer hijo. El estudio permite suponer que estas características son representativas de las embarazadas que se atienden en CEDIUC.

El análisis por separado de cada una de las sub-escalas muestra los siguientes resultados:

En relación a alimentación, si bien no se observaron mujeres en las categorías desfavorables, un 350/o de ellas se ubica en la categoría "intermedia", lo que permite identificar un grupo considerable de madres cuyas respuestas revelan conocimientos y actitudes sobre alimentación asociados a obesidad poco favorable a las acciones preventivas. El análisis por ítems, muestra un porcentaje alto de mujeres con respuestas negativas para ítems reactivos. Estos identifi-

can a un grupo con tendencia a sobre alimentar a sus hijos y a no confiar en la lactancia materna como alimento exclusivo.

En relación a accidentes, la mayoría de las madres (800/o) se ubica en las dos mejores categorías, sin embargo no es despreciable el porcentaje de mujeres cuyas respuestas revelan una actitud no definida hacia la prevención de accidentes. El análisis por ítems revela que los peor contestados son los que miden el componente cognitivo.

Esto confirma la necesidad de incluir en la educación de futuros padres, aspectos destinados a la prevención de accidentes que incluyan en forma especial aspectos cognitivos.

En relación a salud oral, los resultados revelan que es la escala mejor contestada, sin embargo en ella también cerca de un 200/o de mujeres se ubica en la categoría intermedia o de actitud no definida. El análisis por ítems, muestra porcentajes altos de mujeres con respuestas negativas en ítems afectivos que miden aspectos determinantes de acciones preventivas de gran importancia.

El estudio de la asociación existente entre conocimientos y actitudes y las variables escolaridad, edad y paridad, muestran que éstas determinan diferencias estadísticamente significativas tanto para la escala total, como para la sub-escala alimentación y accidentes. A mejor escolaridad, mayor edad y número de hijos, mejores conocimientos y actitudes de crianza. Estas diferencias no se observan para lo referente a salud oral.

Sugerencias

Los resultados obtenidos con este estudio probablemente están influidos por las características del grupo, especialmente las del nivel educacional, razón por la cual en la actualidad se replica en población usuaria del SNSS en pro de un mayor conocimiento del problema.

Los resultados permiten identificar grupos en riesgo, especialmente en lo referente a conocimientos y actitudes de alimentación asociados a obesidad y a accidentes. Esto confirma la necesidad de incluir o dar mayor énfasis en los programas vigentes a estos aspectos, para así ser consecuente con la prioridad asignada a la prevención.

El uso del instrumento empleado en este estudio en forma total o parcial, puede ser de utilidad práctica en el diagnóstico de conocimientos y actitudes de padres que asisten a control. Una vez contestado, puede discutirse con ellos los aspectos negativos y reforzar los positivos.

Es indispensable que la educación se inicie desde el embarazo, e involucre a la familia, sólo así ésta podrá transmitir creencias, hábitos, percepciones de riesgo que condicionan las actitudes y conductas de sus miembros.

TABLA Nº 1

CARACTERISTICAS DE LAS EMBARAZADAS CONTROLADAS EN CEDIUC 1985
(n = 186)

Variable	Categoría	o/o
Nivel socio económico (según Graffar)	Medio alto	39,2
	Medio	53,8
	Medio bajo	7,0
Edad de la embarazada	20	8,0
	20 – 24	26,9
	25 – 29	34,4
	30 – 34	24,2
	35 y más	7,5
Escolaridad	Básica	3,2
	Media	60,7
Estado Civil	Soltera	12,4
	Casada	80,6
	Conviviente	6,4
Nº de Hijos	Sin hijos	45,2
	1 hijo	29,0
	2 hijos	21,0
	3 y más	4,8

TABLA Nº 2

**EMBARAZADAS SEGUN CATEGORIAS DE CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES
EN RELACION A ALIMENTACION, ACCIDENTES Y SALUD ORAL**

Variable	Categoría	o/o
Conocimientos y actitudes frente a Alimentación (32 ítems)	Intermedia	34,9
	Favorable	59,2
	Muy favorable	5,4
Conocimientos y actitudes frente a Accidentes (23 ítems)	Intermedia	20,4
	Favorables	67,2
	Muy favorables	12,4
Conocimientos y actitudes frente a Salud Oral (20 ítems)	Intermedia	18,3
	Favorable	64,4
	Muy favorable	18,3

26. CARACTERISTICAS DEL EMBARAZO, PARTO Y RECIEN NACIDO EN MAPUCHES URBANAS

Drs. María de la Fuente, Verónica Mujica, Nury Moliné, Orielle Solar y Marcia Teitelboim
(Escuela de Salud Pública Facultad de Medicina, Universidad de Chile)

Con el fin de estudiar el grado de adaptación de las familias mapuches al medio ambiente urbano, y como complemento de un estudio realizado en 1984 en niños mapuches, se hace un análisis retrospectivo de Casos y Controles en embarazadas mapuches y no mapuches inscritas y controladas en el Consultorio Pincoya desde el 1º de Julio de 1983 al 31 de Diciembre de 1985.

Se denominó CASOS a las embarazadas con apellidos paterno y materno mapuches y CONTROLES a las embarazadas con apellidos no mapuches. Se obtuvo 83 Casos y 84 Controles. Se compara variables socioeconómicas, de atención médica y biológicas en ambos grupos.

Variables Socioeconómicas

Ambos grupos son mayoritariamente indigentes. La educación es mejor en Controles y hay un 41% de madres solteras en los Casos contra 25% en los Controles.

Variables de Atención Médica

La edad gestacional al primer control y el número de controles por embarazo fue semejante en ambos grupos, no cumpliendo ninguno las normas del Ministerio de Salud.

El uso de anticonceptivos es menor en mapuches.

El VDRL se practicó en el 100% con 97% de negatividad en ambos grupos.

Variables Biológicas

Los Casos presentan más sobrepeso y menos desnutrición. La talla promedio fue menor en los Casos: 1,50 m. vs. 1,53 m. en Controles.

El Grupo Sanguíneo predominante fue Rh (+) más alto en Casos (65%) que en Controles (56%).

La evolución del embarazo fue algo mejor en los Controles debido a la presencia de Coletasia en los Casos.

El parto fue normal en el 70% de los Casos y 65% de los Controles.

El peso de nacimiento y la talla promedio del recién nacido fueron normales en ambos grupos, algo más alto el promedio de peso en los Controles, ya que en los Casos hubo más Pre Término Adecuados a la Edad Gestacional. El APGAR fue de 8 puntos o más en el 90% en ambos grupos.

Del estudio se puede deducir que las mapuches de Pincoya están adaptadas al ambiente urbano, presentan un adecuado cumplimiento de las Normas Ministeriales en los controles de embarazo y tienen buenos indicadores biológicos a pesar de las desventajas expresadas en las variables socioeconómicas.

27. RIESGO OBSTETRICO Y NEONATAL DE LA PRIMIPARA PRECOZ

Enf. Rosina Cianelli y Sra. Ilse López
(Escuela de Enfermería, Universidad Católica y Escuela de Salud Pública, Facultad de Medicina,
Universidad de Chile)

Factor de riesgo se define como cualquier característica o circunstancia detectable de una persona o grupo de personas que se sabe está asociada con el aumento de la probabilidad de padecer, desarrollar o estar especialmente expuesta a experimentar un suceso morbido en comparación con aquellos que no lo presentan.

La adolescencia es la etapa de la vida en que se produce una serie de importantes cambios fisiológicos, somáticos, mentales, emocionales y sociales que conducen al individuo hacia la madurez del adulto. Sin embargo, y pese a la creciente importancia que se le está dando al adolescente en la sociedad y medicina actual, no ha sido posible obtener consenso a propósito de algo que podría parecer tan elemental como la delimitación cronológica del proceso.

Desde el punto de vista obstétrico se considera como primípara precoz (P.P.) a la mujer que tiene su primer parto a los 16 años o menos, definición que será utilizada en este estudio. Los riesgos son numerosos, siendo la inmadurez del desarrollo físico de las madres adolescentes, con su concomitante falta de madurez psíquica, la base de tal consideración. Dentro de los riesgos obstétricos y neonatales descritos por la literatura, encontramos alteraciones en el peso materno, tanto en exceso como en déficit, infecciones urinarias, síntomas de parto prematuro, síndrome hipertensivo, pre-eclampsia, abortos, rotura prematura de membranas, hiperemesis, partos quirúrgicos, retardo de crecimiento intrauterino, bajo peso de nacimiento y Apgar bajo.

La edad óptima de embarazo varía, según las diversas publicaciones, entre los 20 y 30 años; para este estudio se considera como grupo control a la mujer que tiene su primer parto entre los 20 y 24 años.

Esta investigación pretende determinar los riesgos obstétricos y neonatales de las primíparas precoces que tuvieron su parto en la Maternidad del Hospital Sótero del Río entre el 1º de Enero de 1984 y el 31 de Diciembre de 1985, comparadas con primíparas en edad óptima de embarazo.

Material y Método

Para estimar el total de primíparas precoces que tuvieron su parto en el período definido para el estudio, se realizó un recuento de las ingresadas en trabajo de parto mes a mes, entre Enero y Junio de 1984, encontrándose un promedio mensual de 28 P.P., por lo que en el período señalado para el estudio se encontraron alrededor de 670 P.P.

De cada uno de los 24 meses del estudio se sortearon 4 P.P. con lo que se obtuvo un total de 96 P.P. (14%).

De acuerdo al tamaño del grupo de P.P. el grupo control podría estar constituido por una cifra semejante, por lo que se sortearon 5 mujeres de cada mes, obteniéndose un total de 120 mujeres para el grupo control.

En primer término se obtuvo la información del libro de ingresos de la Maternidad de donde se seleccionó la muestra, procediéndose posteriormente a identificar la ficha maternal de cada mujer.

Se analizaron 25 variables.

El análisis estadístico se hizo en base a desigualdad relativa y pruebas de significación estadística.

Resultados y Conclusiones

- Se encontró un alto porcentaje de P.P. concentradas en los 16 años (53%), aunque el rango se extendió entre los 10 y 16 años, aumentando el número de embarazadas con la edad.
- En cuanto al estado civil, un 30,2% de ellas eran casadas, comparadas con un 50,8% del grupo control.
- Un 95,8% de las P.P. no tiene previsión.

- Se encontraron 3 P.P. con antecedentes de abortos previos (no se conoce si fueron espontáneos o provocados).
- En relación a los riesgos maternos, estos fueron estadísticamente significativos en comparación con el grupo control para: síntomas de aborto, rotura prematura de membranas, infecciones del tratamiento, laceraciones del canal del parto.
- Llama la atención que los riesgos en los recién nacidos de las P.P., al igual que el grupo control, no tienen significación estadística.

TABLA Nº 1

**RIESGOS OBSTETRICOS DE LAS PRIMIPARAS PRECOCES
COMPARADOS CON EL GRUPO CONTROL**

Riesgos Obstétricos	Primíparas	
	Precoces o/o	Control o/o
Síntomas de aborto	6,2 (*)	1,7
Anemia del embarazo	4,2	3,3
Síndrome hipertensivo	9,4	10,8
Pre-eclampsia	4,2	4,2
Síntomas de parto prematuro	7,3	4,2
Infección del tracto urinario	10,4 (*)	3,3
Morbilidad durante el embarazo	34,4	31,7
Rotura prematura de membranas	16,7 (*)	9,2
Estado nutricional: Sub-normal	22,1	32,7
Sobrepeso	13,0	18,7
Parto por cesárea	12,5	14,2
Laceraciones del canal del parto	5,9 (*)	1,0

(*) Estadísticamente significativo ($p < 0,05$)

TABLA Nº 2

**DISTRIBUCION DE LAS PRIMIPARAS PRECOCES
EN CADA AÑO DE EDAD**

Edad	Nº Casos
10	2
11	2
12	2
13	10
14	14
15	20
16	52

28. RIESGO MATERNO Y PERINATAL DE LA PRIMÍPARA TARDÍA

Enf. Rosina Cianelli y Sra. Ilse López
(Escuela de Enfermería, Universidad Católica y Escuela de Salud Pública, Facultad de Medicina
Universidad de Chile)

Se define como riesgo materno y perinatal a la posibilidad de que una madre o el producto de la concepción enferme, muera o quede con un daño permanente a consecuencia de la gestación, parto o puerperio.

Dentro de los grupos considerados de Alto Riesgo Materno y Perinatal tenemos:

1. Primíparas Tardías
2. Recién Nacidos, hijos de madres de alto riesgo.

La edad avanzada significa sobre todo un peligro indirecto para la madre y el feto a consecuencia de las complicaciones relacionadas con la edad, traducéndose en una mayor morbilidad materna, fetal y neonatal.

Se definirá para este estudio como primípara tardía (P.T.) a la mujer que tiene su primer parto a los 35 años o más.

Dentro de los riesgos maternos y perinatales descritos en la literatura encontramos abortos, síndrome hipertensivo, diabetes gestacional, metrorragias del tercer trimestre, presentaciones distócicas, parto prolongado, cesáreas, inercia uterina. En el recién nacido, Apgar bajo, bajo peso de nacimiento, prematurez, anomalías congénitas.

La edad óptima de embarazo varía según los diversos autores, pero en general se considera a la mayor de 20 años y menor de 30 años. Se define como grupo control para este estudio a la mujer que tiene su primer parto entre los 20 y 24 años.

Objetivo General

Determinar presencia de riesgos maternos y perinatales en primíparas tardías comparadas con primíparas entre 20 y 24 años.

Objetivos Específicos

Describir las características generales de las mujeres en estudio.

Describir y analizar la frecuencia con que se observan los riesgos maternos en las embarazadas del grupo en estudio comparadas con el grupo control.

Cuantificar la frecuencia de riesgos en los recién nacidos y compararla entre hijos del grupo en estudio y grupo control.

Material y Método

La información se obtuvo en primer término del libro de ingresos de la Maternidad del Hospital Dr. Sótero del Río, donde se revisaron alrededor de 50.000 consultas ocurridas entre el 1º de Enero de 1984 y el 31 de Diciembre de 1985.

Se consideró para la selección como unidad de análisis a la embarazada que tuviera las siguientes características:

Primípara, tener 35 años o más al momento del parto (primípara tardía), tener 20-24 años al momento del parto (grupo control), haber tenido su parto en la Maternidad del Hospital Dr. Sótero del Río.

El total de primíparas tardías del período correspondió a 73 mujeres. El grupo control se seleccionó por muestreo aleatorio simple, obteniéndose 120 mujeres.

Con la información del libro de ingreso se buscó la ficha maternal de donde se obtuvo la información para la investigación.

Se estudiaron 25 variables.

El análisis estadístico se hizo en base a desigualdad relativa y pruebas de significación estadística.

Resultados y Conclusiones

Se encontró la mayor concentración de P.T. entre 35 y 36 años con una frecuencia irregular decreciendo hasta los 44 años.

El 48,40% de la P.T. tenía algún tipo de previsión.

En relación al estado civil el 50,80% eran casadas, 11,10% convivientes y 38,10% solteras.

Los riesgos maternos y perinatales de la P.T. comparados con el grupo control fueron estadísticamente significativas para: Síntomas de Aborto, Rotura Prematura de Membranas, Hiperemesis Gravídica, Síndrome Hipertensivo, Pre-eclampsia, Metrorragias del Tercer Trimestre, derivación a Policlínico de Alto Riesgo Obstétrico, hospitalización durante el embarazo, presencia de morbilidad en el embarazo, sobre peso, trabajo de parto inducido, expulsivo prolongado, cesárea, laceraciones del canal del parto, seis y más días de hospitalización post parto, sufrimiento fetal, Parto Prematuro, peso menor de 2.500 grs., lactancia mixta, malformaciones congénitas, hospitalización en Unidad de Recién Nacido Patológico.

TABLA Nº 1

FRECUENCIA RELATIVA EN QUE SE PRESENTAN LOS RIESGOS EN CADA GRUPO DE EDAD DURANTE EL EMBARAZO

Riesgos en el Embarazo	Primíparas	
	Tardías o/o	Controles o/o
Síntomas de Aborto	6,8 (*)	1,7
Síndrome Hipertensivo	27,4 (*)	10,8
Pre-eclampsia	16,4 (*)	4,2
Síntomas de Parto Prematuro	5,5	4,2
Metrorragias del Tercer Trimestre	6,8 (*)	0,8
Diabetes Gestacional	2,7	0,0
Hiperemesis Grávidica	4,1	0,0
Rotura Prematura de Membranas	34,2 (*)	9,2
Morbilidad durante el Embarazo	56,2 (*)	31,7
Derivación Policlínico de Alto Riesgo	46,6 (*)	20,8
Morbilidad en el Embarazo	34,2 (*)	20,0

(*) Estadísticamente significativo ($p < 0.05$)

TABLA Nº 2

FRECUENCIA RELATIVA EN QUE SE PRESENTAN LOS RIESGOS EN CADA GRUPO DE EDAD DURANTE EL TRABAJO DE PARTO, PARTO Y PUERPERIO

Riesgos en el Trabajo de Parto y Puerperio	Primíparas	
	Tardías o/o	Controles o/o
Estado nutricional subnormal	12,5	32,7
sobre peso	30,4 (*)	18,7
Sin trabajo de parto	23,3 (*)	4,2
Trabajo de parto inducido	16,1 (*)	9,6
Trabajo de parto mayor de 14 hrs.	8,9	20,0
Período expulsivo mayor de 30 min.	23,7 (*)	10,9
Parto por fórceps	46,5 (*)	14,2
Laceraciones del canal del parto	10,3 (*)	1,0
Inercia Uterina	2,7	1,7
Seis y más días hospitalización post parto	24,7 (*)	15,8

(*) Estadísticamente significativo ($p < 0.05$)

29. NUTRICION MATERNA Y LACTANCIA NATURAL

Sra. Ilse López, Clara Almuna, Carlina Espinoza, Debora Figueroa, Marcia Novoa, Sandra Benítez,
Lidia Farías, Martina Guerrero y Rosa Rolón
(Escuela de Salud Pública, Facultad de Medicina, Universidad de Chile)

El desarrollo del feto no puede ser considerado como un proceso superpuesto al metabolismo ordinario de la madre, determina importantes cambios en la composición y metabolismo del organismo materno. El metabolismo basal aumenta durante el embarazo, hay gasto de calorías para mantener tanto el producto de la gestación como los tejidos maternos. Es necesaria una ingestión adecuada de alimentos de manera que se pueda producir una acumulación de reservas energéticas que sirvan posteriormente para mantener la lactancia. Este hecho, más el desarrollo de la glándula mamaria, indican que la lactancia comienza a prepararse durante el embarazo. Se justifica una vigilancia del estado nutricional materno, como una manera de evitar tanto el bajo peso al nacer, como una lactancia insuficiente. Esta es una de las razones que por muchos años en Chile se incluye, dentro del programa maternal, la alimentación suplementaria destinada a mujeres que presentan déficit nutricional.

En este estudio se plantea la interrogante: ¿un estado nutricional deficiente durante el embarazo, determina un período de lactancia más corto? La respuesta se busca en mujeres pertenecientes a un estrato socio-económico bajo que viven en una población, considerada hasta 1985 beneficiaria, en un 90%, del Sistema Nacional de Servicios de Salud.

Objetivos

1) Describir la evolución del estado nutricional durante el embarazo, algunas variables maternas de comprobada relación con la duración de la lactancia (edad, paridad, escolaridad y peso del recién nacido); 2) Analizar la relación entre prolongación de alimentación natural y evolución del estado nutricional en el embarazo.

Metodología

Se estudió una cohorte de 415 binomios (embarazada-recién nacido) bajo control, en el Consultorio La Pincoya, perteneciente al Servicio de Salud Metropolitano Norte. Se seleccionaron embarazadas cuyo primer control prenatal se efectuó antes de las 20 semanas de gestación, entre el segundo semestre de 1984 y primero de 1985. Se excluyeron quienes presentaron alguna patología durante la gestación y los recién nacidos con problemas congénitos, que impidieran una alimentación normal, y los gemelos. El estado nutricional de la embarazada, tanto al inicio como al final del control, se consideró el registrado en la tarjeta de control maternal y corresponde a la clasificación, actualmente en uso y normada por el Ministerio de Salud, en que se calcula el índice peso/talla corregido por edad gestacional. Para el estado inicial no se consideró el peso de controles anteriores a las 12 semanas por ser un período afectado por la adaptación estructural del organismo materno. Se utilizó como fuente de datos la ficha de control maternal e historia clínica del niño. Se clasificó el estado nutricional "durante el embarazo" considerando simultáneamente el inicial y el final. Se incluyó en el grupo "E.N. adecuado para la lactancia", las mujeres que de normal se mantuvieron o pasaron a sobrepeso y las que iniciando el embarazo con sobrepeso lo mantuvieron o pasaron a normal; en "E.N. deteriorado para la lactancia", a las enflaquecidas, cualquiera haya sido su condición inicial; "E.N. intermedio para la lactancia", las que partieron enflaquecidas y terminaron su embarazo con sobrepeso o normal.

Resultados

Se trata de un grupo de mujeres jóvenes, la mitad con menos de 25 años (ninguna menor de 15), un 22% entre 25 y 29 años y sólo un 13,3% más de 34 años. Para una de cada 3 mujeres este era su primer hijo; el nivel de instrucción muestra un 43% con 5 a 8 años de escolaridad y un porcentaje similar con 9 y más. En cuanto al estado nutricional: la distribución de las embarazadas al inicio y al final es prácticamente igual, repartidas por tercio en las categorías normal, enflaquecida y sobrepeso. Sin embargo, al analizar la clasificación simultánea los cam-

bios son importantes: 22,40% de las enflaquecidas mejora su condición; un 14,40% que lo inició normal terminó enflaquecida; un 20,40% con sobrepeso inicial llegó al parto normal, y un 2,20%, enflaquecida. Analizado de otra forma, sólo un 640% mantiene un E.N. "adecuado" a la lactancia; un 6,80% "intermedio" y el 29,30% restante, con "deterioro". El promedio de incremento semanal fue de 410 g. con un mínimo de 100 y máximo de 600 g. Una proporción no despreciable, 15,40%, presentó un incremento inferior a 250 g. y un 19,10% entre 250 y 349 g. a la semana; en el otro extremo un 400% incrementó 450 g. o más.

El promedio de amamantamiento de estos niños fue de 4,6 meses y la mediana, de 3,5. Un 12,30% no recibió leche materna, la cuarta parte entre 1 y 2 meses, igual proporción entre 3 y 5 meses, por lo tanto, algo más de un tercio logró el tiempo esperado de 6 ó más meses. Estas cifras no se modifican con la edad, paridad, nivel de instrucción de la madre, excepto que las madres de 25 a 29 años logran, en mayor proporción, sobrepasar los 6 meses. En relación al peso del recién nacido la situación es heterogénea, en este grupo, a menor peso, mayor prolongación de la alimentación natural; quienes pesaron menos de 3.000 g. en un 700% sobrepasaron los 6 meses, los de 3.001 a 4.000 g. lo hacen sólo en un 6,90% y ninguno de los de más de 4.000 g.

Relación estado nutricional y prolongación de lactancia natural: al considerar el E.N. al parto (normal, sobrepeso, enflaquecida) éste no determina diferencias significativas en el período de amamantamiento. Lo mismo ocurre al clasificar las mujeres según E.N. durante el embarazo; el que éste sea "adecuado", "deterioro" o "intermedio" no influye en la lactancia. No ocurre lo mismo al considerar el incremento promedio semanal de peso durante el embarazo al clasificar las embarazadas en incremento "Bajo", "Normal", y se encuentran diferencias estadísticamente significativas: una mayor proporción de madres con incremento bajo, presentan la cifra más alta de niños que no recibieron pecho, 170% comparado con un 10,10% cuyas madres incrementaron lo definido como normal; una lactancia de 6 ó más meses es más frecuente en madres con incremento superior a 350 g. (41,20%). También es significativamente más alta la proporción de niños con 3 ó más meses en mujeres con incremento superior a 350 g. Estos resultados son consecuentes con los promedios de incremento obtenidos en cada período de lactancia: 374 g. en los sin lactancia; 382 en el grupo con 1-2 meses; 436 g. con 3-5 meses y 446 g. en el grupo de 6 meses o más.

TABLA Nº 1

**DISTRIBUCION DE LAS EMBARAZADAS SEGUN ESTADO NUTRICIONAL
AL INICIO Y FINAL DEL CONTROL MATERNAL**

Estado Nutricional Inicial	Estado Nutricional Final			Total	
	Enflaquecida o/o	Normal o/o	Sobrepeso o/o	Nº	o/o
Enflaquecida	77,6	20,0	2,4	125	100
Normal	14,4	68,6	17,0	153	100
Sobrepeso	2,2	20,4	77,4	137	100
Total	29,4	38,1	32,5	415	100

Nº de casos 122 158 135

TABLA Nº 2

**INCREMENTO PROMEDIO SEMANAL DEL PESO DE LA EMBARAZADA
Y PERIODO DE LACTANCIA**

Período Lactancia Materna (meses)	Incremento Semanal			Total o/o
	Bajo – 350 o/o	Normal 350 – 449 o/o	Elevado 450 y más o/o	
0	17,0	8,1	11,2	12,3
1 – 2	28,4	27,9	18,0	24,2
3 – 5	23,4	21,6	30,4	25,7
6 y más	31,2	42,4	40,4	37,8
Total	100	100	100	100

Nº de casos 141 111 161 413*

* Se excluyen 2 casos ignorados.

30. NUTRICION MATERNA EN UN AREA MARGINAL Y SU INFLUENCIA EN EL RECIEN NACIDO

Srs. Ilse López, Miriam Gelman, Dr. Francisco Olivari, Margarita Koporcic, Jorge Gutiérrez, Trinidad Achondo, Genoveva Figueroa y Dra. Haydée Sepúlveda
(Escuela de Salud Pública, Facultad de Medicina, Universidad de Chile y Consultorio La Pincoya, Servicio de Salud Metropolitano Norte)

El buen estado nutricional durante la gestación contribuye a disminuir los riesgos del feto y del recién nacido. Se ha probado la gran influencia que éste tiene, especialmente en el peso del niño el que, a su vez, es condicionante de riesgos inmediatos en el período perinatal y su posterior desarrollo.

En un estudio realizado recientemente por Raby y cols., en un grupo de mujeres y sus hijos controlados en un consultorio del Servicio de Salud Sur Oriente de Santiago, se encontró que, entre otros factores maternos, un índice peso/talla inicial y final en el embarazo inferior a 900/g; y un incremento inferior a 250 gr. por semana son indicadores de riesgo de bajo peso de nacimiento.

Con la intención de medir lo que ocurre en otro sector geográfico de la Región Metropolitana se diseñó un estudio cuyos objetivos son: 1) Describir las características generales de las embarazadas del estudio; 2) Evaluar el estado nutricional inicial y final a la gestación; 3) Determinar la influencia del estado nutricional materno en algunas características del Recién Nacido.

Se incluyó un total de 514 binomios, embarazada y su hijo, controlados en el Consultorio La Pincoya del Servicio de Salud Metropolitano Norte. Las embarazadas se seleccionaron de acuerdo a la edad gestacional al primer control, el que debía ser inferior a 17 semanas, y el último control hasta 28 días antes del parto. Se consideró el control anterior más cercano a las 16 semanas a fin de evitar las modificaciones naturales que se producen en el organismo materno en el primer trimestre de la gestación. Se excluyen embarazos gemelares y abortos. Para determinar el estado nutricional de la embarazada se utilizó el índice peso/talla corregido por edad gestacional y se usó la denominación en uso y normada por el Ministerio de Salud. El incremento promedio semanal se calculó dividiendo la diferencia de peso entre el control final o anterior al parto y el considerado inicial, por el número de semanas transcurridas entre ambas.

Los resultados indican que se trata de un grupo de mujeres en que la edad promedio es de 26,4 años, la gran mayoría (81%) tiene entre 18 y 34 años; sólo un 7% menos de 18 años y un 11,1% más de 34, ambos grupos considerados de mayor riesgo. La paridad indica que una de cada tres mujeres esperaba su primer hijo, una proporción semejante el segundo y el tercio restante, el tercero o más. La estatura de las embarazadas no difiere de la descrita para otros grupos estudiados recientemente en el país, el promedio es de 153,8 cm. y la mediana 152 cm., un 21% mide menos de 150 cm., estatura considerada de riesgo obstétrico y para el niño, mayor probabilidad de bajo peso.

Al iniciar el embarazo la distribución mostraba un tercio de las embarazadas con déficit nutricional; éste se repartía entre enflaquecidas (17,8%) y sub-normales (12,6%), otro tercio era normal y el resto presentaba sobrepeso. Al final del embarazo, la distribución general de mujeres no mostraba novedades con respecto al inicial. Sin embargo, esto no debe interpretarse como estado nutricional (E.N.) estacionario, ya que se trata de las distribuciones simples en el momento inicial y final.

Por otra parte, el incremento promedio semanal fue de 385,4 g., cifra levemente inferior a la propiciada por el Ministerio de Salud para mujeres normales entre 10 y 40 semanas de gestación. Un 17% presenta un incremento inferior a 250 g., lo que se considera de riesgo. En el otro extremo de la distribución un tercio presenta un incremento superior a 449 g. el que, según estado inicial, podría ser exagerado.

En cuanto a la relación estado nutricional (E.N.) inicial y final, se observa que el tercio de embarazadas que presentaba déficit, ya sea calificado como enflaquecida o subnormal, el 75,8% de ellas no modificó su condición aún cuando recibiera alimentación complementaria según programa.

Del grupo de embarazadas con E.N. normal al inicio del embarazo, un 18,1% bajó su calificación nutricional, a subnormal un 14,4% y a enflaquecida un 3,7%.

Estas cifras están indicando que si bien una de cada cuatro mujeres, que inicialmente presentaban déficit nutricional, mejoraron su condición, al contrario, una proporción no despreciable deterioró su E.N., lo que explica la mantención de las cifras en las distribuciones inicial y final, descrita anteriormente.

Se relacionó el estado nutricional inicial de la embarazada con el peso al nacer del niño, la talla, la edad gestacional, tipo de parto; de ello se puede concluir que las diferentes condiciones nutricionales al comienzo de la gestación no determina diferencias en ninguna de estas variables, excepto en la talla del recién nacido. Las mujeres que iniciaron el embarazo enflaquecidas o con E.N. subnormal producen una proporción significativamente mayor de niños con talla inferior a 49 cm. en comparación con las de E.N. normal y sobrepeso. Las cifras observadas fueron de 23,20/o y 13,40/o, respectivamente.

Con respecto a un E.N. deficiente, éste aparece determinando diferencias significativas en las cuatro variables mencionadas: un mayor porcentaje de R.N. con peso bajo o insuficiente (34,10/o) en comparación con un E.N. normal o sobrepeso (18,50/o). Una mayor proporción de niños con talla inferior a 49 cm. (25,20/o) en relación al 12,50/o observado en las demás mujeres y una mayor proporción de niños con edad gestacional inferior a 38 semanas, 13,60/o, en el resto fue de 8,20/o. Los partos vaginales, en cambio, son más frecuentes en mujeres con E.N. normal y subnormal (81,20/o) que en las enflaquecidas (72,50/o) y con sobrepeso (75,30/o).

Por otra parte, se relacionó el incremento promedio semanal de peso con las mismas variables del niño mencionadas anteriormente. En cuanto a éste, se puede decir que al considerar el grupo de mujeres con incremento inferior a 250 g. en comparación con el resto de mujeres, no se observaron diferencias en el tipo de parto ni en la edad gestacional, pero sí determina proporciones significativamente mayores de niños de bajo peso y peso insuficiente. La cifra para este grupo, es de 36,80/o, mientras que en el resto de las mujeres sólo se observó un 21,90/o. También se observan porcentajes más altos de niños con talla inferior a 49 cm., un 25,30/o en comparación con el 14,20/o del resto.

Si se consideran sólo las embarazadas que lograron incrementar menos de 150 g., las diferencias descritas se hacen más evidentes y aun son significativamente más probables los partos no vaginales y los nacimientos con edad gestacional inferior a 38 semanas.

Los resultados permiten concluir que la vigilancia permanente durante el embarazo del E.N. de la mujer, y más específicamente el incremento semanal de peso, se hace indispensable, ya que al no lograr que este último sea superior a 250 g., los riesgos para el niño aumentan notablemente.

Cabe recordar que este es un grupo de mujeres que controló su embarazo y que además podían ser beneficiarias del programa de alimentación complementaria. Surge entonces la necesidad de investigar qué sucede con el arroz y la leche que estas mujeres reciben, de modo de influir positivamente en su buena utilización y mejor aprovechamiento. Podría ocurrir que la educación impartida sobre las razones y cómo debe utilizarse no sean claras o sean insuficientes.

TABLA Nº 1

**ESTADO NUTRICIONAL FINAL DE LA EMBARAZADA Y CARACTERISTICAS
DEL RECIEN NACIDO**
(% de niños)

Características del Recién Nacido	Estado Nutricional Final		Total	
	Enflaquecido o Sub Normal	Normal o Sobrepeso		
	% (n ₁)	% (n ₂)	%	n
Bajo peso o peso insuficiente	34,1 (138)	18,5 (346)	22,9	(484)
Talla inferior 49 cm.	25,2 (147)	12,5 (344)	16,3	(491)
Menos de 38 semanas de gestación	13,6 (147)	8,2 (353)	9,8	(500)
Parto vaginal	81,2 (1) (266)	74,4 (2) (246)	78,2	(512)

(n₁): Total de enflaquecidos o sub normales

(n₂): Total normales o sobrepeso. Los diferentes totales se deben a la falta de datos

(1): Incluye subnormales y normales

(2): Incluye enflaquecidos y sobrepeso.

TABLA Nº 2

**INCREMENTO PROMEDIO SEMANAL, DE PESO Y CARACTERISTICAS
DEL RECIEN NACIDO**
(% de niños)

Características del Recién Nacido	Incremento (g)		Total n = 498
	- 250 g. n = 87	250 g. y + n = 411	
Bajo peso o peso Insuficiente	36,8	21,9	24,5
Talla - 49 cm.	25,3	14,2	16,1
	Incremento (g)		Total n = (518)
	- 150 g. n = 25	150 g. y + n = 493	
Parto vaginal	52,0	79,3	79,2
Menos de 38 semanas de gestación	20,8	9,4	9,8

31. CUMPLIMIENTO DEL PROGRAMA NACIONAL DE ALIMENTACION COMPLEMENTARIA EN EMBARAZADAS URBANAS

Drs. Ana M. Kaempffer, Ximena Aguilera, Patricia Frenz y Carmen Morales
(Escuela de Salud Pública, Facultad de Medicina, Universidad de Chile)

La importancia del estado nutricional en el curso y resultado del embarazo ha sido reconocida en muchos trabajos. Se ha establecido que un estado deficitario previo, así como incremento insuficiente se correlacionan con bajos pesos de nacimientos. La ganancia ponderal total recomendada (12 kgs. según FAO-OMS), se distribuyen entre el feto, placenta, cambios compensatorios y reservas de grasas necesarias para la lactancia.

Una forma habitual de alcanzar estos objetivos ha sido la implementación de programas de alimentación complementaria. En Chile, el Programa Nacional de Alimentación Complementaria (PNAC) existe de hace varias décadas, y ya en 1952 se amplió a embarazadas y nodrizas. A través de su historia ha sufrido diversas modificaciones, variando la cobertura y composición de la entrega. Actualmente se ha incorporado el concepto de poblaciones en mayor riesgo, restringiéndose a niños menores de 5 años y embarazadas. Los alimentos entregados a las embarazadas de peso normal, sobrepeso y obesas consiste en 1 kilo de leche descremada mensual; en caso de bajo peso, 4 kgs. de arroz más 2 kgs. de leche al 260/o mensual, y cuando existe incremento insuficiente en la embarazada normal se entrega 4 kgs. de arroz y 1 kg. de leche al 260/o.

Desde Marzo del presente año se introdujo una curva de incremento ponderal para catalogar estados nutritivos (E.N.) para así entregar los alimentos conforme a las normas programáticas e instruir a la embarazada, destacándose los riesgos del bajo peso y la obesidad.

Propósito

Estudiar el cumplimiento del PNAC en el Programa Materno y su efecto en modificar Estados Nutritivos Anormales.

Material y Método

Se tomó el número total de mujeres que tuvieron partos en Agosto de 1987, controladas en un Consultorio Periférico del Area Norte de Santiago. Se analizó retrospectivamente el embarazo, la indicación y retiro de los alimentos, usando las fichas maternas y entrega de leche y arroz. En cada uno de los casos se confeccionó la curva de incremento ponderal de acuerdo a la norma ministerial, comparándola con la hecha en el consultorio y corroborando que la entrega de alimentos fuese la adecuada a la prescripción.

Resultados

Se estudió un total de 55 casos. La mayor parte (780/o) se encontraba en edad reproductiva adecuada (19 a 34 años). El 650/o poseía algún grado de educación secundaria, lo que está por sobre el promedio nacional, y el 530/o no tenía previsión.

Destacó la gran incidencia de patologías del embarazo y de antecedentes de mala historia obstétrica, los que estaban presentes en el 670/o de los casos y consistían en:colestasia intrahepática del embarazo, síndrome hipertensivo del embarazo, anemia, infección urinaria, embarazo con DIU, polihidramnios, edad gestacional dudosa al final de la gestación, embarazo gemelar, incompatibilidad RH, VDRL positivo y desnutrición al inicio del embarazo.

La evaluación nutricional al inicio de los controles mostró un 450/o de embarazadas de peso normal, 420/o de bajo peso y un 130/o de obesas.

El instrumento usado para graficar las curvas de incremento ponderal (ver anexo) establecidas por el Ministerio fue de difícil manejo debido a su reducido tamaño y lo irregular de su impresión.

La distribución de los pesos de nacimiento de acuerdo a la paridad fue la esperada, con mayor proporción de bajo peso de nacimiento en paridades extremas.

Iniciaron sus controles tardíamente (después de las 16 semanas) el 45% de los casos. Se observó que las gestantes de E.N. normal, así como las primigestas, tendían a iniciarlos precozmente (más del 60%), en cambio las de bajo peso en un 67% lo iniciaron en forma tardía.

Al analizar el peso de nacimiento en relación al E.N. del inicio de los controles (Tabla 1), se observó que las embarazadas de bajo peso en un 22% tuvieron R.N. de peso inferior a 2.500 grs. y sólo en un 56% tuvieron recién nacidos de peso adecuado, a diferencia de las normales con 68% de peso adecuado de nacimiento.

La indicación del PNAC fue adecuada en el 82%, los errores se produjeron casi siempre en el sentido de no dar alimento adicional a las embarazadas de E.N. normal con bajo incremento y dos casos de bajo peso mal catalogados.

El retiro fue adecuado (retirando más del 90% de las veces indicadas) en el 69% de los casos. Se observó que las mujeres de bajo peso que llegaron a normalizar su E.N. fueron las que mejor retiraron (86% de retiro adecuado), a diferencia de las que se mantuvieron en bajo peso, que retiraron bien en un 75%. El grupo con peor retiro fue el de las obesas (Tabla 2).

El 45% de las mujeres tuvo incrementos ponderales adecuados (90-100% de lo esperado en cada control). Al analizarlo según E.N. se vio que el 70% de las embarazadas de bajo peso tuvo muy mal incremento (menos de 75% de lo esperado).

Al tratar de objetivar la calidad de atención a través de la solicitud de exámenes de rutina, se vio que sólo un 32% de los casos tenían registrados la totalidad de ellos, o sólo les faltaba uno, que fue lo que se consideró como "buena calidad".

El grupo de mujeres estudiadas poseía un buen nivel de escolaridad, pero con antecedentes de mala historia obstétrica y patologías del embarazo en muy elevada incidencia, con 45% de embarazadas que iniciaron tardíamente su control y que son desnutridas en un 42%.

A esta población beneficiaria se les indicó la alimentación complementaria en forma correcta en el 82%; sin embargo, el retiro de los alimentos fue insatisfactorio (69%). De esto se desprende la necesidad de dar mayor énfasis a la educación, ya que se vio que existe relación entre retiro y normalización de E.N.

Dada la alta incidencia de patologías del embarazo junto con un alto porcentaje de R.N. de bajo peso, sería recomendable un control más acucioso de la gestación para prevenir y detectar precozmente toda anomalía.

TABLA Nº 1

**PESO DE NACIMIENTO DE ACUERDO AL ESTADO NUTRITIVO
AL INICIO DE LOS CONTROLES**

Peso del Recién Nacido (g)	Estado Nutritivo Inicial						Total No o/o	
	Bajo Peso	o/o	Normales	o/o	Obesas	o/o		
< 2.500	5	22	1	4	—		6	11
2.501 – 2.900	2	9	5	20	1	14	8	15
3.000 – 3.900	13	56	17	68	6	86	36	65
> 4.000	1	4	1	4	—		2	4
No especificado	2	9	0		—		3	5
Total	23	100	25	100	7	100	55	100

TABLA Nº 2

**RETIRO DE ACUERDO AL ESTADO NUTRITIVO AL INICIO
Y FIN DE LOS CONTROLES**

	Estado Nutritivo				Retiro Adecuado (90-100%)
	Inicial		Final		
	No	%		No	%
Bajo peso	23	42	Bajo peso	16	70
			Normal	7	30
			Obesas	0	—
Normales	25	45	Bajo peso	1	4
			Normal	15	60
			Obesas	9	36
Obesas	7	13	Bajo peso	0	—
			Normal	0	—
			Obesas	9	100
Total				55	
					Global 69%

32. PRINCIPALES FACTORES ASOCIADOS A LAS INFECCIONES INTRAHOSPITALARIAS EN LA UNIDAD DE PUERPERIO DEL HOSPITAL SÓTERO DEL RÍO SEPTIEMBRE-NOVIEMBRE 1986

Sras. Yolanda Parada y Ana Ayala
(Servicio de Salud Metropolitano Suroriente)

Durante el año 1985 las Infecciones Intrahospitalarias (I.I.H.) en las Unidades de Puerperio, alcanzaron una tasa de 2,60/o a nivel nacional (según Ministerio de Salud).

En el S.S.M.S.O., Unidad de Puerperio de la Maternidad del Hospital Sótero del Río, la tasa anual alcanzada fue de 4.4 (1.742 casos y 16.735 egresos durante el año).

La diferencia entre las cifras nacionales y las muestras nos motivó a investigar cuáles eran las posibles causas de I.I.H. en el Puerperio de nuestra Maternidad, teniendo presente que estas infecciones constituyen hoy en día un importante problema de Salud Pública, no sólo para las pacientes sino también para la comunidad y el país.

Material y Método

El diseño corresponde a un estudio de Casos y Controles.

Se definen como casos a las pacientes púrpas de Parto Eutócico y Cesárea que hayan presentado I.I.H. y que prolongan su estadía más de tres días en el primer caso, más de cuatro días en el segundo.

Se definen como I.I.H. aquellos procesos infecciosos generales o localizados en determinados órganos o regiones anatómicas que ocurren durante la permanencia o concurrencia de un paciente al Hospital.

Se considera en el grupo Control a toda púrpas que no presenta I.I.H. y su estadía es de hasta 3 días en caso de parto normal y 4 días en caso de cesárea.

Para la toma de muestra se realiza un muestreo aleatorio simple, estratificado por fecha de parto, considerando a aquellos ocurridos durante Septiembre a Noviembre de 1986 en la Maternidad del Hospital Sótero del Río.

Para la recolección de los datos correspondientes a 88 casos y 91 controles, se revisan las fichas clínicas con los antecedentes de la hospitalización y las Tarjetas de Notificación de Infecciones Intrahospitalarias.

Para la recopilación de antecedentes se diseña un instrumento que se prueba en el 100/o de la muestra y realizadas las modificaciones pertinentes se aplica al total.

Se revisan variables que comprenden antecedentes personales del Pre-Parto, Parto y Puerperio.

Ambos grupos se parean por fechas de parto, hora de nacimiento, paridad y tipo de parto.

Resultados

Se investigan 12 variables citadas en la literatura como factores de riesgo asociados a las I.I.H. en período de puerperio.

Se observa que la mayor frecuencia de I.I.H. en púrpas se presenta en el grupo de mujeres de 19-24 años (50/o) y primigesta (75/o). El inicio de la infección se produce a menos de dos días después del parto en un 45,20/o de los casos.

La I.I.H. más frecuente fue la "Endometritis" con un 45,80/o, cifra superior a la descrita en la literatura. Un 13,50/o correspondió a Episiotomías Infeccionadas y un 9,30/o a Heridas Operatorias; un 220/o se diagnostica como Infección Ovular y 6,30/o presentan Infección Urinaria.

Entre los antecedentes maternos resulta significativo el número de tactos realizados durante el período de Pre-Parto, siendo mayor el riesgo de Infección Puerperal en las pacientes en que se realizaron más de 5 tactos vaginales.

En relación al lugar de resolución del parto, presentan el mayor riesgo de I.I.H. las pacientes asistidas en Pabellón y que fueron sometidas a Forceps o Cesárea.

Entre los factores de riesgo asociados a procedimientos realizados resultaron significativos: las maniobras de revisión instrumental (el mayor riesgo), la Especuloscopia y la Amniocentesis. En los casos las madres fueron asistidas en un 100% con ropa estéril.

De las puérperas que presentaron I.I.H. en un 84,6% permanecen más de 4 días hospitalizadas, lo que genera un aumento del gasto para el Servicio, significando para la madre una mayor intranquilidad por el alejamiento de su grupo familiar.

Comentario

Este estudio nos permitió identificar con mayor precisión los factores de riesgo asociados a las Infecciones Intrahospitalarias en puérperas, lo que nos permite replantear las normas establecidas en las Unidades de Pre-Parto y Pabellón Quirúrgico.

TABLA Nº 1
FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LA
INFECCION INTRAHOSPITALARIA

Factores de Riesgo		Riesgo Relativo	P. Azar (X^2)
Nº de tactos vaginales	Más de 5 tactos	6,6	0.05
Tipo de parto resuelto en Pabellón	Cesárea	1,5	0.05
	Forceps	1,2	0.05
Contaminación del Campo estéril		2,9	0.05

TABLA Nº 2
FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A I.I.H.
POR PROCEDIMIENTOS REALIZADOS

Procedimiento	Riesgo Relativo	P. Azar (X^2)
Revisión Instrumental	3,4	0.05
Especuloscopia	1,9	0.05
Amniocentesis	1.4	0.05

33. PARTO DOMICILIARIO

Dra. Gloria San Miguel, Matr. Carmen Rubilar y Enf. Virginia Echeverría.
(Hospital Lautaro, Servicio de Salud Araucanía)

Para este estudio se seleccionan las comunas de Lautaro y Perquenco que cuentan con 12 Postas y 13 Auxiliares Rurales y presentan porcentajes de población similares a los de la Región, existiendo aún un sector atendido por 7 estaciones médico rurales que no cuentan con asistencia permanente de un paramédico.

La concepción del parto como un evento natural, y la ausencia de percepción de riesgo en él, condicionan a la mujer rural —aún sin experiencia previa (primípara)— una conducta de seguridad que la lleva incluso a la autoatención, realizando maniobras de relativa complejidad tales como: sección y ligadura del cordón umbilical, posición fisiológica para prevención de grietas perineales, etc., de manera que el concepto de alto riesgo de morbilidad y mortalidad materna y del RN. que implica el parto en domicilio, no es percibido así por la población rural que constituye el 43,50% de la IX Región, con un 70% de ella de ascendencia mapuche, sector que mantiene gran parte de sus propios valores culturales y que percibe y categoriza el mundo de una forma diferente a la nuestra, no determinando como opción prioritaria la atención del parto en Hospital.

Objetivos

- Conocer factores y causas que condicionan el parto domiciliario en las comunas de Lautaro y Perquenco.
- Evaluar el impacto que las actividades educativas del Auxiliar Rural, en relación al parto con atención profesional y atención del RN. ha producido en la comunidad.
- Establecer una comparación del porcentaje de partos domiciliarios en sectores con Posta Rural y sin ella.

Material y Método

Se analizaron 198 Auditorías de Parto en domicilio ocurridos entre el 1º de Julio de 1984 y el 30 de Junio de 1987.

Se estudiaron 28 variables.

Resultados

Domicilio: El 99,90% vive fuera de los límites urbanos de las comunas y de ellos, un 54% en sector dependiente de Posta Rural. El 46% está fuera del radio de acción del Auxiliar Rural.

Ascendencia: De este grupo de mujeres con parto domiciliario, el 67,20% tiene ascendencia mapuche.

Estado Civil: El 61,10% tiene relación formal de pareja (casadas); si a ellas agregamos las mujeres que tienen pareja con la cual conviven (21,20%), se llega al 82,30% del universo. El 17,70% son solteras sin pareja estable.

Grupos etáreos: El 79,20% tiene entre 15 y 34 años. No se registra primiparidad precoz (menor de 15 años).

Escolaridad: El 19,70% de las madres es analfabeta y sólo el 3,53% tiene algún curso de educación media.

Actividad: El 98,50% desarrolla labores de casa y los progenitores trabajan en labores agrícolas en pequeños predios, en un 53,50%.

Antecedentes mórbidos: De estas mujeres el 65,10% no tiene patologías previas y el 25,20% de los progenitores presenta antecedentes de alcoholismo.

Antecedentes de partos domiciliarios: El 39,90% presenta antecedentes de partos domiciliarios previos; de ellos, el 30,40% tuvo todos sus partos sin atención profesional.

Del total del grupo en estudio, el 15,60% era primípara.

Control prenatal: En relación al embarazo actual, el 81,80/o fue controlado en Posta, Estación Médico Rural o Consultorio Urbano. De ellas, el 43,20/o asistió a 4 controles o menos y sólo el 1,90/o se controló 9 a 11 veces.

Derivación: Recibió indicaciones de traslado el 700/o, siendo la primera causa de rechazo a esta derivación el no poder dejar los hijos solos.

Un 290/o cumple con la derivación, pero es devuelta por diversas causas:

- Falta de camas en CER y Hospital.
- Fecha de parto posterior a la establecida.
- Estando en CER solicita autorización para visitar su hogar y no regresa.

La causa más relevante por la cual la embarazada no llega a tener su parto en Hospital está dada en un 560/o por la dificultad de traslado, ya que la hora del parto ocurre entre las 20 y las 8 horas en un 63,60/o.

Atención del parto domiciliario: El 21,70/o lo efectúa la mujer sola; el 140/o es ayudada por su esposo; el 6,70/o, por partera; un 6,60/o de estas mujeres solicita la atención del Auxiliar Rural, sólo un tercio de ellas lo hace antes del parto y es atendida por él.

En el resto de las pacientes (50,10/o) hay una gran dispersión en cuanto al agente que realiza la atención.

Recién nacido: Aún cuando el 99,10/o de los RN. nace vivo, el 200/o presenta llanto tardío.

Distribución en el año: Llama la atención la distribución mensual de los partos domiciliarios, sobresaliendo en número los meses de Enero, Septiembre y Octubre.

Conclusiones y Sugerencias

Todos los recién nacidos de parto en domicilio que presentan llanto tardío, deberían referirse a Control de Niño Sano, registrando este antecedente con el fin de ser incorporado al Programa de Estimulación de Desarrollo Sicomotor.

Realizar estudio antropológico que permita conocer las verdaderas razones que impiden la llegada de la embarazada al Hospital.

De lo anterior deberían desprenderse modificaciones al formulario de Auditoría de Parto en Domicilio con el propósito de identificar causas y orientar la educación.

Del total de los partos domiciliarios analizados, el 460/o corresponde a mujeres que viven fuera del radio de acción del Auxiliar Rural.

TABLA Nº 1

RAZONES DE NO ATENCION PROFESIONAL DEL PARTO

	o/o
1. Los partos anteriores fueron en domicilio	10,1
2. Dificultad para trasladarse al Hospital	56,7
3. No está el marido en casa	1,0
4. Considera deficiente la atención en el Hospital	3,4
5. Otras razones	25,8
6. No registrado	3,0
Total	100,0

TABLA Nº 2

ATENCION DEL PARTO

	o/o
Partera	6,7
Esposo	14,0
Auxiliar Rural	2,5
Sola	21,7
Otros	50,1
Total	100,0



34. PARTOS SIN ATENCION PROFESIONAL EN LA IV REGION

Matr. Nevenka Eterovic, Drs. Grethel Muller y Hugo Molina
(Departamento Programa de las Personas, Servicio de Salud Coquimbo)

La atención profesional del Parto ha experimentado un considerable incremento, como resultado de las políticas de salud en los últimos 15 años. En efecto, en la IV Región del país, de porcentajes del orden de 71,60% en 1971, se han alcanzado valores de 96,60% en 1986. Sin embargo, aún persiste un importante número de partos que ocurren sin atención profesional (PSAP), por lo que el Servicio de Salud Coquimbo consideró de interés efectuar un análisis individual de cada uno de estos partos, con el objeto de determinar los factores que pudieran haber influido en su ocurrencia. El presente trabajo expone y comenta los datos obtenidos durante el año 1986.

Material y Métodos

Para el presente trabajo se procedió a encuestar cada uno de los partos ocurridos durante 1986 sin atención profesional en la IV Región, los que alcanzaron un total de 358, considerando la posterior corrección de las cifras entregadas por el Servicio de Registro Civil e Identificación, según antecedentes proporcionados por los respectivos hospitales. Dicha encuesta fue efectuada por un integrante del equipo de salud rural del establecimiento asistencial correspondiente. Se encuestaron 228 partos, lo que corresponde al 63,70% del total de partos sin atención profesional. La información recopilada se separó según la provincia a la que pertenecen dichos establecimientos.

Las provincias que constituyen la IV Región son: Elqui, Limarí y Choapa, teniendo las últimas dos un mayor porcentaje de población rural.

Resultados

Del total de 10.336 partos ocurridos en el año 1986 en la IV Región, 358 no recibieron atención profesional. La provincia de Elqui tiene sólo un 1,10% de PSAP, mientras que las provincias de Limarí y Choapa tienen porcentajes de alrededor del 60%. En los PSAP encuestados no se observan grandes diferencias según su distribución por provincias. Las tres cuartas partes de dichos partos ocurrieron en población calificada como rural y un sexto en población urbano marginal. Con respecto a la disponibilidad de medios de comunicación y movilización, se encontró que un 60,50% y un 38,60% respectivamente, presentaban condiciones deficitarias.

La mayoría de las madres con PSAP (54,80%) residían a más de 10 kms. de distancia del Hospital de referencia, destacando la provincia del Choapa, en la que el 750% de las madres tenía su domicilio a más de 20 kms. de distancia.

De los antecedentes que podrían ser considerados adversos respecto a la posibilidad de demanda de atención durante el trabajo de parto, se aprecia que el 610% tenía partos anteriores sin atención profesional y un quinto de estas madres no controló su embarazo. No se observan diferencias de importancia en lo que se refiere al horario de ocurrencia del parto, pues se distribuyen por igual en horario diurno y nocturno. La rapidez con que se desarrolló el trabajo de parto, según la madre, muestra que en dos tercios de los casos fue inferior a las 4 horas.

De las razones aducidas por las madres para no haber demandado atención profesional, destacan con porcentajes sobre el 200% la falta de medios de movilización y el rechazo de la hospitalización (Tabla 2). Sólo un 2,10% de las madres encuestadas refirió carecer de la información necesaria.

Los partos fueron asistidos en su mayoría por familiares y en un 140% la madre no recibió colaboración de otros. Sólo un 7,90% de los partos presentó complicaciones (hemorragias y desgarros principalmente). Menos de la mitad de las madres se hospitalizó en el puerperio inmediato.

Comentario

Aunque el porcentaje de PSAP en la IV Región es bajo, en magnitud absoluta sigue siendo importante.

El presente trabajo tuvo el objetivo de identificar los factores que influyen en las madres para no demandar atención profesional del parto. La mayoría de estas madres residía en el sector rural, con déficit de los medios de comunicación, movilización, a más de 10 kms. de distancia del Hospital de referencia y tenían antecedentes de partos sin atención profesional.

Entre las principales razones dadas por las madres para no demandar atención figuran: la falta de medios de movilización, el rechazo de la hospitalización, la rapidez del trabajo de parto y el no querer dejar a los hijos solos. La mitad de las madres no fue hospitalizada en el puerperio inmediato, lo que sugiere que en dichas madres se mantienen las condiciones que dificultaron la atención profesional del parto.

El contar con estos antecedentes, permite identificar los grupos de mayor riesgo de PSAP, orientar las acciones del equipo de salud y mejorar la coordinación con los demás sectores con el objeto de aumentar aún más la cobertura de la atención profesional del parto.

TABLA Nº 1

**PARTOS SIN ATENCION PROFESIONAL EN LAS PROVINCIAS
DE LA IV REGION – 1986**

	Provincia Elqui	Provincia Limarí	Provincia Choapa	Total
Nº total de Partos	5.495	3.141	1.700	10.336
Nº de Partos sin Atención Profesional *	58	200	100	358
o/o de Partos sin Atención Profesional	1,1o/o	6,4o/o	5,9o/o	3,5o/o

* Corregidos por informe de los respectivos hospitales

TABLA Nº 2

**RAZONES ADUCIDAS POR LAS MADRES CON PARTOS SIN ATENCION PROFESIONAL
EN LAS PROVINCIAS DE LA IV REGION – 1986**

	Provincia Elqui o/o	Provincia Limarí o/o	Provincia Choapa o/o	Total o/o
Falta de Medios de Movilización	33,3	23,8	24,6	25,6
Falta de Medios de Comunicación	12,8	11,5	10,5	11,5
Rapidez del Trabajo de Parto	20,5	19,4	10,5	17,4
Por no dejar a los Hijos Solos	2,6	18,0	19,3	15,7
Falta de Información	2,6	2,9	—	2,1
No Quiso	23,1	20,1	22,8	21,3
Otras	5,1	4,3	12,3	6,4
Total	100,0	100,0	100,0	100,0

33. CONDUCTA SEXUAL Y PLANTEAMIENTO FRENTE AL FUTURO DE LA ADOLESCENTE EMBARAZADA

Juana Soto, Marcela Barría, Alejandra Zaninovic, M. Alessandra Zaccarí, Verónica Rojas,
Alejandra Phillippi, Verónica Loyola y M. Alicia Espinoza
(Departamento de Salud Pública, División Occidente, Facultad de Medicina, Universidad de Chile y
Asociación Chilena de Protección de la Familia (APROFA))

En el curso del final de este siglo, principios morales que fueron sólidamente sostenidos hasta hace algunas décadas, por ejemplo la necesidad de contraer matrimonio como requisito para la actividad sexual y la fidelidad, entre otros, son hoy día muy discutidos y a veces ridiculizados por la sociedad, en especial por los jóvenes quienes, incitados por el erotismo que invade la publicidad, la moda, los bailes y la liberalidad que observan en los mayores y entre sus pares, llegan a tener relaciones sexuales a edades muy tempranas, las que en muchos casos conducen al nacimiento de un hijo no siempre deseado.

En nuestro país en 1985, nacieron 35.606 niños cuyas madres eran menores de 20 años, lo que representa el 14,30% del total de nacidos vivos. Para manejar este problema en forma integral, es necesario conocer aspectos de la conducta sexual de la adolescente embarazada, conocimientos sobre anticoncepción, tipo de vínculo existente con el padre de su hijo, deseo de realización educacional y laboral a futuro y otros que se estudiaron en esta investigación.

Material y Método

Se encuestó, por medio de entrevista personal, a 496 embarazadas menores de 20 años, hospitalizadas en los Servicios de Obstetricia de los hospitales San Juan de Dios y Félix Bulnes, entre Diciembre de 1984 y Marzo de 1986.

Resultados

Un 28,60% de la muestra tuvo su primera relación sexual antes de los 15 años, destacando que 22 de las encuestadas (4,40%) la tuvieron a los 13 años o menos en las 3/4 partes del grupo la motivación de este primer contacto fue el amor y un 90% declaró que lo hizo por curiosidad. La relación causante del embarazo también fue motivada por el amor en igual proporción, ocupando el deseo de ser madre la segunda prioridad con un 13,70%, en especial entre las que estaban casadas.

Con respecto a la actividad sexual previa al embarazo se observó que un 90% tuvo una relación sexual única, siendo mayor la frecuencia en las menores de 16 años (19,40%), y en el grupo que no tenía vínculo afectivo con el padre del niño. El 100% de las encuestadas afirmó haber tenido dos o más compañeros sexuales, en especial las de mayor edad. El 97% conocía las consecuencias de una relación sexual y un 91% tenía información sobre métodos anticonceptivos, sin embargo, sólo una de cada 7 los usaba, siendo casi todas ellas casadas o con antecedentes de embarazo previo.

Al estudiar el planteamiento frente al futuro se observó lo siguiente: el niño estará a cargo de la pareja en cerca del 100% de las casadas y convivientes y en el 70% de las que pololeaban; 2 de 16 embarazadas que no tenían vínculo afectivo con el padre de su hijo manifestaron no saber quién se haría cargo de él.

Un 64% de las que pololeaban expresó la intención de casarse y un 11,60%, de convivir, lo que da un pronóstico de formación de familia en las 3/4 partes de este grupo. El estrato sin vínculo afectivo con el padre del niño no formará familia excepto en 1 caso.

La mayoría de las que tenían una relación de pareja estable (matrimonio o convivencia) piensa dedicarse a las labores de casa, en cambio las que no tienen vínculo afectivo proyectan trabajar en un 62,50%; las que pololeaban desean trabajar en casi un tercio de los casos (30%) y estudiar, un poco más de la cuarta parte (27%).

Entre el 63% y 74% de las que tenían vínculo afectivo con el padre de su hijo se manifestaron a favor de un nuevo embarazo, pero no en un futuro próximo, ya que un porcentaje alto (80% aproximadamente) afirmó que usará algún método anticonceptivo después del parto. Sólo un tercio de las embarazadas sin vínculo afectivo expresó el deseo de tener otro hijo a futuro.

36. UTILIZACION DE LA FICHA DE HISTORIA CLINICA PERINATAL SIMPLIFICADA (HCPS) EN LA MATERNIDAD DEL HOSPITAL PAULA JARAQUEMADA

Matr. Silvia Espinoza y Srs. Nelly Letelier, Patricia Echeverría y Vicente Solá
(Departamento de Salud Pública, División Sur, Facultad de Medicina, Universidad de Chile)

La Historia Clínica Perinatal Simplificada (HCPS) es un documento propiciado por el Centro Latino Americano y Desarrollo Humano del Uruguay, la OPS. y la OMS., como una respuesta de la constante búsqueda de tener un instrumento de fácil confección y manejo de datos e información en relación a los factores especialmente de Alto Riesgo Obstétrico-Perinatal. En Chile, a fines de 1986, se inicia la utilización de esta ficha en forma experimental en la Maternidad Paula Jaraquemada (SSM. Central).

Como primera parte de este estudio se realizó una Auditoría de la ficha (HCPS), además de una encuesta de opiniones del personal encargado de llenarla. Las conclusiones de dicho estudio demostraron aspectos deficitarios de su utilización y llenado, problemas que seguramente se corregirán con un buen manejo administrativo.

La ficha consta de una serie de ítems con datos de identificación de la gestante, antecedentes obstétricos previos a la gestación, antecedentes del desarrollo de la gestación actual, del parto, del puerperio y del Recién Nacido.

Durante los meses de Abril, Mayo y Junio se confeccionaron 1.600 fichas de mujeres embarazadas que se atendieron el parto en este Servicio. Se obtuvo una muestra aleatoria simple del 47% de la ficha: 751 en total.

Propósito

Utilizar la HCPS como instrumento de información en una investigación descriptiva sobre algunos factores de Alto Riesgo Materno-Perinatal durante el segundo trimestre del presente año en el Servicio Maternidad Paula Jaraquemada.

Objetivos

1. Describir la frecuencia relativa de Variables Biológicas y Socio-económicas aportadas por el instrumento (HCPS), de la población atendida en la Maternidad en el período en estudio.
2. Establecer algunas asociaciones entre Variables Biológicas y Socio-económicas de las gestantes y Recién Nacidos atendidos en el Servicio.
3. Establecer la importancia de registrar la información relacionada con la atención Obstétrica-Perinatal utilizando este tipo de documento.

Resultados

De las Variables Socio-económicas consideradas de interés, como edad, estado civil, escolaridad de las gestantes, se encontró que la población que se atiende en el Servicio, la mayoría son mujeres jóvenes de 20 a 29 años, aproximadamente el 60%, y el grupo de adolescentes de 19 años y menos, corresponde al 15%.

Del estado civil: el 70% está constituido por las casadas (63,7%) y por las uniones de parejas estables (7,8%).

De la escolaridad: la población tiene un alto nivel, 56% con educación media y superior, el 35%, básica. El analfabetismo es casi nulo (0,8%).

Relacionando la edad con el estado civil y el número de gestas, tenemos que no se observan diferencias entre las primigestas solteras en el grupo de 15 a 24 años (74,3%) y el grupo de las casadas (74,4%). En cambio, en las multigestas, el grupo de solteras no alcanza el 16%, siendo el resto casadas o con unión estable.

En la relación edad, estado civil y escolaridad, la mayor frecuencia está dada por las mujeres casadas con estudios secundarios (45,5%).

Llama la atención que la condición de embarazada soltera es el doble en el grupo de mujeres con educación secundaria que en el grupo con educación básica.

De las Variables Biológicas: del grupo estudiado, el 58% eran multigestas (439 mujeres); en los antecedentes obstétricos previos se observa que las multíparas de 1 ó 2 partos previos, estos fueron partos vaginales eutócicos, pero a medida que aumentan las gestaciones (4 y más), aumenta el antecedente de aborto.

De la Patología observada durante el Embarazo-Parto y Puerperio, el 35% no presenta cuadros mórbidos; el 65% presenta 1 ó más patologías simultáneas (hasta 4 estados mórbidos). Los diagnósticos más frecuentes fueron: Rotura Prematura de Membranas (16,1%), Anemia Crónica (14,6%), Pre-eclampsia (8,8%), CIE. (7,6%).

Asociada esta variable a la edad, tenemos que la mayor frecuencia de Pre-eclampsia y Anemia se encuentra en mujeres jóvenes menores de 24 años, contrariamente a la CIE que se observa con mayor frecuencia en edades de 24 y más años.

En cuanto a la forma de término del embarazo, tenemos que el 71% fue parto normal, el 25%, operación cesárea, y el resto, fórceps.

En relación al Recién Nacido, el 72% pesó 3.000 gr. y más al nacer; el 90% fue diagnosticado como A.E.G. en cuanto a la patología observada, el 82% no la presentó y el resto (18%) presentó en primer lugar Infecciones; en segundo lugar, Hiperbilirrubinemia y tercero, Síndrome Aspirativo.

Comentarios

Los resultados obtenidos en las variables estudiadas, no se aparta grandemente de las cifras nacionales, reflejaron el buen nivel de la población atendida por este Servicio, especialmente en variables como escolaridad y estado civil. De las Variables Biológicas refleja la calidad de la atención de Salud programada.

Consideramos de utilidad la ficha (HCPS) para este tipo u otro Estudio Epidemiológico.

Consideramos que de corregirse los aspectos deficitarios encontrados en la Auditoría efectuada previamente de esta ficha, mediante un buen manejo administrativo de ella será de utilidad y cumplirá los fines para los que ha sido propuesta.

TABLA Nº 1

**DISTRIBUCION ETARIA, ESTADO CIVIL Y ESCOLARIDAD DE GESTANTES
ATENDIDAS EN MATERNIDAD PAULA JARAQUEMADA.
(ABRIL – MAYO – JUNIO – 1987)**

Edad Años	Educación Primaria				Educación Secundaria				Total	
	Soltera		Casada		Soltera		Casada			
	Nº	o/o	Nº	o/o	Nº	o/o	Nº	o/o	Nº	o/o
14	—	—	—	—	—	—	1	0,3	1	0,1
15—19	21	32,8	17 (6)	12,5	32	24,4	27 (3)	9,5	106	15,3
20—24	18	28,1	33 (10)	23,4	52	39,7	112 (4)	36,7	229	32,9
25—29	17	26,5	38 (5)	23,4	30	22,9	83 (8)	28,8	181	26,0
30—34	6	9,4	36 (8)	23,9	11	8,4	46 (3)	15,5	110	15,8
35—39	1	1,6	24 (2)	14,1	6	4,6	25 (3)	8,9	61	8,8
40—44	1	1,6	3 (1)	2,2	—	—	1	0,3	6	0,9
45	—	—	1	0,5	—	—	—	—	1	0,1
Total	64	9,2	184	26,5	131	18,8	316	45,5	695	100,0

Nota: () = Unión estable. Dato no consignado en 56 fichas.

TABLA Nº 2

**ANTECEDENTES OBSTETRICOS DE MULTIGESTAS ATENDIDAS EN
MATERNIDAD PAULA JARAQUEMADA**

Terminación	Nº de Gestaciones										Total	
	Una		Dos		Tres		Cuatro		Cinco			
	Nº	o/o	Nº	o/o	Nº	o/o	Nº	o/o	Nº	o/o	Nº	o/o
Vaginal	140	70,0	69	60,0	32	49,2	5	17,8	6	19,3	252	57,4
Cesárea	41	20,5	10	8,7	2	3,1	0	0,0	0	0,0	53	12,1
Aborto	19	9,5	2	1,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	21	4,8
Combinaciones*	0	0,0	34	29,5	31	47,7	23	82,2	25	80,7	113	25,7
Total	200	45,5	115	26,2	65	14,8	28	6,4	31	7,1	439	100,0

* Combinaciones = Parto vaginal y/o aborto y/o Op. Cesárea.

Nota: Del total de fichas: 751; Primigestas: 305; Multigestas: 439; Sin datos: 7.

TABLA Nº 3

**TIPO DE PARTO EN RELACION A LA PATOLOGIA DEL EMBARAZO—PARTO—
PUERPERIO DE GESTANTES ATENDIDAS EN LA MATERNIDAD
PAULA JARAQUEMADA (ABRIL – MAYO – JUNIO 87)**

Patología	Espontáneo		Cesárea		Forceps		Total	
	Nº	o/o	Nº	o/o	Nº	o/o	Nº	o/o
Pre-Eclampsia	14	53,8	10	38,5	2	7,7	26	100,0
Infección Urinaria	7	43,8	6	37,5	3	18,7	16	100,0
Colestasia	13	52,0	12	48,0	0	0,0	25	100,0
Amenaza Parto Pre-maturo	15	71,4	6	28,6	0	0,0	21	100,0
Anemia Crónica	37	78,7	8	17,0	2	4,3	47	100,0
Rotura Prematura de Membranas	35	66,0	18	34,0	0	0,0	53	100,0
Otras	41	48,8	38	45,2	5	6,0	84	100,0
Sin Patología	83	75,4	18	16,4	9	8,2	110	100,0
Total	245	64,1	116	30,4	21	5,5	382	100,0

Nota: datos consignados solamente en 382 fichas (500/o)

37. CARACTERISTICAS BIOLOGICAS DE LA MADRE Y CONDICIONES DEL EMBARAZO QUE INFLUYEN EN EL PESO DEL RECIEN NACIDO EN LA VIII REGION

Nutr. Ena Raby, Matr. Mónica Pérez y Raquel Ramírez
(Depto. Bromatología, Nutrición y Dietética, Facultad de Farmacia, y Depto. Obstetricia y Puericultura, Facultad de Medicina, Universidad de Concepción)

Aunque se piensa que los Recién Nacidos de bajo peso (igual y menor de 2.500 g.) y con peso insuficiente (2.500-3.000 g.) ya no representan tanto riesgo de mortalidad dado los avances tecnológicos en Neonatología, sigue siendo preocupación permanente del equipo de salud materno-infantil obtener buenos pesos de nacimiento, pues los pesos de nacimiento subnormales implican graves riesgos de morbilidad, secuelas nutricionales y su recuperación representa un alto costo, tanto para la familia como para los Servicios de Salud.

En este estudio completamos, con datos del área rural, la presentación que hicieramos en estas mismas Jornadas el año 1985 sobre este tema referido al área urbana Concepción-Talcahuano, presentando así un panorama completo de la VIII Región.

Objetivos

- Determinar las características biológicas de la madre y condiciones del embarazo que más influyen en el peso de nacimiento.
- Cuantificar la relación del peso de nacimiento con cada una y con el conjunto de las siguientes variables independientes.
 - estado nutricional inicial y final de las embarazadas;
 - edad, paridad y estatura materna; incremento del peso materno durante el embarazo;
 - patologías del embarazo que influyen en el desarrollo fetal.
- Determinar los factores maternos que constituyen riesgos para el nacimiento de hijos de bajo peso y con peso insuficiente al nacer.

Material y Método

Se estudiaron 2.356 binomios embarazadas-recién nacidos en forma retrospectiva de los Consultorios Tucapel, Chiguayante y San Vicente, del S.S. Concepción-Arauco-Talcahuano (área urbana) y de los Hospitales Los Angeles, Laja y Huépil del S.S. Bío-Bío y del Hospital de Bulnes del S.S. Ñuble (área rural). Se incluyeron aquellas mujeres que iniciaron el control prenatal antes de las 21 semanas de gestación y cuyo parto ocurrió en 1982 en el área urbana y en el 2º semestre de 1985 en el área rural.

Resultados

El porcentaje de recién nacidos de bajo peso (≤ 2.500 g.) encontrado en el área urbana fue de 2,4% y en el área rural de 8,1%; el porcentaje de recién nacidos con peso insuficiente (2.501-3.000 g.) fue de 19,4% en el área urbana y de 22,3% en el área rural.

En relación a las características de la madre que más influyen en el peso de nacimiento se encontró que en las 2 áreas los promedios del peso de los recién nacidos ascienden significativamente a medida que aumenta el índice peso-talla inicial y final de las embarazadas.

Se confirmó que el incremento óptimo del peso materno durante el embarazo depende del estado nutricional inicial de la madre, pues el promedio de los pesos de recién nacidos de madres enflaquecidas y normales asciende con el aumento del incremento de peso promedio. No se observa esta influencia en los promedios de los pesos de los recién nacidos provenientes de embarazadas con sobrepeso ni obesas, como tampoco de las enflaquecidas del área rural.

Se observó la influencia de la estatura materna, pues el promedio del peso del recién nacido asciende significativamente a medida que aumenta la talla materna.

En relación a la influencia de la edad materna, se encontró que el promedio del peso del recién nacido es más bajo en las menores de 18 años, asciende a medida que aumenta la edad y desciende en las mayores de 35 años, situación similar en urbano y rural.

Respecto a la paridad materna se observó en ambas áreas que el promedio del peso del recién nacido es más bajo en el primer hijo, asciende en la múltipara y, contrariamente a otros estudios, sigue aumentando en la gran múltipara.

Al relacionar la paridad con la edad se observó que para el primer hijo, los promedios de peso del recién nacido más bajos son los de las madres menores de 18 años y mayores de 35 años.

Para cuantificar la relación del peso del recién nacido con el conjunto de las variables independientes en estudio y seleccionar las más relevantes, se utilizó un modelo de regresión lineal múltiple. En la Tabla 1 se observa en orden descendente la importancia de las variables que más influyen en el peso del recién nacido, que son un poco diferentes para las 2 áreas. En el área urbana el coeficiente de determinación múltiple obtenido en primer lugar con el índice P/T final va ascendiendo significativamente con el aporte de la edad gestacional, estatura materna, sexo masculino, primer hijo, índice P/T inicial y 5 y más hijos. El peso del RN se explica entonces en un 22,82% por el conjunto de estas variables.

En el área rural se altera el orden de importancia de las variables que inciden en el peso de nacimiento, aparece el incremento de peso materno con significancia estadística y no alcanzan a ser estadísticamente significativos el índice P/T inicial ni los 5 y más hijos. El peso del RN se explica en un 26,35% por todas estas variables.

Además, se aplicó este análisis de regresión para cuantificar la relación de la talla de los RN con las variables independientes en estudio en el área rural. Llama la atención que las variables nutricionales no alcanzan significación estadística, sólo lo logran la edad gestacional, la presencia de patologías, el sexo masculino y la estatura materna. Este aspecto debería investigarse con mayor profundidad.

En la Tabla 2 se presentan los resultados del cálculo del riesgo relativo de cada una de las variables en estudio con respecto a la probabilidad del nacimiento de hijos con pesos subnormales. Se observa que todas las variables, exceptuando la presencia de patologías, representan riesgos para el nacimiento de niños de bajo peso y con peso insuficiente, aunque no todos alcanzan a tener significación estadística. Condicionan riesgos significativos de niños de peso inferior a 2.500 g.: el índice P/T final $\leq 90\%$, las embarazadas que permanecen enflaquecidas durante todo el embarazo en el área urbana, el incremento de peso inferior a 7,5 kg. en el área urbana, la edad materna < 18 años en el área rural y la talla menor a 154 cms. en ambas áreas.

Determinan un aumento significativo de riesgo en los RN con pesos insuficientes: el índice P/T inicial y final $\leq 90\%$; el incremento de peso menor a 7,5 kg. total durante el embarazo; el índice P/T inicial normal, pero incremento de peso inferior a 10,5 kg.; la edad materna menor a 20 años en el área rural; el primer hijo y talla inferior a 154 cms. en ambas áreas.

Conclusiones

Llama la atención que en la VIII Región el factor ruralidad incide, en todos los aspectos estudiados, en la obtención de resultados menos favorables para el peso del recién nacido. También destaca la gran importancia que tiene el estado nutricional final de la embarazada para obtener buenos pesos de nacimiento, por lo cual es fundamental la vigilancia del incremento óptimo de peso, determinado en base al estado nutricional inicial. En este aspecto ha sido excelente la aplicación en los Servicios de Salud desde el mes de Abril pasado, del nuevo instrumento "Gráfica de incremento de peso para embarazadas". Esta curva permite catalogar su estado nutricional en el primer control prenatal y siguientes y así evaluar el incremento de peso; frente al bajo o insuficiente incremento permite adecuar el suministro de alimentos complementarios dispuestos en el PNAC, los que tienen un eficiente aprovechamiento si todas estas acciones se acompañan con una buena educación.

TABLA Nº 1

**CUANTIFICACION DE LA RELACION DEL PESO DEL RECIEN NACIDO CON LAS
VARIABLES INDEPENDIENTES EN ESTUDIO.
REGRESION LINEAL MULTIPLE**

Area Urbana		Area Rural	
Variables independientes	Coefficientes determinación múltiple R^2 significativos	Variables independientes	Coefficientes determinación múltiple R^2 significativos
Indice P/T final	0,0843	Edad gestacional 38 semanas o más	0,1688
Edad gestacional 38 semanas o más	0,1556	Indice P/T final	0,2250
Estatura materna	0,1913	Sexo masculino	0,2381
Sexo masculino	0,2063	1º hijo	0,2499
1º hijo	0,2197	Estatura materna	0,2591
Indice P/T inicial	0,2240	Incremento peso materno	0,2635
5 y más hijos	0,2282		

TABLA No 2

FACTORES MATERNOS QUE CONSTITUYERON RIESGOS SIGNIFICATIVOS
PARA EL NACIMIENTO DE HIJOS CON PESOS SUBNORMALES

	Area Urbana		Area Rural	
	< 2.500 g RR p.	2.500-3.000 g RR p.	< 2.500 g. RR p.	2.500-3.000 g. RR p.
Indice P/T inicial $\leq 90\%$	1,47 N.S.	1,49 < 0,01	1,43 N.S.	1,33 < 0,01
Indice P/T final $\leq 90\%$	2,50 < 0,01	1,85 < 0,01	1,63 < 0,05	1,63 < 0,01
Indice P/T inicial y final $\leq 90\%$	3,82 < 0,05	2,03 < 0,01	1,53 N.S.	1,37 < 0,05
Incremento de peso < 249 g. X/ semana (< 7,5 kg. total en embarazo)	2,53 < 0,05	1,57 < 0,05	1,45 N.S.	1,34 < 0,05
Indice P/T inicial normal, pero incremento de peso < 350 g X/ semana (< 10,5 kg. total embarazo)	1,17 N.S.	1,42 < 0,05	1,6 N.S.	1,78 < 0,01
Presencia de patologías	no	1,31 N.S.	no	no
Edad materna < 18 años	1,68 N.S.	1,08 N.S.	1,91 < 0,05	no
< 20 años	2,31 N.S.	1,01 N.S.	1,29 N.S.	1,3 < 0,05
1º hijo	1,63 N.S.	1,35 < 0,05	1,44 N.S.	1,73 < 0,01
Talla materna < 154 cms.	1,91 < 0,05	2,10 < 0,01	1,5 < 0,01	1,22 < 0,01

38. AUDITORIA DE MORTALIDAD PERI-NATAL EN EL PROGRAMA MATERNAL

Dr. Jorge Robinovich y Matr. Elba Rubio
(Programa Maternal, Servicio de Salud Metropolitano Central)

Antecedentes

Se analizan las auditorías de muerte peri-natal, ocurridas en el Servicio de Obstetricia, Ginecología y Neo-Natología del Hospital Paula Jaraquemada, durante los años 1983 a 1986.

Conclusiones

En la muestra analizada observamos un aumento de la incidencia de la mortalidad peri-natal en el grupo de 20 a 39 años, de 75,1 a 87,20/o, que coincide con el aumento de este grupo etario en el total de partos (830/o); hay una disminución en el grupo de menores de 20 años, 21,9 a 8,20/o, que se sitúa por bajo el grupo control (150/o).

En el grupo de más de 40 años hay un aumento de la mortalidad fetal tardía y una mantención en la mortalidad neo-natal, pero en ambos casos este grupo etario se encuentra muy por sobre el grupo control (5,3 y 3,90/o, contra 20/o del grupo control). La representación porcentual de la mortalidad peri-natal sube de 2,9 a 4,60/o.

Paridad: Se observa un aumento de la mortalidad fetal tardía en primíparas, de 32 a 46,80/o, situándose por sobre el porcentaje de parto en primípara del Servicio (400/o).

Se observa un aumento de la mortalidad neo-natal en múltipara de 60,4 a 68,50/o que se sitúa por sobre el porcentaje de partos en múltipara del Servicio (600/o).

Control de embarazo: Observamos que en la mortalidad fetal tardía, entre un 7,7 y 110/o de los embarazos no tuvieron control pre-natal, situación que se presentó entre 13 y 23,50/o en los casos de mortalidad neo-natal.

El porcentaje de embarazo sin control en el SSMC se sitúa alrededor de un 20/o.

Procedencia: En la mortalidad peri-natal, entre 19,5 y 32,90/o de los casos, procedían de otros Servicios de Salud o tenían atención particular.

Esta categoría representa un 10 a 110/o de los partos atendidos en nuestro Servicio en el último quinquenio.

Distribución por peso de nacimiento: En la mortalidad fetal tardía, alrededor del 500/o pesaba 1.000 a 2.500 grs. y el 250/o sobre 3.000 grs.

En la mortalidad neo-natal, entre un 59,6 y 68,10/o se sitúa por bajo 2.500 grs.

En el total de partos del Servicio el 6,630/o de los recién nacidos pesa entre 1.000 y 2.500 grs., y un 720/o pesa sobre 3.000 grs.

Necropsia: El porcentaje con necropsia fue muy bajo hasta 1986, situación que ha mejorado transitoriamente en 1987.

Causas de muerte fetal tardía: En las causas de muerte fetal tardía observamos una disminución de 29,4 a 180/o por hipertensión arterial, y un aumento en los accidentes del cordón y en las malformaciones congénitas, habiendo aumentado estas últimas de 5,4 a 14,80/o. El resto de las causas son de baja incidencia, salvo la hipoxia, y se mantienen estacionarias.

Causas de muerte neo-natal: Sin duda las dos primeras causas son el distress respiratorio y las malformaciones congénitas, que se mantienen cada una con alrededor de un 400/o; notamos discretos descensos en las muertes por hipoxias (11 a 7,80/o) y por bronconeumonía aspirativa (de 4,5 a 2,50/o), observándose un aumento en la sepsis y enfermedad hemolítica (1,1 a 3,90/o ambas). El resto de las causas son escasas y ocasionales.

Observamos, en el período de estudio, que la evitabilidad para la mortalidad fetal descendió de 23 a 170/o y en la mortalidad neo-natal, de un 13,1 a 9,80/o, lo que representa alrededor de un 250/o de descenso.

En la mortalidad fetal tardía, el estudio de la responsabilidad según nivel de atención, nos permite observar una tendencia al marcado descenso de la responsabilidad en los niveles I y II, con un ascenso en la responsabilidad atribuible al nivel III de Hospitalización.

En la mortalidad neo-natal observamos un descenso en la responsabilidad atribuible al nivel I; sólo en 1986 aparecen causales atribuibles al nivel II de atención y observamos una mantención en las causales de responsabilidad de nivel III.

Medidas tomadas en el Servicio de Salud Metropolitano Central en base a las auditorías:

1. Actualización bi-anual de las normas de referencia a Policlínico de Alto Riesgo Obstétrico (P.A.R.) en Nivel II.
2. Ampliación de las actividades de Nivel II.
3. Aumento del número de camas, destinadas a alto riesgo hospitalizado.
4. Perfeccionamiento en la coordinación con Servicio de Apoyo (Anatomía Patológica, Ultrasonografía, Laboratorio).
5. Informe periódico sobre auditoría de mortalidad peri-natal en los tres niveles de atención, al Equipo de Salud, en reuniones quincenales de auditoría. Presentación de casos conflictivos en reuniones clínicas del Servicio.
6. Informe anual de mortalidad peri-natal en reunión clínica en el primer trimestre de cada año e informe al Nivel Dirección.
7. Organización de un curso anual sobre avances clínicos para personal de los tres niveles, auspiciado por la Dirección del Servicio y Escuela de Post Grado Universidad de Chile.
8. Modificación y creación de normas técnicas, atinentes, en los tres Niveles de atención.
9. Acciones por desarrollar:
 - Ampliación de la cobertura en Estudio Genético en Obstetricia.
 - Perfeccionamiento de las actividades de control de la hipertensión arterial en el embarazo.
 - Ampliación de las camas en Alto Riesgo Hospitalizado.
 - Análisis de normas técnicas clínicas y administrativas en Pre Parto y Partos, e implementación de recursos.
 - Intensificación de la aplicación de normas Ministeriales del “Texto Guía para la prevención del bajo peso al nacer”.

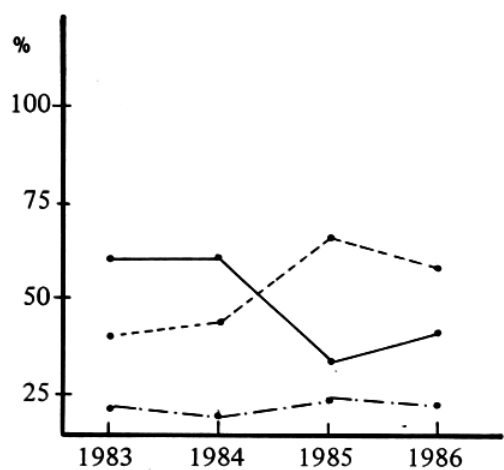
TABLA Nº 1

CAUSA DE MUERTE PERI-NATAL

Causas	Mortalidad Fetal Tardía				Mortalidad Neo-Natal				
	1983	1984	1985	1986	Causas	1983	1984	1985	1986
Hipertensión embarazo	29,4	26,7	22,1	18,0	Malf. Congénita	40,6	50,6	38,9	39,2
Accid. Cordón	15,3	13,4	18,6	22,3	S. Dist. Respirat.	40,1	29,2	41,6	38,2
Hipoxia	17,9	18,3	17,0	14,0	Hipoxia	11,0	7,9	6,5	7,8
Malf. Congénita	5,1	9,8	13,5	12,8	Bronconeumonía	—	4,5	6,5	2,9
Colestasia	5,1	1,2	5,1	6,4	Sepsis	1,1	2,2	1,3	4,9
Infección Ovular	5,1	3,7	5,1	3,2	Enf. Hemolítica	2,2	1,1	3,9	3,9
Accid. Traumat.	5,1	3,6	—	2,2	Enterocolitis Necr.	2,2	—	1,3	2,0
Diabetes	1,2	1,2	1,7	1,1	Traumatismo	—	3,3	—	—
Enf. Hemolítica	1,2	—	3,4	—	Onfalorragia	1,1	—	—	—
Lues	1,2	—	—	—	Toxoplasmosis	—	1,1	—	—
No Determinable	12,8	22,0	13,5	18,1	No Determinable	1,1	—	1,0	—
No Partos	11.136	10.798	10.831	11.090	No Partos	11.136	10.798	10.831	11.090
No Mortinatos	78	82	59	94	No Neo-Natos	91	89	77	102

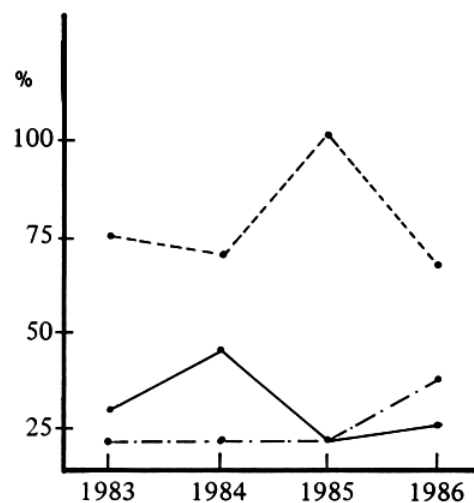
MUERTES EVITABLES: PORCENTAJE DE RESPONSABILIDAD SEGUN NIVELES DE ATENCION

1) M. FETAL TARDIA



NIVEL I _____
 NIVEL II - . - . - . - . - . - .
 NIVEL III - - - - -

2) M. NEO - NATAL



39. ESTRUCTURA DE LAS MUERTES DE NIÑOS DE UNO A CUATRO AÑOS EN EL SERVICIO SALUD BÍO-BÍO 1986

Dr. Rodrigo Iván Álvarez, Enf. Lilia Mangili, Nutr. Gabriela San Martín
(Servicio Salud Bío-Bío)

La preocupación de todos los Programas Materno Infantiles, a nivel nacional y regional, se ha centrado en la embarazada, madre y en el niño menor de un año, por ser estos los grupos etáreos más vulnerables, con mayores riesgos y por consecuencia, con los mayores daños en salud. Sin embargo, con el descenso notable que han tenido las tasas de muertes en el niño menor de un año, es necesario preocuparse de lo que está ocurriendo en otros grupos etáreos infantiles, que si bien es cierto, no representan grupos prioritarios en magnitud, no por ello debemos postergarlos, por cuanto es mucho lo que se puede realizar en ellos, en fomento y protección de la salud.

Estas fueron las motivaciones que nos impulsaron a realizar el trabajo que a continuación exponemos:

Objetivo General

Conocer las estructuras de las muertes de los niños de uno a cuatro años.

Objetivos Específicos

1. Conocer el número de muertes infantiles, de niños de uno a cuatro años de edad y su distribución a través del tiempo en los últimos años.
2. Determinar las principales causas de muertes de los niños de esta edad.
3. Conocer la distribución de los fallecidos por: edad, domicilio rural, domicilio urbano, por lugar en que se produjo la muerte, casa habitación o centro asistencial.
4. Determinar el fundamento de la causa de muerte, según certificado de defunción y su relación con el domicilio urbano o rural.
5. Conocer si las muertes infantiles fueron certificadas por médico tratante, testigo u otro médico.
6. Conocer si los fallecidos tuvieron atención médica en su última enfermedad.

Metodología

La muestra estuvo constituida por el 100% de los niños de 1 año 1 día, a 4 años 2 meses 29 días, fallecidos en el Servicio de Salud de Bío-Bío, en el año 1986, correspondiente a un total de 38 fallecidos.

Para la recolección de los datos se utilizó como soporte el Certificado de Defunción, extendido en la Provincia de Bío-Bío.

Se procedió a la revisión de todos los certificados de defunción, considerándose para el trabajo, todo niño fallecido en el grupo etáreo de 1 a 4 años. Se analizaron 8 variables: edad, sexo, residencia, patología, fundamento de la causa de muerte, calidad de la persona que certifica el fallecimiento y atención médica en la última enfermedad.

Resultados

1. El número de muertes de niños de 1 a 4 años de edad, ha disminuido de 57 en 1980, con una tasa de 2 por 1.000, a 38 en 1986, con una tasa de 1,4 por 1.000; representan el 1,7% de las muertes totales de Bío-Bío y equivale a la quinta parte de las muertes de los niños menores de 1 año.
2. Las principales causas de muerte son:
 - a) Traumatismo, Envenenamientos, Síntomas, Signos y Estados Morbosos mal definidos con 31%, en ambas causas.
 - b) Enfermedades Respiratorias, 11%.
 - c) Enfermedades Digestivas, 8%.

d) Enfermedades Circulatorias, 20%.

3. En relación a la edad de la muerte, el 45% sucede a la edad de 1-2 años, 21% entre 2-3 años y 29% entre 3 y 4 años de edad.
4. El 66% de los fallecidos corresponde al sector rural y en este grupo el 27% ocurre en la casa habitación, en el sector urbano; el 15,7% sucede en el Hospital.
5. Respecto al fundamento de la causa de muerte, la fundamentación por cuadro clínico y por información de testigo representa el 34,2% del total, destacándose que el mayor porcentaje de informe por testigo, es en el sector rural, 31,6% sobre el total de defunciones.
6. El mayor número de fallecidos en el sector rural, no recibe atención médica en la última enfermedad (45%).
7. La certificación de la causa de muerte es realizada preferentemente por otro médico, siendo relevante esta situación en niños de procedencia rural (45%).
8. Según el sexo fallecen preferentemente menores de sexo masculino, 53%.

De lo expuesto se puede concluir que es necesario preocuparnos por el estado de salud en este grupo etáreo y que en el Servicio de Salud Bío-Bío, el análisis de la mortalidad revela que están falleciendo muchos niños sin atención médica en su última enfermedad, lo que revela una baja cobertura de salud, revelada por la ruralidad alta de los fallecidos, por la alta certificación por testigos, porque el 31% de la causa de muerte en el certificado de defunción es por síntomas, signos y estados morbosos mal definidos, todo esto determina una situación que exige nuestra preocupación, por cuanto de las 38 muertes ocurridas en 1986, muchas seguramente pudieron evitarse si hubiera existido atención médica oportuna en la patología que determinó su muerte.

TABLA Nº 1

**ESTRUCTURA DE LA MORTALIDAD DE NIÑOS 1-4 AÑOS, POR PATOLOGÍAS
Y SEGUN PROCEDENCIA. SERVICIO SALUD BIO-BIO 1986**

Patología	Total		Urbano		Rural	
	Nº	o/o	Nº	o/o	Nº	o/o
Traumatismos y Envenenamientos	12	31,5	4	10,5	8	21,0
Mal definidos	12	31,5	2	5,2	10	26,4
Enfermedades Ap. Respiratorio	4	11,0	1	2,6	3	8,0
Enfermedades Ap. Digestivo	3	8,0	1	2,6	2	5,3
Enfermedades Ap. Circulatorio	2	5,1	2	5,3	—	—
Malformaciones Congénitas	2	5,1	—	—	2	5,3
Ap. Génito Urinario	1	2,6	1	2,6	—	—
Tumores	1	2,6	1	2,6	—	—
Infecciosas y Parasitarias	1	2,6	1	2,6	—	—
Total	38	100,0	13	34,0	25	66,0

TABLA Nº 2

**DISTRIBUCION DE LAS MUERTES DE NIÑOS DE UNO A CUATRO AÑOS POR EDAD
SEGUN PROCEDENCIA EN EL SERVICIO SALUD BIO-BIO 1986**

Edad (años)	Total		Urbano		Rural	
	Nº	o/o	Nº	o/o	Nº	o/o
1	17	45	5	13,1	12	32
2	8	21	3	8,0	5	13
3	11	29	5	13,0	6	16
4	2	5	—	—	2	5
Total	38	100	13	34,0	25	66

40. LACTANCIA MATERNA EN EL SERVICIO DE SALUD METROPOLITANO SURORIENTE

Drs. Lorna Luco y María Inés Gómez

(Departamento de Programa de las Personas, Servicio de Salud Metropolitano Suroriente)

El Programa Materno-Infantil es uno de los programas prioritarios en este Servicio de Salud, siendo las Actividades de Fomento y Protección, aspectos fundamentales para lograr un embarazo de curso normal y un crecimiento y desarrollo armónico de la población infantil Bajo Control.

Lograr una lactancia materna exitosa, es decir, por lo menos, hasta los 6 meses de vida, constituye una de las principales acciones en nuestro quehacer, tanto para evitar el déficit nutricional como también las infecciones en el primer año de vida.

Hay autores que afirman que en Chile, como en otros países latinoamericanos, una de las causas más importantes de la desnutrición es la brevedad e insuficiencia de la lactancia materna.

Dado que el S.S.M.S.O. presenta una de las prevalencias de Desnutrición Peso/Edad más altas del país, es preocupación permanente el análisis de los factores que contribuyen a esta situación y que son susceptibles de ser modificados.

En esta línea de acción se decide realizar el diagnóstico de la situación de lactancia natural en niños menores de un año, en el S.S.M.S.O.

Material y Método

El diseño corresponde a un estudio descriptivo retrospectivo. El universo está constituido por la población Bajo Control del Grupo Etéreo de 12-23 meses del total de los Consultorios de Atención Primaria del S.S.M.S.O. al mes de Agosto de 1986. La muestra se selecciona por el método aleatorio simple estratificado por Consultorio, determinándose la revisión de 1.316 fichas clínicas e igual número de Tarjetas de Control de Actividades de Salud Infantil.

Se confecciona pauta de recolección de datos, la que fue aplicada por profesionales médicos y paramédicos del Departamento de Programas de las Personas y la Dirección de Atención Primaria del S.S.M.S.O.

La información se obtiene del registro de los Controles de Salud. La situación de Lactancia Materna para cada niño se clasificó en tres categorías que se definen a continuación:

Lactancia Natural: se incluyen los lactantes que reciben pecho exclusivo y aquellos que además del pecho reciben otro tipo de alimentos no lácteos.

Lactancia Mixta: se refiere a menores que reciben leche materna y fórmulas lácteas.

Lactancia Artificial: se incluyen todos los niños que reciben solamente fórmulas lácteas.

La duración se calculó considerando los meses cumplidos, así el período que va desde los 0 a los 29 días corresponde a los 0 meses.

Resultados

De la muestra de 1.316 fichas se logró revisar 1.157, con una pérdida de 120/o, debido a situaciones como las de traslado a Consultorios de otras Areas, inasistencias y falta de control durante los primeros meses de vida.

El peso de nacimiento de los niños de la muestra, fluctuó entre los 1.020 y 4.890 grs., con promedio de 3.266 grs. y una desviación standard de más/menos 617 grs.

La Tabla Nº 1 muestra el porcentaje de niños en lactancia natural, lactancia mixta y artificial.

La duración del período de lactancia natural en el grupo estudiado, fluctuó entre los 0 y los 12 meses, con un promedio de 4,5 meses. Calculada la mediana, ésta nos indica que un 500/o de los niños recibió lactancia materna exclusiva hasta los 4,4 meses. A los 6 meses el porcentaje baja a un 39,60/o (430 niños).

Se muestra además que, al año de edad, un 28,90/o de los niños recibe lactancia materna, sea ésta exclusiva o mixta.

La Tabla Nº 2 muestra la duración de la lactancia natural por comuna y establecimiento. Se obtuvo, en general, una distribución similar a los porcentajes del Servicio, en todas las comunas, destacando la de Puente Alto (Consultorio Alejandro del Río), que muestra un mayor porcentaje de niños con lactancia natural, sobre todo a los 6 y a los 9 meses de edad, y la comuna de San Ramón, en que a los 12 meses se registra un 5,90/o de niños con lactancia materna exclusiva.

Comentario

El presente estudio tuvo como objetivo principal realizar un diagnóstico de la situación de lactancia materna en el S.S.M.S.O. Los resultados obtenidos han sido considerados medianamente satisfactorios. La duración de la lactancia es similar a la encontrada en otras investigaciones realizadas en la Región Metropolitana, destacando el hecho de que a los 6 meses hay aproximadamente 400/o de los niños que permanece con lactancia materna exclusiva.

No hay diferencias importantes en la duración de la lactancia en los diferentes Consultorios y comunas, demostrándose uniformidad respecto a la necesidad de fomentar en forma permanente la práctica de la lactancia natural.

En el período 1981-1982 se realizaron en este Servicio, Talleres de Lactancia Materna a los Profesionales de Atención Primaria. Esta actividad no tuvo un diagnóstico previo, así que es difícil medir su impacto.

Pensamos que es un buen momento para repetir la experiencia en un tiempo cercano y poder lograr un período más largo de lactancia.

TABLA Nº 1

**LACTANCIA MATERNA EN MENORES DE 1 AÑO
DISTRIBUCION SEGUN EDAD (n = 1.157)
AGOSTO 1986**

Edad (meses)	Lactancia Natural		Lactancia Mixta		Sin Lactancia		No Consignado	
	Nº	o/o	Nº	o/o	Nº	o/o	Nº	o/o
0	1.087	93,9	59	5,1	4	0,3	7	0,6
1	941	81,3	174	15,0	26	2,2	16	1,4
2	837	72,3	236	20,4	56	4,8	28	2,4
3	695	60,1	289	25,0	99	8,6	74	6,3
6	430	37,2	345	29,8	324	28,0	57	4,9
9	177	15,3	350	30,2	549	47,5	81	7,0
12	42	3,6	293	25,3	817	70,6	6	0,5

TABLA Nº 2

**DURACION DE LA LACTANCIA MATERNAL EN POBLACION BAJO CONTROL
DISTRIBUCION POR COMUNAS Y ESTABLECIMIENTOS**

Comunas y Establecimientos	N	Duración de Lactancia Natural (meses)				
		1	3	6	9	12
Puente Alto (*)	234					
Alejandro del Río	234	89,3	68,8	48,7	25,2	4,7
La Florida	354	79,9	53,9	30,5	10,2	3,6
Bellavista	110	80,9	55,5	30,0	10,0	3,6
Los Castaños	62	75,8	54,8	35,5	12,9	4,8
V. O'Higgins	182	80,7	52,7	29,1	9,3	1,1
La Granja (*)	236					
La Granja	236	75,4	55,5	30,5	12,7	3,8
San Ramón (*)	118					
La Bandera	118	80,5	59,3	39,8	19,5	5,9
La Pintana	202	81,2	67,3	41,6	13,9	2,9
San Rafael	93	83,9	64,5	36,7	17,2	3,2
Pablo de Rokha	61	82,0	68,8	45,9	13,1	3,3
Stgo. Nva. Ext.	48	75,0	70,8	45,8	8,3	2,1
San José de Maipo (*)	13					
San José de Maipo	13	92,3	46,1	38,5	7,7	0,0
S.S.M.S.O.	1.157	81,3	60,1	37,2	15,3	3,6

(*) Comunas con un Consultorio de Atención Primaria

41. LACTANCIA MATERNA Y SU RELACION CON ALGUNOS FACTORES DE LA ATENCION DE SALUD

Stas. Ana María Díaz, Soledad Montero, Paulina Sierralta, Enf. M. Cecilia Campos y Sra. Ilse López
(Escuela de Enfermería, Universidad Católica; Centro de Diagnóstico CEDIUC y Escuela de Salud Pública,
Universidad de Chile)

Son muchos los factores que se han estudiado y que influyen en la duración de la lactancia materna. Uno de ellos es la atención que el equipo de salud otorga a las madres en lo que se refiere al cuidado del niño lactante. El propósito de este estudio, es contribuir al mayor conocimiento de algunos factores de la atención de salud otorgada en el servicio de Pediatría-CEDIUC, que se relacionan con la duración de la lactancia materna exclusiva, para así poder optimizar la atención en pro de una lactancia materna prolongada y exitosa.

Se estudió retrospectivamente en dos grupos de lactantes mayores de 6 meses de edad, la relación existente entre la duración de su lactancia materna y los siguientes factores de la atención de salud: edad del primer control de R.N.; profesional que realiza el control; calidad de las indicaciones de alimentación dadas en el control; grado de cumplimiento de las indicaciones de alimentación recibidas; control simultáneo en otro centro pediátrico, y número de controles de peso.

Primero se describe al grupo en estudio, luego se clasifican según duración de la lactancia y, por último, se comparan los niños con lactancia materna prolongada y con lactancia materna corta, según la relación existente de cada uno de los 6 factores de la atención de salud estudiados.

Se consideró "Lactancia Materna Prolongada" cuando, hasta más de los 5 meses de edad, el único alimento lácteo recibido por el niño lo constituyó la leche materna, independiente de la incorporación de alimentos no lácteos.

Material y Método

El universo estudiado lo conformaron 321 lactantes nacidos en la Maternidad del Hospital de la U. Católica durante los 4 primeros meses de 1986, y que se controlaron periódicamente durante su primer semestre de vida en Pediatría-CEDIUC.

La muestra la constituyeron 157 niños que reunieron los requisitos establecidos para el estudio (hijos de dueña de casa, sin patología que interfiriera la lactancia, y sin alimentación artificial exclusiva antes de su primer control de recién nacido), los que se estudiaron retrospectivamente. Como fuente de obtención de datos se utilizó el libro de registros de nacimientos y la ficha clínica existente en el servicio de pediatría. Los datos se tabularon en forma manual. Para la descripción, se confeccionaron tablas de frecuencia; para determinar la relación entre los factores estudiados y la diferente duración de la lactancia, se utilizó la prueba de Z, estableciéndose un 50% de significación.

Resultados y Conclusiones

Al igual que en otros estudios realizados en la población materno-infantil, usuaria de CEDIUC, este grupo pertenece mayoritariamente a los estratos medio y medio alto, según la clasificación de Graffar; el nivel educacional de sus padres predominantemente corresponde a enseñanza media completa, encontrándose porcentajes considerables de padres con estudios superiores; cerca del 50% de los niños estudiados son primeros hijos. En un 59% eran de sexo masculino y más de los dos tercios fueron producto de un embarazo y parto normal (72% y 73% respectivamente).

En relación a la duración de la lactancia materna exclusiva, el 68% de los niños estudiados (107) tuvieron una lactancia prolongada, y un 32% (50 niños), una lactancia materna corta o inferior a los 5 meses de duración. Esto es algo superior a lo encontrado en estudios realizados en población usuaria del S.N.S.S.N.

En relación a los factores de la atención de salud estudiados, se observó diferencias significativas ($p < 0.05$) entre los niños con lactancia prolongada y con lactancia corta, en dos de ellos:

“grado de cumplimiento de las indicaciones de alimentación dadas por el profesional” y “control simultáneo en otro centro pediátrico”. Fue mayor el número de niños con L.M. prolongada cuyas madres cumplieron en grado excelente y bueno las indicaciones, proporción que alcanza al 88% a diferencia de lo observado en los niños con L.M. corta (52%). También la proporción de niños con L.M. prolongada que asistía en forma habitual a otro centro pediátrico es significativamente inferior (6,5%) que lo observado en los con L.M. corta (16%). Para los otros factores estudiados no se observaron diferencias significativas. En relación al factor “calidad de las indicaciones...”, los datos registrados en la ficha clínica no permitieron obtener información detallada, por insuficiente especificación del registro.

El estudio permite concluir que el grado de cumplimiento de las indicaciones por parte de los padres, es un factor que influye positivamente en la mayor duración de la lactancia. Esto refuerza la importancia del seguimiento y evaluación a realizar en los niños bajo control, lo que se verá favorecido al mejorar los registros, especialmente en lo referente a indicaciones dadas.

Otro factor importante a considerar en beneficio de la lactancia materna, es la permanencia y continuidad de los controles en un mismo centro asistencial. Probablemente esto se alcance en la población CEDIUC, con una atención que favorezca la adherencia a este centro y por lo tanto que mejore la satisfacción del usuario. Es necesario educar en relación a los deberes y derechos que tiene la población materno infantil que se atiende en el extra sistema, especialmente en lo referente al PNAC.

TABLA Nº 1

**DURACION DE LA LACTANCIA MATERNA EN RELACION AL CUMPLIMIENTO
DE LAS INDICACIONES DE ALIMENTACION**

Cumplimiento	L a c t a n c i a			
	Prolongada		Corta	
	Nº	o/o	Nº	o/o
Excelente	58	54	11	22
Bueno	36	34	15	30
Regular	12	11	14	28
Malo	1	1	10	20
Total	107	100	50	100

Z observado > Z crítico

p < 0.05

TABLA Nº 2

**DURACION DE LA LACTANCIA MATERNA EN RELACION A LA ASISTENCIA
A OTRO CENTRO PEDIATRICO**

Asistencia	L a c t a n c i a			
	Prolongada		Corta	
	Nº	o/o	Nº	o/o
Habitual	7	6,5	8	16
Ocasional	30	28,0	20	40
Nunca	70	65,5	22	44
Total	107	100,0	50	100

Z observado > Z crítico

p < 0.05

42. EL CONTROL DE SALUD, ¿SOLUCION A LA PROBLEMÁTICA DE LOS HIJOS DE MADRES ADOLESCENTES?

Enf. María Elena Espinosa, Dra. Ana M. Kaempffer y Sra. Verónica Botteselle
(Departamento de Salud Pública, División Sur y Escuela de Salud Pública, Facultad de Medicina,
Universidad de Chile)

En los países desarrollados, alrededor del 90% de los nacimientos corresponden a madres menores de 20 años y este porcentaje aumenta a 150% en América Latina y a un 16,30% en Chile en el año 1981.

El embarazo en la adolescencia conlleva problemas tanto para las madres desde los puntos de vista obstétrico, psicológico y social, como para el niño, ya que en éstos se ve un mayor deterioro del estado nutricional, un menor ritmo de adecuación ponderal y un coeficiente intelectual menor.

El Área Sur de Santiago no está ajena a este problema, y es así como aplicando las tasas de fecundidad para mujeres de 15-19 años, se espera un total teórico de alrededor de 3.400 nacimientos en este grupo etario, agravado esto con el hecho de que estas familias tienen una mala realidad social y una alta tasa de ilegitimidad (45,70%).

Diferentes estudios han demostrado que estos factores negativos podrían disminuir si se le proporciona a estas madres y a sus hijos una atención de salud integral y especializada, tanto desde el punto de vista cualitativo como cuantitativo.

El presente estudio pretende describir en forma detallada las características biológicas, psicológicas y sociales de las familias de las madres adolescentes y de sus hijos que viven en el sector correspondiente al Consultorio Barros Luco del Área Sur de Santiago y, al mismo tiempo, pretende mejorar su nivel de salud mediante la aplicación de la estrategia de efectuar un control de niño sano que permita educar a estas madres en forma personalizada según sus necesidades educativas individuales.

Metodología

Para el cumplimiento de estos objetivos se realizó un estudio prospectivo de cohorte única, formada por 116 niños que fueron la totalidad de los hijos de madres adolescentes que nacieron entre Abril de 1984 y Abril de 1985, cuyo parto fue atendido en la Maternidad del Hospital Barros Luco y que viven en el sector Sur de Santiago.

La obtención de la información se llevó a cabo a través de: entrevistas con las madres, controles de salud, entrevistas con otros profesionales y revisión de diferentes documentos.

Se realizaron los controles de niño sano utilizando los recursos físicos del Consultorio Barros Luco y la observación, medición, revisión, educación, etc. de los niños y sus madres estuvo a cargo, en su totalidad, de la autora de este trabajo.

Este estudio tiene como limitaciones aquellas relacionadas con la escasez de recursos humanos y materiales y en lo que respecta a la metodología, faltó tomar un grupo control para sacar conclusiones más valederas, ya que se trata sólo de un estudio de cohorte descriptivo.

Resultados

Como se dijo anteriormente, uno de los objetivos de este trabajo es la descripción de las características biológicas, psicológicas y sociales de las familias, de las madres y los niños que fueron controlados en el Policlínico de la Adolescente Embarazada y que viven en el sector Sur de Santiago.

Estas características se pueden resumir como se presentan en la Tabla 1: se trata de un grupo de niños cuyas madres en su mayoría (72,50%) tienen más de 17 años y cuyos padres tienen en un 64,70% menos de 23 años. La escolaridad de ambos es buena, ya que un 77,90% de los padres tiene educación media y un 65,50% de las madres, valores muy superiores a los nacionales.

El 93,10% de los niños son hijos únicos, lo que favorece su crianza; el nivel de ocupación de los padres es regular, ya que sólo el 58,20% tiene trabajo y sólo el 11,20% de las madres cumple con esta condición.

Es importante consignar que sólo el 50% de las parejas está casada, pero el 65% de ellas tiene una convivencia estable. La situación económica no es buena, ya que el 85,5% está catalogada como en extrema pobreza (índices CAS 1-2 y 3), lo que hace que el 85,4% tenga que vivir de allegado con algún familiar ya sea paterno o materno.

En la Tabla 2 se pueden apreciar las características de las madres en su período de embarazo, parto y puerperio y las de los niños en su período de R.N.

Como se puede ver, el ingreso de las madres a los controles de embarazo es tardío, ya que sólo el 21,6% de ellas se controla en el primer trimestre de embarazo, pero a pesar de esto el 15,5% de ellas solamente tiene alguna patología y el 7,8% tiene cesárea, porcentaje inferior al encontrado en otros estudios.

Las características de los niños en su período de R.N. se pueden describir como: peso al nacer bueno, ya que sólo el 6,9% de ellos pesó menos de 2.500 grs., siendo el peso promedio de 3.206 grs. para los varones y de 3.151 grs. para las mujeres. La talla de nacimiento es en promedio 49 cm. en las mujeres y 49,7 cm. en los hombres, mejor que en otros lugares. El Apgar al nacer fue en un 10,3% menor de 6 al minuto, normalizándose sobre 8 a los 5 minutos.

La inscripción de estos niños al Policlínico fue en un bajo porcentaje (12,9%) antes de los 10 días y el promedio de edad de ingreso fue de 14,8 días.

El otro objetivo de este trabajo fue mejorar el nivel de salud de estos niños haciéndoles un control en que se dedicara mayor tiempo para educar a las madres según sus necesidades individuales y, a la vez, se realizaran las mismas actividades de un control de niño sano que los que se efectúan en cualquier Consultorio del Servicio de Salud. Este nivel de salud se midió a través de: la evaluación del estado nutritivo de los niños al final del año; la descripción de la edad y causas del destete; la evaluación del desarrollo sicomotor y la descripción de las características de la morbilidad presentada en el primer año de vida de los niños.

La observación se realizó durante un año, período en el cual se observó al 63,8% de los niños hasta los 12 meses, siendo el M_0 de los 11 meses por lo que hubo una escasa pérdida de los casos. Se realizaron 759 controles correspondiendo al 91% de lo programado.

Los resultados obtenidos fueron los siguientes: el estado nutritivo al año según tablas P/T y P/E utilizadas en los Consultorios reveló un 2,6% y un 5,2% de desnutrición respectivamente, lo que si se compara con otros estudios del mismo Consultorio son muy parecidos, donde se encontró un 2,4% y 5,8% de desnutrición para ambos instrumentos. Las características del destete encontradas en estos niños dio como resultado que el 40,5% de los niños tiene un destete antes de los 6 meses y el 59,5% sobre esa edad, siendo la edad promedio de 7,5 meses, lo que es muy bueno y podría estar indicando en parte la importancia de la educación. En relación con el motivo de destete, el 12,9% se debió a problemas del R.N.; el 31,9%, a problemas maternos y el 14,7%, a otra causa. El 40,5% de los destetes fueron indicados en el control de los 8 meses. Al observar la alimentación láctea de los niños al año de vida, el 21,6% de ellos recibía todavía pecho a esa edad.

La evaluación del desarrollo sicomotor en un principio (a los 2 meses) detectó un 3,5% de los niños con riesgo de retardo, pero al repetir la evaluación a los 8 meses ésta fue normal en el 100%, e incluso un alto porcentaje fue superior. La morbilidad consultante observada en estos niños durante el año fue la siguiente: primer lugar, las enfermedades respiratorias con 2,2 episodios por niño; en segundo lugar fueron las diarreas, con 1,2 episodios, y en tercer lugar las enfermedades de la piel, con 1,0 episodios por niño al año. Otro parámetro que se midió para estudiar la morbilidad fue la hospitalización, la que se presentó en un 19% de los niños estudiados y las causas fueron, en su mayoría (60,9%) problemas congénitos y perinatales.

Conclusiones y Sugerencias

Al observar las características del grupo en estudio se puede concluir que a pesar de ser niños de alto riesgo por ser hijos de madres adolescentes, tienen muchos factores a favor, como por ejemplo: edad de los padres que no fueron tan jóvenes, educación, paridad, convivencia, etc., a excepción de los factores económicos que son malos. Si se observan las características del período perinatal de las madres y sus hijos, éstas son óptimas.

Se puede concluir también que el nivel de salud de estos niños mejoró con la estrategia propuesta, como lo demuestran los niveles de desnutrición; edad de destete; evaluación del desarro-

llo sicomotor y características de la morbilidad que no difiere de la de otros niños, e incluso las causas de hospitalización fueron en su mayoría endógenas, difíciles de evitar. Esto demuestra que con una buena educación y una buena disposición de parte del profesional que efectúa los controles se pueden obtener grandes logros a 1 año plazo, por lo que se sugiere: delegar la atención de los hijos de madres adolescentes a profesionales que estén capacitados y comprometidos afectivamente con estos niños; fijar para este grupo en riesgo, un rendimiento de 3 controles por hora para efectuar una adecuada educación personalizada y en futuros estudios: tomar madres menores de 18 años y observar sus hijos; contar con un grupo control y efectuar el seguimiento de estos niños hasta los 6 años de edad.

TABLA Nº 1

CARACTERÍSTICAS FAMILIARES MAS IMPORTANTES ENCONTRADAS EN 116 NIÑOS HIJOS DE MADRES ADOLESCENTES QUE VIVEN EN EL SECTOR SUR DE SANTIAGO

Características	Categorías	Nº	%
1. Edad de la madre (n = 116)	- 17 años	32	27,5
	+ 17 años	84	72,5
2. Edad del padre (n = 116)	- 23 años	75	64,7
	+ 23 años	41	35,3
3. Escolaridad del padre (n = 116)	Básica	15	13,2
	Media	88	77,9
	Superior	13	8,9
4. Escolaridad de la madre (n = 116)	Básica	32	27,6
	Media	76	65,5
	Superior	8	6,9
5. Paridad (n = 116)	1 hijos	108	93,1
	2 y más hijos	8	6,9
6. Ocupación padre (n = 110)	Cesante	46	41,8
	Trabaja	64	58,2
7. Ocupación madre (n = 116)	Dueña de casa	103	88,8
	Trabaja	13	11,2
8. Estado civil (n = 116)	Casada	58	50,0
	Soltera	58	50,0
9. Índice CAS (n = 76)	1-2-3	65	85,5
	4-5	11	14,5
10. Tipo de familia (n = 89)	Nuclear	13	14,6
	Extendida	76	85,4

TABLA Nº 2

**CARACTERÍSTICAS DE 116 MADRES ADOLESCENTES Y SUS HIJOS
DURANTE EL PERIODO PERINATAL**

Características	Categorías	Nº	o/o
1. Inicio del control de embarazo (n = 116)	I Trimestre	25	21,6
	II Trimestre	69	59,6
	III Trimestre	22	4,2
2. Patología en el embarazo (n = 116)	Sí	18	15,5
	No	98	84,5
3. Tipo de parto (n = 116)	Normal	91	78,5
	Cesárea	9	7,8
	Otro	16	13,7
4. Peso de nacimiento (n = 116)	- 2.499	8	6,9
	2.500 - 3.499	83	71,6
	3.500 y más	25	21,5
5. Talla de nacimiento (n = 116)	-- 51,9	102	87,9
	52 y más	14	12,1
6. Apgar al nacer (n = 116)	0-6	12	10,3
	7-8	42	36,2
	9-10	62	53,5
7. Edad inscripción del niño al Policlínico (n = 116)	0-10 ds.	15	12,9
	11-20 ds.	34	29,3
	21 y más	67	57,9

43. FACTORES QUE INCIDEN EN EL AUMENTO DE LA DESNUTRICION INFANTIL

Enf. Ana María Naranjo, Mat. Patricio Huerta, Dr. Claudio Méndez y Prof. Hugo Bravo
Consultorio Víctor Bertin, SERMUS Arica

La prevalencia de desnutrición en nuestro país durante el primer trimestre del año 1987, fue mayor que la de igual período del año 1986, alcanzando una cifra de 9,50% de población infantil menor de 6 años, con déficit nutricional según el parámetro peso-edad Sempé, existiendo un aumento persistente observado desde el mes de Agosto de 1986 hasta el mes de Marzo de 1987.

En el Consultorio V. Bertin Soto, dependiente del Servicio Municipal de Salud de Arica, se observó el mismo fenómeno, alcanzando un 4,30% en el primer trimestre del año 1986, aumentando a un 5,40% en igual período del año 1987.

El presente trabajo surgió de la necesidad de conocer los probables factores que estaban influyendo en este aumento.

Objetivos

Pesquisar los factores que inciden en el aumento de la población de desnutridos que se controlan en el consultorio.

Relacionar el nivel socio-económico y cultural con la desnutrición.

Material y Método

Se analizaron las fichas clínicas de los ingresos a programa de desnutridos peso-edad y peso-talla, durante el mes de Marzo de 1987, totalizando 98 niños. Además, se tomó un grupo control de 51 niños eutróficos del mismo período.

Las variables estudiadas fueron:

Variables Clínicas: sexo, patologías interrecurrentes, duración de lactancia materna, peso al nacer, edad y estado nutricional de la madre.

Variables Socio-económicas y Culturales: ingresos económicos, situación habitacional, escolaridad de la madre, estrato social y estado civil.

Para analizar las variables socio-económicas y culturales se elaboró una encuesta tipo y además se aplicó la encuesta social de Maurice Graffar modificada, ambas aplicadas en domicilio.

Análisis e Interpretación de los Datos

En la variable sexo no se encontró diferencia ya que el 50% de los niños desnutridos y eutróficos era de sexo femenino y el otro 50% correspondía a sexo masculino.

Resultó significativa la mayor proporción de patologías digestivas entre niños desnutridos (32,60%), que entre niños normales (15,70%), $p < 0,01$. En relación a las patologías respiratorias la diferencia observada no presentó variaciones importantes, de todas maneras habría que destacar que existe un alto porcentaje de patologías respiratorias (alrededor de un 420%), en ambos grupos estudiados.

Al analizar la variable lactancia materna, observamos que un 55,10% de los niños desnutridos recibieron lactancia materna hasta los 8 meses de vida, mientras que en los normales, el porcentaje es de un 74,50%. De igual forma, los desnutridos que recibieron lactancia materna más de 8 meses de vida, alcanzaron un 44,90% y los normales, un 25,40% ($p < 0,01$).

La frecuencia de niños desnutridos con peso insuficiente al nacer fue de 28,60% y los niños normales, 11,80%, siendo $p < 0,01$, lo que establece una diferencia significativa. En el estudio de esta variable no se encontró ningún niño con antecedentes de bajo peso al nacer.

En la variable Estado Nutricional de la Madre, se encontró una diferencia significativa, establecida principalmente porque el 30,60% de los desnutridos son hijos de madres enflaquecidas, siendo en los niños normales el porcentaje de 15,70% ($p < 0,01$).

La edad materna no determinó diferencias en los grupos estudiados.

Al analizar las variables socio-económicas y culturales, encontramos que las familias de niños desnutridos presentan ingresos económicos insuficientes, en comparación con las familias de niños eutróficos ($p < 0,01$).

La situación habitacional muestra una diferencia significativa, dada por la calidad de allegados en que viven las familias de desnutridos (76,60%), en comparación con las familias de niños normales (58,80%) $p < 0,01$.

La escolaridad materna también presenta diferencias importantes, ya que en el grupo de niños desnutridos un 56,10% son hijos de madres sin escolaridad o con educación básica, en cambio en los niños normales este porcentaje es 41,20% ($p < 0,01$).

En relación al estrato social (Tabla Nº 1), determinado según la clasificación de la encuesta Graffar, el 90,80% de las familias de niños desnutridos pertenecen al estrato social medio bajo (65,30%) y bajo (25,50%), mientras que en los niños normales encontramos un 33,30% que pertenece al estrato social medio y un 62,70% al medio bajo, destacando en este grupo la ausencia de familias en estrato social bajo ($p < 0,01$).

Conclusiones

De acuerdo al análisis realizado inferimos que las posibles causas que determinaron el aumento de la desnutrición en el período estudiado fueron: factores socio-económicos y culturales, patologías digestivas, lactancia materna prolongada, antecedentes de peso insuficiente al nacer y de estado nutricional materno durante el embarazo, encontrándose en todas estas variables diferencias significativas.

Según lo anterior, podemos concluir que en nuestra población en estudio la desnutrición es una enfermedad social, ya que las mayores diferencias las encontramos al analizar las variables socio-económicas y culturales. Las variables clínicas que destacamos como causales del aumento de la desnutrición, pensamos que también estarían relacionadas con factores socio-económicos y culturales.

A modo de comprobar nuestras conclusiones, debería realizarse otro estudio descriptivo en un período en que los porcentajes de desnutrición sean los esperados, con el fin de comparar ambos y determinar si estas variables realmente inciden en el aumento de la desnutrición.

TABLA Nº 1

RELACION ENTRE ESTADO NUTRICIONAL Y ESTRATO SOCIAL (SEGUN ENCUESTA DE GRAFFAR)

Estrato Social	Estado Nutricional			
	Desnutridos		Normales	
Alto	0	0,0	0	0,0
Medio Alto	1	1,0	2	3,9
Medio	8	8,2	17	33,3
Medio Bajo	64	65,3	32	62,7
Bajo	25	25,5	0	0,0
Total	98	100,0	51	100,0

44. CONDUCTAS TERAPEUTICAS EN ENFERMEDADES RESPIRATORIAS EN UN SERVICIO DE URGENCIA PEDIATRICA

Drs. Ana M. Kaempffer, Ruth Muñoz, Soledad Hevia, Jessica Larenas, Angélica Montero, Julia Rosales
y Hernán Moya
(Escuela de Salud Pública, Facultad de Medicina, Universidad de Chile)

Las enfermedades infecciosas agudas del aparato respiratorio, se han destacado por su alta frecuencia, impacto en la morbilidad infantil y por el importante consumo de recursos que ocasionan.

Representan la segunda causa de muerte en el lactante y preescolar, la causa más frecuente de consulta en policlínicos periféricos y de hospitalización en pediatría.

Por estudios clínicos y epidemiológicos se ha concluido que el 80-90% son de etiología viral, como VRS, adenovirus, parainfluenza y rinovirus; entre los agentes bacterianos encontramos estreptococo neumonia, hemofilus influenza y micoplasma neumonia.

La ampliación de la cobertura de atención médica y la utilización oportuna y correcta de terapéuticas generales y específicas, han contribuido a disminuir notablemente la mortalidad, pero no así la morbilidad.

Debido a la escasa información nacional existente sobre este tema, nos hemos interesado en analizar la atención efectuada a los niños con enfermedades respiratorias, que consultaron al servicio de urgencia del Hospital Roberto del Río, donde pudimos apreciar la frecuente consulta por estas patologías.

Objetivos

- Conocer el % de infecciones respiratorias referido al total de atenciones efectuadas.
- Determinar cuáles fueron las infecciones respiratorias más frecuentes.
- Analizar la distribución por sexo, grupo etario, hora de consulta y día de la semana.
- Evaluar las patologías atendidas según su gravedad, y la justificación de la consulta al servicio de urgencia.
- Cuantificar las medidas terapéuticas generales, sintomáticas y antibióticos utilizados.
- Verificar la magnitud de pacientes que se hospitalizaron.
- Analizar las causas de hospitalización más frecuentes y su distribución por grupo etario, día y hora de atención.

Materiales y Métodos

Los datos se obtuvieron de 5.292 boletines de atención, que correspondieron al total de consultas por enfermedades respiratorias, del mes de Julio de 1986. De cada boletín se consideró: diagnóstico, sexo, edad, hora, día y tratamiento efectuado, subdividiendo este último en medidas generales (aspiración de secreciones y bajar T° con medios físicos); tratamiento sintomático (antipiréticos, broncodilatadores) y antibióticos (Penicilina sódica y Benzatina).

Además se clasificaron las enfermedades según gravedad, en leves: Faringo-amigdalitis, Virosis y Laringitis grado I; moderadas: Bronquitis, SBO moderado y Laringitis grado II; severas: Neumopatías, SBO severo y Laringitis grado III-IV. Con estos datos se confeccionaron tablas de distribución simple.

Resultados y Conclusiones

- Las consultas por enfermedades respiratorias representan un 44,7% del total de consultas y 66,9% de las consultas de medicina.
- Frecuencia de diagnósticos encontrados: 1° Bronquitis (31,3%); 2° Faringo-amigdalitis (22,1%); 3° SBO (15,2%) y Virosis (15%).
- El sexo masculino predominó en laringitis (66,6%), SBO (61%) y neumopatías (58%).
- En relación a grupos etarios, el más frecuente fue 1-4 años, excepto en neumopatías en que predominaron los menores de 1 año.

- e) El horario 16 a 23 horas tuvo el mayor volumen de consultas (51,50/o); sin embargo, un 43,10/o consultó en el horario normal de atención de los consultorios.
- f) Los 8 días de fin de semana que hubo en el mes, tuvieron el 47,40/o de las consultas, y los 22 días de semana, un 52,50/o. Esto podría justificar un número de consultas por enfermedades respiratorias no esperables en un servicio de urgencia.
- g) Las patologías leves representaron un 39,10/o, las moderadas, 41,20/o y las severas, 19,60/o. Sólo las últimas estarían justificadas como consulta al servicio de urgencia.
- h) El tratamiento sintomático fue el más usado en todas las patologías. Cabe destacar que se utilizó Penicilina sódica en 50,40/o de la Faringo-amigdalitis virales y P. Benzatina en un 30,30/o de ellas.
- i) Se hospitalizaron 3,40/o de los niños que consultaron por enfermedades respiratorias. Los diagnósticos más frecuentes fueron: Neumopatías, seguidos por SBO y laringitis, distribuyéndose 800/o un día de semana; 570/o en horario de 8-15 horas y 65,30/o fueron menores de 1 año.
- j) En resumen, el volumen de enfermedades respiratorias infantiles atendidas en el servicio de urgencia, es muy alto.

En general los niños recibieron tratamiento consistente en medidas generales y medicamentos adecuados, salvo en las Faringo-amigdalitis virales.

TABLA Nº 1

**DIAGNOSTICOS SEGUN GRAVEDAD EN CONSULTAS POR ENFERMEDADES
RESPIRATORIAS. HOSPITAL ROBERTO DEL RIO, SERVICIO DE URGENCIA
JULIO 1986**

Diagnósticos	Leve		Moderado		Severo		Totales No
	No	o/o	No	o/o	No	o/o	
Bronquitis			1.656	99,6	5	0,3	1.661
Faringo-amigdalitis	1.171	99,9			1	0,08	1.172
S.B.O.			491	60,9	315	39,0	806
Virosis	798	100,0					798
Neumopatías					681	100,0	681
Laringitis	102	58,6	34	19,5	38	21,8	174
Totales	2.071	39,1	2.181	41,2	1.040	19,6	5.292

TABLA Nº 2

**DIAGNOSTICOS SEGUN TRATAMIENTO EN SERVICIO DE URGENCIA
HOSPITAL ROBERTO DEL RIO, JULIO 1986**

Diagnósticos	Medidas Generales		Tratamiento Sintomático		Penicilina Sódica		Penicilina Benzatina	
	No	o/o	No	o/o	No	o/o	No	o/o
Bronquitis	247	16,4	1.080	65,0	926	55,7	166	9,9
Faringo-amigdalitis viral	55	6,8	596	73,8	407	50,4	245	30,3
Faringo-amigdalitis purulenta	13	3,5	279	76,4	313	85,7	294	80,5
S.B.O.	315	39,0	697	86,4	342	42,4	29	3,5
Virosis	104	13,0	487	61,0	20	2,5	6	0,7
Neumopatías	160	23,4	453	66,5	467	68,5	22	3,2
Laringitis	118	67,8	121	69,5	33	18,9	5	2,8
Totales	1.039	19,6	3.713	70,1	2.508	47,3	767	14,4

45. EFECTOS DEL TABAQUISMO INTRADOMICILIARIO EN LA FRECUENCIA DE ENFERMEDAD RESPIRATORIA DEL GRUPO FAMILIAR

Drs. Ernesto Medina, Raquel Medina y Ana María Kaempffer
(Escuela de Salud Pública, Facultad de Medicina, Universidad de Chile)

En las últimas décadas ha surgido la preocupación mundial por los efectos patógenos del hábito de fumar, que se han comprobado en diversas partes del mundo, en forma sistemática. En Chile, diversos estudios han confirmado que los efectos adversos del consumo de tabaco se registran en forma parecida, aunque no idéntica, a lo observado en otras partes, en cuanto a incremento de diversos riesgos relativos. Nosotros hemos podido comprobar que algo más del 70% de las muertes de adultos son atribuibles al tabaquismo, y la pérdida de peso del recién nacido hijo de madre fumadora que, de acuerdo a nuestros estudios, es de 220 gramos, representa un aumento de riesgo equivalente a un 100% de la mortalidad infantil.

A través de distintos componentes, la inhalación del humo de tabaco es particularmente nociva para el aparato respiratorio a través de las acciones de la nicotina, óxidos nitrosos y alquitrán, en particular, que determinan, entre otros efectos, la paralización de los cilios que, en condiciones normales, eliminan en dos horas la totalidad de las sustancias extrañas introducidas al aparato respiratorio; el efecto destructor del endotelio alveolar pulmonar a través de la neutralización de las antiproteasas y el estímulo de la acción de los macrófagos alveolares, a lo que se agregan las alteraciones displásicas y luego neoplásicas y las modificaciones funcionales vinculadas a la nicotina, que se expresan en estímulo de la secreción mucosa, aumento de la permeabilidad celular y dilataciones de la submucosa. Este conjunto de alteraciones explica el significativo aumento de patología broncopulmonar observada en los fumadores.

El tabaquismo de las personas no sólo introduce humo de tabaco en el aparato respiratorio de los fumadores sino también, aunque obviamente en menores cantidades, en el sistema broncopulmonar de las personas que conviven con fumadores. En este estudio nos interesó explorar la relación existente en Chile entre el hábito de fumar en las viviendas y la frecuencia de enfermedad respiratoria aguda y crónica en las personas no fumadoras de los mismos grupos familiares.

Material y Método

En 12 ciudades chilenas (Iquique, Antofagasta, Coquimbo, La Serena, Valparaíso, Viña del Mar, Rancagua, Talca, Chillán, Concepción, Talcahuano y Coronel) durante la segunda quincena de Noviembre de 1985 se estudió la morbilidad, atención médica y hábito de fumar, en muestras aleatorias representativas de la población de dichas ciudades, con un total de 1.066 viviendas y 4.730 personas encuestadas. La información fue proporcionada por la dueña de casa o el jefe de hogar. Se consideró como fumadores a todas las personas que usaban tabaco, cualquiera que fuese la cantidad diaria de consumo.

Resultados

La incidencia de enfermedad respiratoria aguda durante la quincena de estudio fue de 3,04% y la prevalencia de enfermedad crónica respiratoria, de 1,37%. La enfermedad aguda se registró más frecuentemente en lactantes (9,35%) y niños de 2 a 14 años (4,07%) que en adultos (2,29%) o senescentes (3,91%). La frecuencia de bronconeumopatía crónica se observó en el 0,7%; 2,0%, 0,7% y 2,5% de los grupos de edad citados previamente.

Del total de viviendas investigadas, en un 46% de los casos no había fumadores, registrándose la presencia de 1 fumador en el 30,4%; de 2 fumadores en el 15,5%; de 3 a 4 fumadores en el 6,7% y de 5 o más en el 1,1% de las viviendas.

En el momento de la encuesta existían brotes epidémicos de virosis respiratoria en Viña del Mar y Chillán, con incidencia quincenal de 6,7 y 7,1% respectivamente; a la inversa, la frecuencia fue muy baja en Antofagasta (0,4%) y Talcahuano (0,5%), mientras en el resto se acercaba al valor promedio de 3,0%. La prevalencia de enfermedad crónica aumentó progresivamente desde el conjunto de ciudades nortinas entre la I y IV Regiones (0,94%) a las centrales entre la V y VII Región (1,38%) y las sureñas ubicadas en la VIII Región (1,65%).

La relación entre el hábito de fumar y la frecuencia de enfermedad respiratoria aparece en la Tabla 1. Puede apreciarse que la existencia de fumadores en la vivienda aumentó el riesgo relativo de sufrir una enfermedad respiratoria aguda en 380/o, y un problema crónico en 280/o. Se advierte, igualmente, que basta para dicho aumento de riesgo con la presencia de un solo fumador en la vivienda.

La Tabla 2 muestra el incremento del riesgo relativo en diversos grupos de edad, apareciendo como especialmente destacado el aumento del riesgo de enfermedad aguda observado en los lactantes, que sí aparece vinculado al número de fumadores existentes en la vivienda. Esta situación no se aprecia en otros grupos etarios. En cuanto a enfermedades crónicas, la existencia de fumadores no aparece asociada en el caso de preescolares y escolares, pero sí se registra aumento de riesgo relativo en los adultos.

El aumento del riesgo relativo de infección respiratoria en el lactante está fuertemente asociado con el tabaquismo de la madre, advirtiéndose una incidencia de 4,20/o cuando la madre no fuma, que se eleva a 19,00/o cuando lo hace (riesgo relativo 4,52). El tabaquismo del padre, en cambio, no afecta la frecuencia de infección respiratoria del lactante (Tabla 3).

El análisis de diversos factores de confusión, entendiendo por tales aquellas variables relacionadas tanto al hábito de fumar como a la frecuencia de enfermedad respiratoria, revela que el incremento del riesgo relativo no está influido ni por la geografía ni por la existencia de situaciones epidémicas en las diversas ciudades. En cambio hemos comprobado que el aumento de incidencia de enfermedad respiratoria aguda en las viviendas de fumadores es especialmente marcado en los estratos socioeconómicos más bajos (Tabla 4).

Finalmente, cabe consignar que, de acuerdo a la incidencia de afecciones agudas en la población total, de 3,04 y de 2,53 en las viviendas no expuestas al uso de tabaco, es posible concluir que el riesgo atribuible poblacional porcentual es de 170/o, cifra que señala la proporción en que sería posible disminuir la frecuencia de la enfermedad si se eliminara la exposición al tabaco. La cifra que parece pequeña adquiere significado si se considera que, de acuerdo a los valores de incidencia registrados en este estudio (0,73 episodios por persona al año), en el país se producen anualmente unos 9.100.000 episodios de enfermedad respiratoria aguda, de los cuales 1.550.000 son atribuibles al uso de tabaco y, consecuentemente, la eliminación del hábito determinaría su disminución.

TABLA Nº 1

**RIESGOS RELATIVOS DE ENFERMEDAD RESPIRATORIA
SEGUN NUMERO DE FUMADORES EN LA VIVIENDA**

Número de Fumadores	Agudas		Crónicas	
	Incidencia o/o	Riesgo Relativo	Prevalencia o/o	Riesgo Relativo
Sin fumadores	2,53	1,00	1,20	1,00
Con fumadores	3,48	1,38	1,53	1,28
1 fumador	3,60	1,42	1,85	1,54
2-5 fumadores	3,40	1,34	0,56	0,46
6-8 fumadores	3,49	1,38	4,83	4,02

TABLA Nº 2

**RIESGOS RELATIVOS DE ENFERMEDAD RESPIRATORIA SEGUN
EDAD Y NUMERO DE FUMADORES EN LA VIVIENDA**

Fumadores en la Vivienda	Riesgos Relativos	
	Enfermedades Agudas	Afecciones Crónicas
Lactantes		
1 fumador	2,42*	n.c.
2-3 fumadores	4,00*	n.c.
Preescolares y Escolares		
Sí	1,17	1,06
Adultos		
Sí	1,27	1,39
Total	1,38*	1,28

* p – 0,05

n.c. = Riesgo relativo no calculable

TABLA Nº 3

**FRECUENCIA DE INFECCION RESPIRATORIA AGUDA DEL LACTANTE
SEGUN HABITO DE FUMAR DE LOS PADRES**

Personas que Fuman	Nº de lactantes	Incidencia %	Riesgo Relativo
Ninguno de los padres	71	4,2	1,0
Sólo el padre	31	3,2	0,8
La madre	21	19,0*	4,5
Padre y madre	16	18,8*	4,5
Total	139	9,35	

* La incidencia es significativamente mayor ($p = 0,01$) en comparación con “ninguno de los padres”.

TABLA Nº 4

**RIESGO RELATIVO DE ENFERMEDAD RESPIRATORIA AGUDA VINCULADA A LA
EXISTENCIA DE FUMADORES SEGUN NIVELES DE INGRESO**

Nivel de Ingreso	Incidencia de enfermedad Respiratoria aguda (%)		Riesgo relativo
	Fumadores	No Fumadores	
1 (más bajo)	4,4	1,6	2,7
2 - 3 - 4	2,6	2,6	1,0
5 - 6 (más alto)	4,2	3,8	1,1
Total	3,5	2,5	1,38

46. LA PRESENCIA DEL SÍNDROME DE DOWN EN EL HIJO: ESTUDIO SOCIOLÓGICO DE LOS EFECTOS EN LA ESTRUCTURA FAMILIAR

Sociol. Sylvia Pessoa
(Escuela de Salud Pública, Facultad de Medicina, Universidad de Chile)

El presente estudio pretende describir los aspectos que se ven afectados en el proceso de relaciones e interacciones intra-familiares y que tienen como causa la presencia de un hijo con el Síndrome de Down. Por sus características físicas, psíquicas y sociales disminuidas tanto en grado como de forma, produce a los integrantes del núcleo familiar diferentes modos de actuar, pensar, sentir y percibir. La presencia de este nuevo ser, viene a modificar y alterar el estilo de vida de la pareja y de todos los componentes asociados a ésta. Estos cambios se observan desde el mundo individual de los miembros relacionados al menor Down hasta un comportamiento colectivo de los mismos. La dinámica que da lugar a la presencia de este ser humano tan especial, lleva a reacciones inesperadas como ocultas y que involucren actitudes que frente a un juicio especializado son erróneas hasta aquellas que son acertadas.

La realidad coloca en evidencia que el menor Down tiene alto riesgo de ser objeto de abandono físico y psicológico como asimismo de maltrato, como también constituir un ser especialmente privilegiado. El contexto ambiental del menor Down puede transcurrir dentro de un continuo donde el punto de partida puede constituir una representación segregadora a un extremo opuesto constituido por una representación de alta carga excesiva de estímulos. Estas representaciones van a reflejar orientaciones normativas y simbólicas a través de las cuales culturalmente se trata al niño Down.

Marco de Referencia

Los especialistas de la genética pronostican hacia el futuro el aumento en el número de niños que presentarán anomalías congénitas dentro de las cuales se cuenta el Síndrome de Down. Las razones clínicas no son independientes de observaciones realizadas en sociedades que tienden a un envejecimiento poblacional. Esto haría suponer un incremento en la tasa que a nivel mundial es de un 50%. Siendo así, el número de niños que presentarán problemas estará muy lejos de disminuir y sobre los cuales habrá que actuar y atender.

Desde el punto de vista histórico, el problema del niño disminuido es muy antiguo, pero desde el punto de vista médico y educativo sólo lo es al término del siglo XVIII. Las soluciones que se han observado en las diferentes sociedades son correspondientes, curiosamente, a un pensamiento filosófico predominante a lo que también habría que agregar las creencias y las costumbres. La revisión bibliográfica permite sintetizar estableciendo que la presencia del Síndrome de Down en un menor se ha tratado en una dicotomía Eliminación-Integración. Sin embargo, dentro de esta dicotomía, claramente se pueden ubicar otros hitos que a su vez constituyen amplias categorías de análisis: Preformismo, Predeterminismo, Evolucionismo e Interaccionismo. La etapa Preformista, según criterio médico, el paciente de este síndrome se define como impermeable a cualquier acción médica o educativa e imposible su adaptación social (de ahí la eliminación física de los que presentaban anormalidades). Se incluye aquí las actividades venerativas (sociedades primitivas), sobreprotección extensa (cristianismo), posesión demoníaca (feudalismo), abandono en manicomios (aún persiste). La etapa Predeterminista se caracteriza por la aceptación de la relación medio ambiente-persona, pero desde un punto de vista negativo. El medio sólo corrompe. La deficiencia se considera algo irreversible, impermeable a cualquiera acción del medio. La acción médica es parcial. Se crean Instituciones por caridad y compasión donde los padres abandonan a sus hijos. La etapa evolucionista se caracteriza por un reconocimiento a la estimulación de los sentidos y a la educación activa, valorándose más lo externo sobre lo interno. El medio ambiente se considera como condición casi única para el aprendizaje. La etapa Interaccionista representa la relación herencia-medio ambiente, ambas conducen a un desarrollo equilibrado de la persona. Incluye la idea de normalización que pretende integrar al sujeto a la sociedad lo mejor posible dentro de sus propias limitaciones.

La inclusión de las cuatro etapas y las diferentes concepciones que ellas representan se utilizarán también como categorías para ubicar las acciones y reacciones actuales de las personas que se ven afectadas con el problema de enfrentar en su hijo el Síndrome de Down, sean ellas de carácter individual o colectivo de los componentes del núcleo familiar.

La situación requiere considerar una oportuna orientación e información al momento del diagnóstico del Síndrome de Down. La intervención de especialistas que puedan proporcionar una visión global y actualizada sobre el futuro del menor que incluya desde su niñez, la adolescencia y su adultez, podría aminorar las crisis emocionales de la familia y disminuir riesgo para el niño Down.

El trabajo se realizó en los meses de Agosto a Diciembre de 1986.

Contemporáneamente nos encontramos con la tendencia integrativa de los minusválidos previa acción educativa y rehabilitadora, dentro de las posibilidades diagnósticas que permita el daño. Sin embargo, esta es sólo una etapa ya que con la presencia de este niño va a afectar a más de una persona y esto a veces va a provocar graves conflictos interpersonales en las relaciones de la familia y otros que entran a jugar en el contexto familiar del menor Down.

Propósito

El estudio pretende compenetrar en el tipo de acciones y reacciones intrafamiliares en cuanto a relaciones sociales se trata. Se incluye, además, observar los efectos que este hijo produce sobre sus padres y la forma en que éstos proyectan la vida de su hijo.

Objetivos Generales

Identificar al menor Down con su entorno más inmediato: familia, colegio, vecindario. Su grado de aceptación social y por tanto su grado de integración.

Objetivos Específicos

Estuvieron orientados a buscar información que nos respondiera sobre el grado de integración que los adultos responsables del menor logran a través de sus acciones y reacciones bajo el supuesto que éstas están condicionadas por el encuadre socio-cultural.

Variables Independientes

Se definieron como: presencia del Síndrome de Down en el menor; grados de profundidad del daño; nivel de rehabilitación.

Variables Dependientes

Grado de aceptación del menor por los componentes familiares; niveles de dificultad que los adultos deben afrontar con el niño Down.

Material y Método

El estudio fue definido como exploratorio-descriptivo, ya que su énfasis no está en lo clínico sino en los aspectos sociológicos. Se pretende contribuir desde esta perspectiva. En los Centros de Educación Especial de la Región Metropolitana, a partir de los portadores del Síndrome de Down, se procedió a ubicar a los padres o adultos responsables de éstos. Se utilizó la técnica de la entrevista semi estructurada para el acopio de los datos. La muestra intencionada quedó constituida por 236 madres o adulto responsable. El rango de edad de los portadores del Síndrome fue de 4 a 20 años de edad. En relación al sexo, 152 correspondieron a hombres y 84 a mujeres.

Resultados

Los indicadores de estratificación social (12) nos permitió ubicar al 750/o de las familias en clase media profesional y comercial, un 150/o en clase media empleados y sólo un 100/o en clase obrera.

En el 750/o de las familias está presente el rechazo que por su naturaleza altera y modifica relaciones y procesos de interacción en el grupo familiar y que se manifiesta en la indiferencia, desunión, desafecto, celos, vergüenza, abandono, introversión, retraimiento, desinterés, sentimiento de culpa, frustración. Estas reacciones y acciones tienden a cambiar en el tiempo para algunos miembros de la familia, manteniéndose constante para otros. Cambiar este esquema para el 59,30/o de las familias les llevó más de 5 años; coincide con el síndrome en el primogénito e hijo único.

En el 290/o de las familias está presente la compasión. Especialmente en las madres, se manifiesta en la resignación, caridad, filantropía; sufrimiento, pena, mayor acercamiento a Dios. La acción de ambos padres se dirige a la búsqueda institucional para la ubicación del hijo. El 18,10/o de este grupo desconoce las causas del Síndrome como asimismo las alternativas de rehabilitación.

En el 3,40/o de las familias se observan acciones y reacciones de buscar información. Las acciones se orientan a buscar ayuda profesional especializada, estimular al menor, mayor preocupación por la salud del menor debido a su labilidad, interés por el desarrollo del lenguaje. Las reacciones hacia el niño son ayudarlo en sus deficiencias. Las acciones derivan de la información obtenida.

En el 39,90/o de las familias se presentan acciones y reacciones de aceptación. Las acciones derivan de un mayor conocimiento sobre el Síndrome de Down. Esto lleva a los padres a la búsqueda de cierta normalización: está presente la preocupación por lograr un oficio para el menor, por su sexualidad, por su formación de pareja, por la integración a través de actividades y responsabilidades dentro del hogar. Esto los lleva también a la proyección de su hijo en la integración al sistema social global.

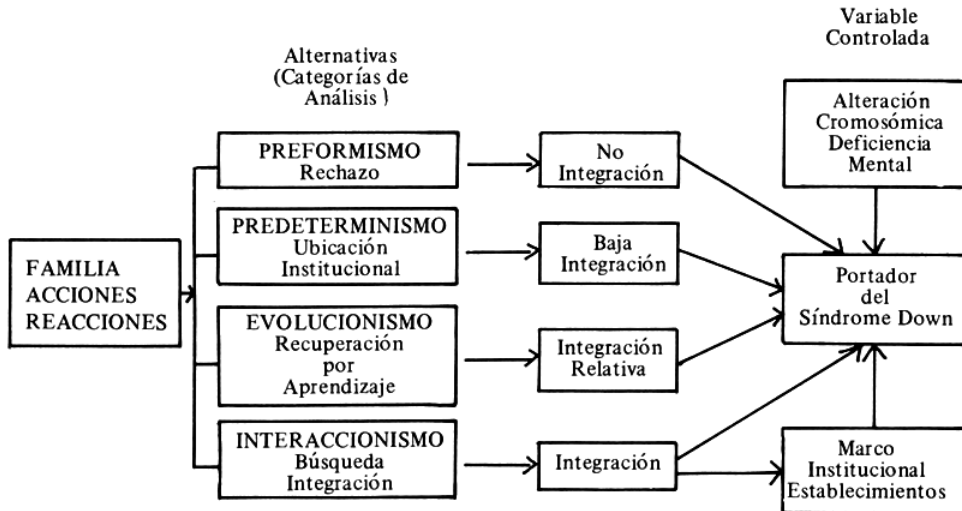
Conclusiones

La familia que tiene un portador Down ve amenazada su integridad por las diferentes situaciones que debe afrontar y sobre las cuales no tiene dominio. Las acciones y reacciones que se observan van del rechazo a la alternativa de la ubicación institucional, a la recuperación por aprendizaje y, finalmente, la búsqueda de la integración. Estas etapas no aparecen excluyentes para las familias. Se requiere un programa remedial para ayudar a la familia, sólo el 140/o de las familias recibió información médica.

TABLA Nº 1

Modelo Preformismo Prevalciente al nacimiento					Modelo Interaccionismo Posterior a los 5 años del Menor		
Reacciones Familiares	Componentes Familiares				Reacciones Familiares	Padre y Madre	
	Madre		Padre			Nº	o/o
	Nº	o/o	Nº	o/o			
Rechazo	139	59	184	78	Aceptación	151	64
Vergüenza	146	62	191	81	Búsqueda normalización	143	61
Indiferencia	153	65	160	68	Pareja normalizada	73	31
Desunión	50	21	45	19	Utilización profesional	110	47
Desinterés del hogar	37	16	—	—	Preocupación por el niño	111	47
Abandono	—	—	12	5	Niño desempeña roles	118	50
Abandono de Dios	76	32	80	34	Embarazo posterior	35	15
Término a embarazos	99	42	—	—	Trato normal	167	71

MARCO DE REFERENCIA ANALITICO



47. MALTRATO INFANTIL EN LOTA

Dr. Luis Rodrigo Zenteno, Enf. Mónica Araos y Dr. Patricio Martínez
(Servicio de Pediatría, Hospital de Lota)

La comuna de Lota es una zona que se caracteriza por altos índices de pobreza, con una población de 47.853 habitantes, de los cuales 17.058 son menores de 15 años. La fuente de trabajo primordial es la explotación del carbón, siendo catalogado como uno de los centros nacionales de mayor importancia en este rubro. Es en esta zona que se decidió realizar el presente estudio, cuyo propósito principal es describir la situación de maltrato existente en los niños de Lota, para lo cual se analizan las características socioculturales y de salud de éstos y de las personas involucradas en el problema.

Metodología

Se revisaron los registros de atenciones realizadas durante un año por Servicio Social del Hospital de Lota, detectándose 42 casos de negligencia o maltrato infantil en el período comprendido entre Marzo de 1985 y Marzo de 1986.

Luego de una evaluación preliminar se excluyeron 10 casos, quedando la unidad de análisis conformada por 32 niños que cumplían con la totalidad de los antecedentes exigidos para el análisis.

Posteriormente se revisaron historias clínicas y se aplicó un cuestionario a los padres y/o familiares del menor y a los propios niños maltratados.

Finalmente se realizó un examen físico a cada uno de los niños, en búsqueda de lesiones o estigmas físicos sugerentes de maltrato infantil. Paralelamente se observó el grado de desarrollo psicomotor y la existencia de trastornos de conducta en estos niños.

Resultados y Comentarios

La gran mayoría de los niños maltratados correspondió a menores de 6 años (71,90%), llamando notablemente la atención que en cerca de la mitad de los casos, el castigo se inició antes de los 2 años, etapa en que el niño es absolutamente dependiente, indefenso y no acusa al agresor.

Aunque no se encontraron diferencias estadísticas significativas entre ambos sexos, se aprecia que el sexo masculino es castigado con mayor frecuencia (53,10%).

El hecho de encontrarse en estos niños un alto índice de desnutrición (43,80%), mal cumplimiento de actividades de fomento y protección de la salud y deficiente higiene, obedece probablemente a factores tales como despreocupación paterna y deficiente situación socioeconómica de la familia.

Los antecedentes hospitalarios de estos niños revelan que existe una tendencia a la hospitalización iterativa, muchas de ellas por tiempo prolongado. Debe destacarse que el diagnóstico de ingreso "Síndrome del Niño Maltratado" fue consignado sólo en el 70% de las hospitalizaciones, lo cual evidencia el bajo índice de sospecha del síndrome por parte del médico.

Muchos de los niños fueron producto de embarazos no deseados, en más de la mitad de los casos por el padre y en menor proporción por la madre. Esta situación permite calificar a este grupo de niños como de "alto riesgo", ya que están más predispuestos a ser maltratados por sus progenitores.

El tiempo de lactancia materna es corto en cerca de la mitad de los casos, lo que desfavorece un eficiente vínculo afectivo en relación madre-hijo.

Una tercera parte de los niños presenta algún grado de retraso en el desarrollo psicomotor, probablemente debido al bajo estímulo y despreocupación de sus progenitores, ya que una alta proporción carece de antecedentes mórbidos perinatales.

Más de la mitad de los niños son tímidos, lo que puede atribuirse a consecuencia psicológica de maltrato. Por otra parte, uno de cada tres niños son agresivos, probablemente debido a que asimilan o aprenden conductas que son transmitidas por sus padres.

En una tercera parte de los casos el niño más frecuentemente maltratado corresponde al primogénito, lo cual podría deberse a la inexperiencia de los padres que utilizan el castigo físico como un elemento corrector.

En general, el niño expresa que es castigado por ambos padres (87,50/o), sin embargo en más de la mitad de los casos reconoce que es el padre quien lo castiga en forma más severa.

El 40/o de los niños presenta problemas para relacionarse con sus similares, ya sean éstos hermanos, amigos del barrio o compañeros de escuela.

La madre muestra, en general, predilección por alguno de sus hijos (57,90/o), situación similar ocurre con el padre, aunque en menor proporción.

En más de la mitad de los casos, el agresor había sido castigado en su niñez por sus padres, según ellos por desobediencia y alcoholismo paterno, es decir, las mismas razones que dan para castigar a sus hijos, por lo que se puede inferir que esta conducta se transmite de generación en generación.

El 50/o (la mitad de los niños) es castigado con una frecuencia que varía entre 1 y 3 veces a la semana.

Alrededor de la mitad de los padres valora el castigo físico como medio de control y elemento corrector positivo sobre los hijos. Esto permite concluir que el castigo físico constituye el patrón disciplinario y corrector predominante en nuestra comuna y, por ello, algo que fácilmente puede caer en el exceso.

48. PROYECTO DE RECUPERACION NUTRICIONAL INTRAHOGAR DEL CONSULTORIO SANTIAGO DE LA NUEVA EXTREMADURA SERVICIO DE SALUD METROPOLITANO SURORIENTE

Dra. Norma Núñez, A. Soc. Paz de los Reyes, Nutr. Juan Armijo, José Rodríguez, Dra. Ada Herrera
y Enf. Patricia Valenzuela
(DAP, Servicio de Salud Metropolitano Suroriente)

En Diciembre de 1986 la prevalencia de la desnutrición del Consultorio era de un 15,60%, una de las más altas del Servicio (10,70%) y del Area Metropolitana (8,70%).

El proyecto de recuperación nutricional intrahogar surge como una alternativa de mejorar la adhesividad a los programas educativos y disminuir la prevalencia de la desnutrición infantil en la población asignada al Consultorio, que se caracteriza por ser muy joven, en su totalidad pobladores erradicados de campamentos, alto porcentaje de cesantía, baja escolaridad y nivel cultural y familias numerosas y de relaciones inestables.

Objetivo General

Lograr la eutrofia P/E del total de niños ingresados al programa entre Marzo y Octubre de 1986.

Objetivos Específicos

1. Aumentar el crecimiento ponderal estatural de los menores.
2. Aumentar el ingreso económico familiar.
3. Establecer relaciones entre refuerzo educativo, mejor ingreso económico y mejoramiento del estado nutricional.
4. Lograr que al final del proyecto las madres fueran capaces de:
 - Usar adecuadamente los productos del programa nacional de alimentación complementaria.
 - Confeccionar minutas económicas adecuadas a los requerimientos del menor.
 - Realizar huertas en el hogar.
 - Reconocer importancia de controles de salud, vacunas y manejo de patologías frecuentes.
 - Definir conceptos de familia e importancia de paternidad responsable.

Material y Método

1. Selección de 20 niños desnutridos primarios P/E o de extrema pobreza, menores de 2 años en control en Consultorio Santiago de la Nueva Extremadura, a los que se les realizó controles de salud semanales por médico, enfermera o nutricionista.
2. Las madres de estos niños fueron entrevistadas y visitadas en sus domicilios por asistente social, quien realizó diagnóstico social al inicio y al final del proyecto. Recibieron contenidos educativos a través de actividades teóricas y prácticas según calendario. Fueron contratadas por el POJH durante los meses que duró el proyecto. Se les realizó un test de evaluación inicial y final. Fueron enviadas a Planificación Familiar.
3. Reuniones de equipo infantil para evaluaciones periódicas del proyecto.
4. Selección retrospectiva de 20 niños desnutridos para realizar comparación con el grupo estudio.

El trabajo se llevó a cabo en el Consultorio Santiago de la Nueva Extremadura y se contó con recursos económicos aportados por la Dirección de Atención Primaria del S.S.M.S.O. de la Ilustre Municipalidad de La Pintana.

Se aumentó el ingreso del grupo familiar mediante el subsidio POJH en un 100% en el grupo estudio, del mismo modo el estado nutricional experimentó mejoría con más de 1 desviación standard en el 60% de los casos.

Se obtuvo un 79% de respuestas satisfactorias en el test final (ver Tabla 2).

Asimismo la evaluación cualitativa realizada por las madres fue óptima.

Conclusiones

El PRNI es un buen modelo educativo asistencial para enfrentar el problema de desnutrición infantil, sin embargo reconocemos que el grupo comparativo no fue bien seleccionado, ya que se hizo retrospectivamente.

Este proyecto se continúa aplicando en nuestro Consultorio y se ha hecho extensivo a otros establecimientos del S.S.M.S.O.

Consideramos que la necesidad de educación en Salud debe ser satisfecha para lograr un mejor rendimiento en el manejo del desnutrido en atención primaria, para esto debemos destinar recursos humanos y a la vez incentivar a nuestra población para lograr una mayor adhesividad a nuestros programas educativos.

TABLA Nº 1

EVOLUCION DEL ESTADO NUTRICIONAL INDICE PESO-EDAD

Rango	Ingreso		Alta		Seguimiento	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
+ 1 a 2 DS (Sobrepeso)	—	—	—	—	—	—
+ 1 DS (Eutrofia)	—	—	3	15	2	10
— 1 a 2 DS (Desnutrición I)	4	20	7	35	6	30
— 2 a 3 DS (Desnutrición II)	15	75	9	45	11	55
Inferior a 3 DS (Desnutrición III)	1	5	—	—	—	—
No observado*	—	—	—	—	1	5
Total	20	100	20	100	20	100

* Traslado

TABLA Nº 2

EVALUACION CUANTITATIVA

	Test Inicial %	Test Final %
0 - 2 Insatisfactoria	14	14
3 - 6 Medianamente satisfactoria	28	7
7 - 12 Satisfactoria	56	79

49. METODOLOGIAS PARA PREDECIR LA DESNUTRICION AL AÑO DE EDAD

Drs. Francisco Mardones R., Rafael Vera, Est. Mirta Díaz e Ing. Rita Navarro
(Servicio de Salud Bío-Bío)

De acuerdo a información oficial del Ministerio de Salud (Minsal) y a diversas investigaciones al respecto, Chile ha logrado en los últimos años gran eficiencia y eficacia en disminuir los porcentajes de "el bajo peso al nacer", "la desnutrición del niño menor de 6 años bajo control", y de las tasas de mortalidad infantil que se han hecho cercanas a la de países de prosperidad económica.

El progreso logrado ha sido posible por la aplicación de estrategias basadas en el análisis de tasas, porcentajes e indicadores de consolidados nacionales, regionales y por Servicios de Salud. Sin embargo, al desagregarse la información a nivel de provincias, comunas y localidades específicas, se aprecian valores parciales que desmedran los promedios de unidades territoriales mayores. Es la situación del Servicio de Salud Bío-Bío en que, no obstante disminuir las muertes del menor de 1 año, haber mejorado discretamente el bajo peso al nacer, aún no ha logrado disminuir significativamente la desnutrición del menor de 6 años que en Junio de 1986 correspondía a un 14,60% (Tabla de Sempé), ocupando un triste primer lugar de privilegio con respecto de los 25 Servicios de Salud restantes, en circunstancias que el promedio nacional era de 11,10% en las fechas señaladas.

La situación descrita nos obliga a buscar técnicas de diferente orden para seleccionar a los niños más expuestos a sufrir el daño de desnutrir (tal vez a enfermar y morir,) especialmente antes de los 12 meses de vida.

El presente trabajo pretende dar respuesta a 3 interrogantes:

- ¿Es posible clasificar previamente la población de lactantes en función de la probabilidad de desnutrir al año de edad?
- ¿En qué mes de vida sería posible predecir esta posibilidad?
- ¿Cómo hacerlo?

El enfoque de riesgo basado en la medición probabilística permite seleccionar conglomerados de poblaciones más vulnerables a desnutrir, y de estos grupos aún es posible dimensionar subgrupos específicos demandantes de actividades y acciones muy precisas.

Por el hecho de que el riesgo de desnutrir ubica el eventual daño hacia una contingencia futura, permitiría buscar variables indirectas o factores de riesgo condicionantes de la susceptibilidad individual de incrementar la variable directa, en este caso, la desnutrición.

La selección de los factores de riesgo exige mediciones muy precisas, para considerar solamente aquellos que nos aseguren el mayor valor predictivo, basado en la fuerza de asociación entre variables directas e indirectas y en el sinergismo de los mismos.

Material y Método

La recolección de información se realiza en una cohorte de nacidos vivos en el trimestre Marzo-Mayo de 1985 en el Servicio de Salud de Bío-Bío, correspondiente a 1.453 partos. El seguimiento permitió obtener sólo 1.173 registros comparables.

La investigación fue posible por la colaboración en terreno amplia de los profesionales, quienes completaron formularios pre-codificados con información provenientes de documentos habituales de trabajo como: Tarjetas de población infantil bajo control, Tarjetas de control maternal, Historias Clínicas de Consultorios y Hospitales, Historias Clínicas Familiares de Postas Rurales y Fichas Sociales. Cuando faltó consignación de algún antecedente, se recurrió a la visita domiciliaria. La cohorte estudiada corresponde muy mayoritariamente a usuarios del Servicio de Salud.

Los formularios señalados fueron digitados, procesados y analizados en el Instituto de Nutrición y Tecnología de los Alimentos (INTA), en el terminal INTA 2 del Computador SECI (Universidad de Chile) en la Unidad de Salud Familiar. Se logró seleccionar factores de riesgo de acuerdo a grado de dependencia, asociación e interacción de los indicadores de predicción.

Se utilizaron 3 métodos de análisis:

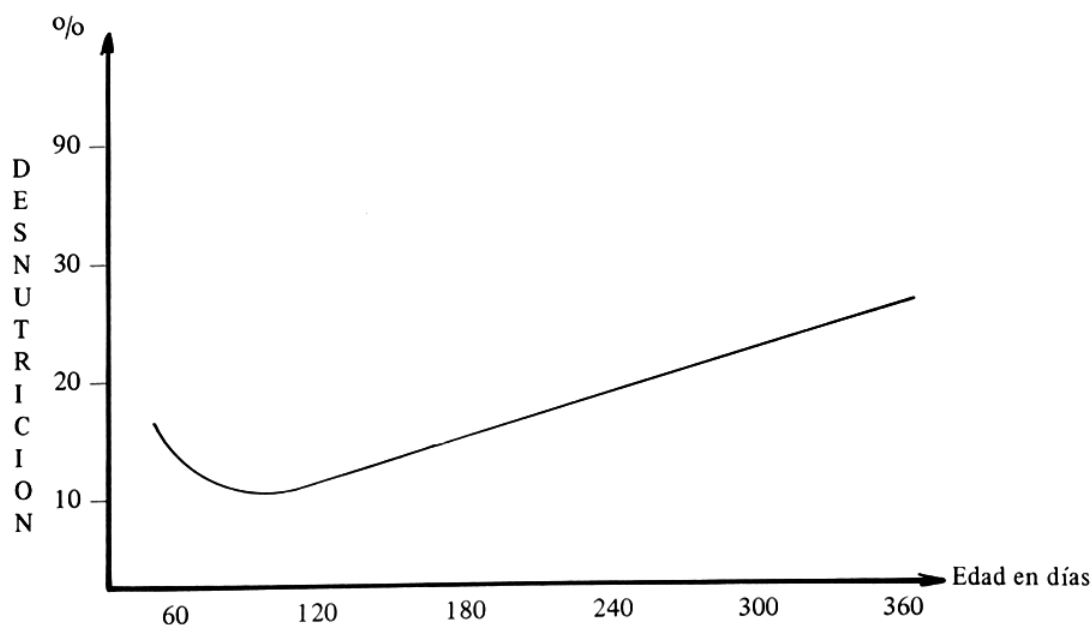
1. El de Riesgo Relativo Simple
2. El método CART de arborescencia, y
3. El método de Regresión Logística.

Resultados

- 1) En las muestras de estudio se vio que el punto de corte o límite de inclusión corresponde al período de 90-120 días de edad (respecto del percentil 20 OMS/78). Por lo tanto, en esta edad del niño se encontró el punto más predictivo para los fines del trabajo. (Gráfico 1).
- 2) El valor predictivo de los instrumentos usados fue superior al 74% de datos correctos (incluidos Verdaderos Positivos y Verdaderos Negativos) (Tabla 1).
- 3) En el trabajo original se aprecia que el predictor CART, incluye parámetros de costo y en los predictores de Riesgo Relativo y Regresión Logística, la decisión de costo es posterior al cálculo del predictor.

GRAFICO Nº 1

% POBLACION INFANTIL CON CRECIMIENTO DEFICIENTE
(< P 20 O.M.S.) LOS ANGELES 1987



Determina el punto predictivo entre los 90 y 120 días, pese que la muestra parte desmejorada en un 13,5% y alcanza al año 29,8%.

TABLA Nº 1

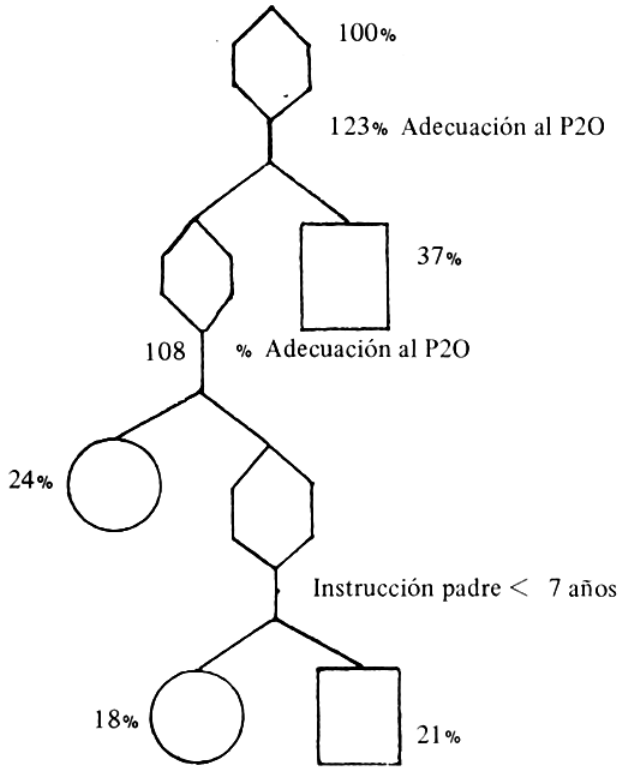
RESUMEN RESULTADOS COMPARATIVOS METODOS UTILIZADOS

F a c t o r e s	Tipo Variables	Riesgo Relativo	C.A.R.T.	Regresión Logística
Peso/edad 90 días.	B	X	X	X
Instrucción del padre	A		X	
Orden Paridad	A	X		X
Nº Controles Maternos	A			X
Alcoholismo padre	A			X
Talla madre	B			X
Instrucción materna	A	X		
Estabilidad laboral	A	X		
Ocupación padre	A	X		
Eliminación de excretas	A	X		
Sensibilidad %		82,6	78,5	83,6
Especificidad %		68,7	78,1	68,3
% Correcto (V.P. y V.N.)		75,6	78,2	73,9

Se aprecia que los tres instrumentos utilizados, trabajan con variables iguales o diferentes; son susceptibles de medir y dan porcentaje de sensibilidad y especificidad muy similares.

GRAFICO Nº 2

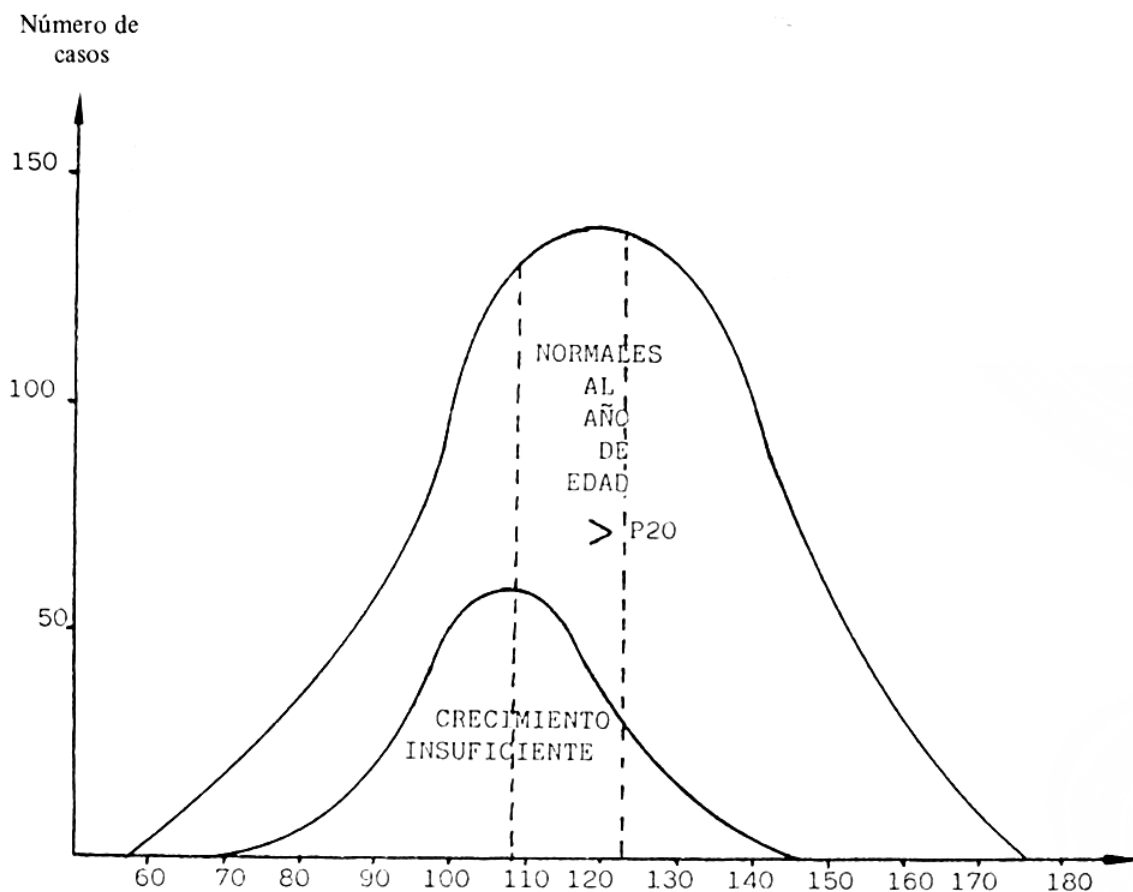
DISTRIBUCION DE LA POBLACION INFANTIL POR NUDO DE CLASIFICACION Y EL METODO CART, LOS ANGELES 1987



Los nudos de clasificación revelan un 42% de niños que ameritan atención diferenciada inmediata y el 58% restante requiere sólo de medidas habituales (sin riesgo).

GRAFICO Nº 3

DISTRIBUCION DE LOS NIÑOS AL AÑO DE EDAD SEGUN RELACION PESO/EDAD (P20 O.M.S.)



% Adecuación del Peso/Edad a los 90 días de edad (Percentil 20 O.M.S.)
Los Angeles, 1985.

El método CART así representado expresa el porcentaje de adecuación peso/edad a 90 días en P20 O.M.S. -78, y muestra que sobre 123% está la población sin riesgo y bajo 108%, con riesgo; y entre ambos hay que definir con la variable Instrucción del Padre.

50. APLICACION DE PREDICTORES DE DESNUTRICION INFANTIL EN CONIN LOS ANGELES

Drs. Francisco Mardones R., Rafael Vera, Est. Mirta Díaz e Ing. Rita Navarro
(Servicio de Salud Bio-Bío)

Este es un trabajo realizado sobre la base de la investigación "Aplicación Metodologías para predecir Desnutrición al año de edad", según los mismos autores.

El objetivo es medir los predictores encontrados en una muestra distinta a la cohorte de la cual se extrajeron. Aquí se prueban los tres instrumentos del Enfoque de Riesgo obtenidos por: Riesgo Relativo Simple, C.A.R.T. de Arborescencia y Regresión Logística, discutiendo su aplicabilidad.

Materiales y Métodos

La recolección de información se realiza en una cohorte de 143 niños, hospitalizados en CONIN Los Angeles, en el primer semestre de 1986. El seguimiento retrospectivo permitió obtener: 137 casos para aplicar el predictor de Riesgo Relativo, 132 para aplicar el C.A.R.T. y 77 casos para aplicar el instrumento de Regresión Logística. Los datos se vaciaron a Encuestas Pre-codificadas desde los registros habituales de los Servicios de Salud: Tarjetas, Historias Clínicas, etc. Los datos no encontrados se obtuvieron por visitas domiciliarias.

Las encuestas fueron digitadas y procesadas en el terminal INTA2 del Computador de la U. de Chile.

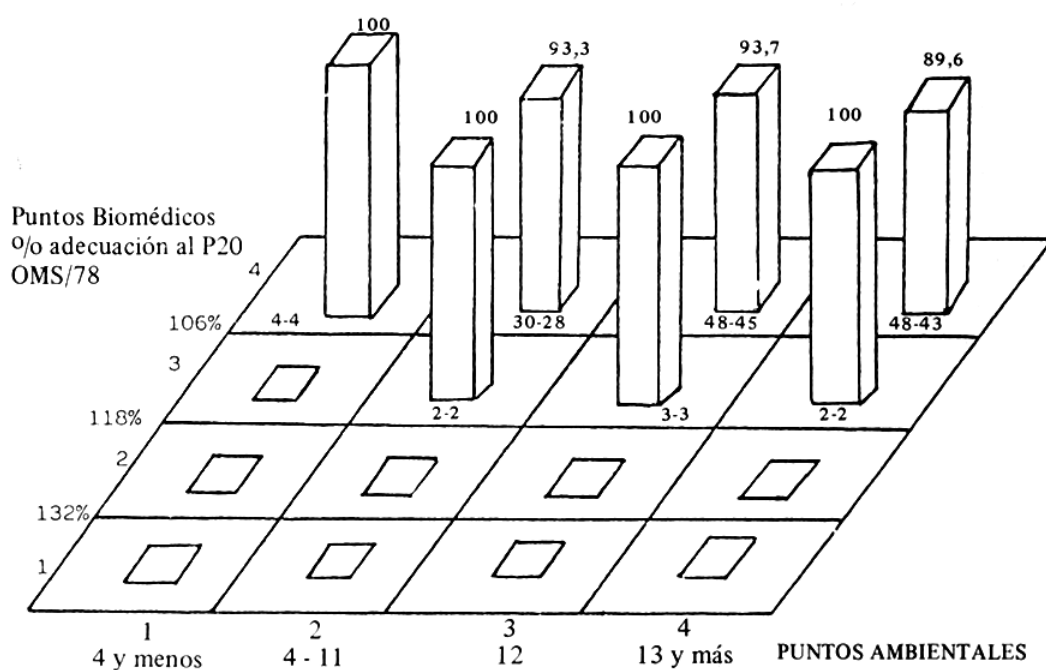
Resultados

1. Al aplicar el predictor de Riesgo Relativo (método más difundido pero no por ello menos complejo), nos encontramos con la matriz de sinergia (Gráfico 1) que indica:
 - a) El predictor es bueno, ya que al aplicarlo a una población sesgada por la desnutrición, aumenta su sensibilidad en un 92,70% (en la cohorte general, de donde se extrajo el predictor, es de un 82,60%).
 - b) Toda la población entra al casillero 3 y 4, al tener menos de 1180% de adecuación al percentil 20 de la tabla OMS/78.
 - c) Cuatro casilleros tienen 1000% de tasa de desnutrición, y tres tienen poco menos, por 10 casos que al año de edad alcanzaron peso adecuado al intervenir la variable desnutrición en CONIN.
2. Aplicando el predictor obtenido por C.A.R.T., que nos parece el método más fácil de aplicar en el nivel local, nos encontramos con la Tabla 1 (no es otra cosa que un procedimiento de decisión desde arriba hacia abajo en el esquema), que nos indica:
 - a) Aumenta la sensibilidad desde 78,50% a 95,860% en CONIN, apareciendo una especificidad de 36,360%, ya que se ha introducido la variable costo.
 - b) De haber usado el predictor y usado atención diferenciada, 135 niños de CONIN no hubieran ingresado; este, nos parece, es uno de los resultados y aplicabilidad más importante de la presente investigación.
3. El predictor obtenido de Logit (Regresión Logística) al aplicarlo en CONIN pudo usar sólo 77 casos (ver Gráfico 2), y nos encontramos con la tabla de sinergia de la que se obtiene:
 - a) Aumenta la sensibilidad de un 83,60% a 92,210%, pero toma sólo 77 casos, ya que el método exige la consignación de todas las variables y contiene también la evaluación de cinco factores (el método C.A.R.T. usa sólo dos factores), por lo que creemos que si bien es más exacto, es más complejo en su uso por el nivel local.
 - b) Todos los niños se ubican con una adecuación menor que 1160% del percentil 20 OMS/78 y todos tienen sobre 8 puntos de riesgo ambiental, esto ratifica la exactitud de este predictor, ya que concentra la población en sólo cinco casilleros de la matriz de sinergia.
 - c) De estos 77 casos, 6 alcanzaron peso adecuado al año de edad por la intervención de CONIN a la desnutrición.

En resumen, podríamos decir que los tres predictores son de buena calidad y cumplen su objetivo. Agreguemos que el método C.A.R.T. es el de más fácil uso por el personal de atención directa del nivel local.

GRAFICO Nº 1

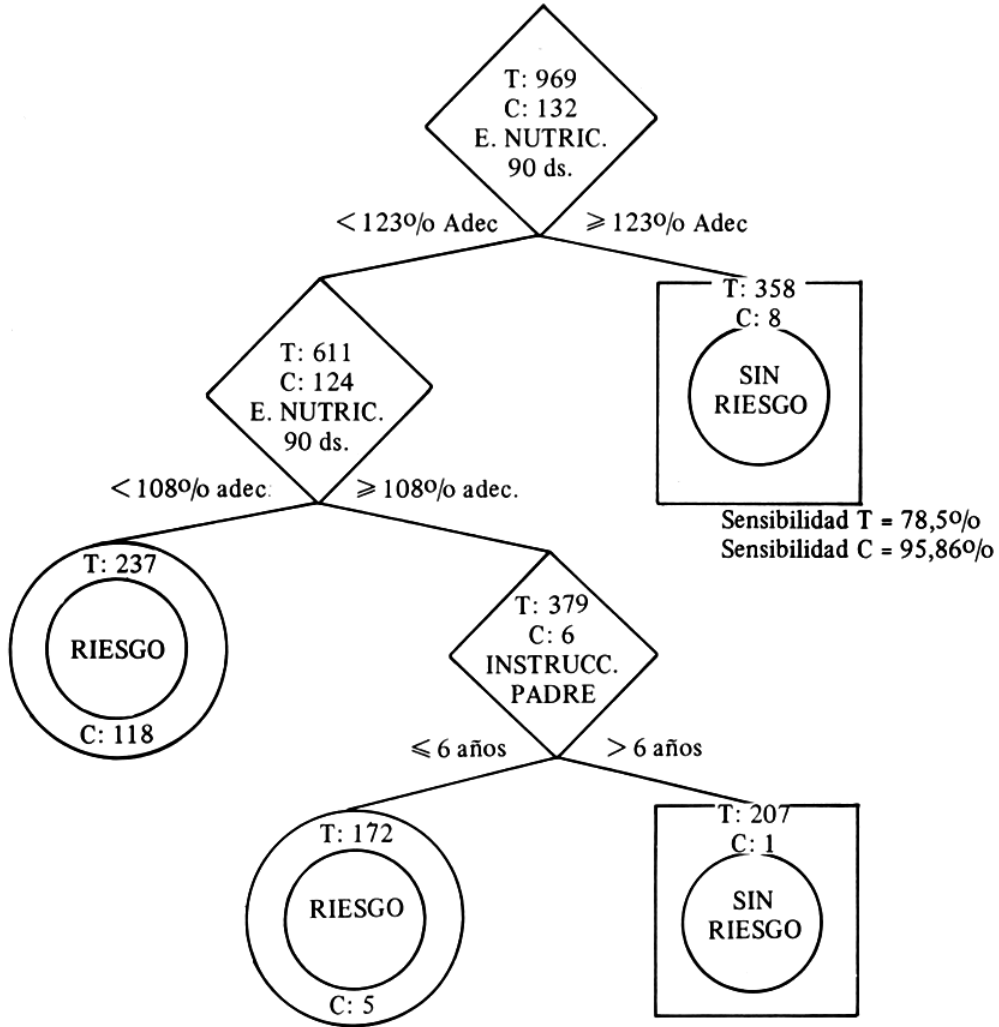
APLICACION PREDICTOR AL AÑO DE EDAD, DE DESNUTRICION CON METODO RIESGO RELATIVO (INTA) TASA DE DESNUTRICION EN NIÑOS HOSPITALIZADOS - CONIN, LOS ANGELES



Sensibilidad + 92,70%o

TABLA Nº 1

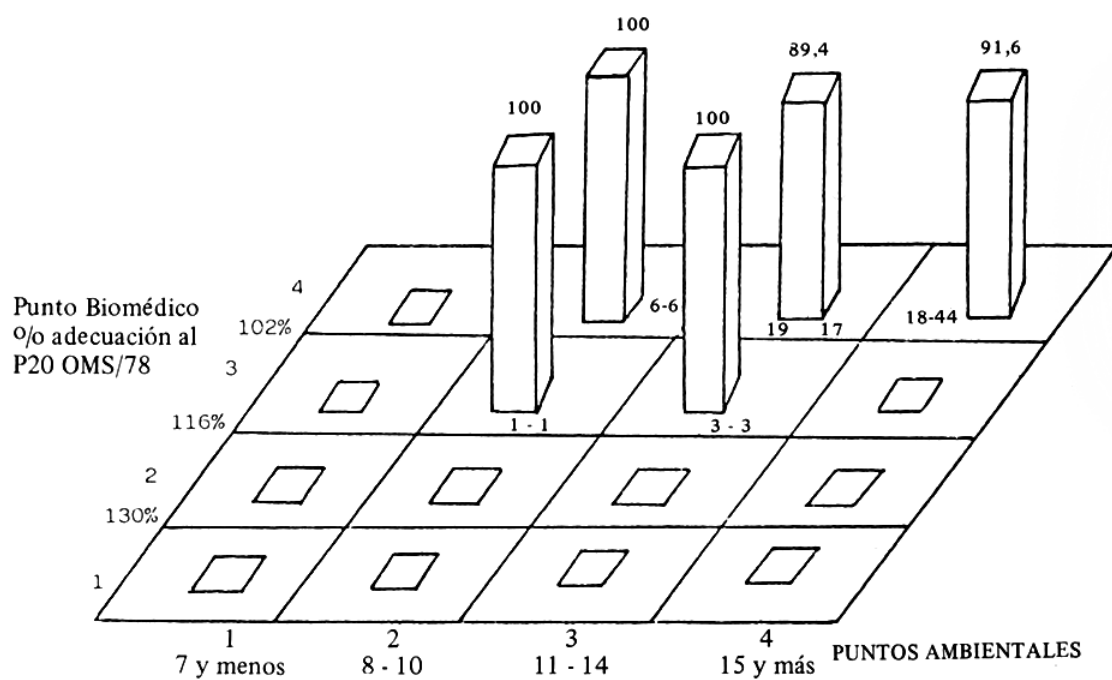
**GRAFICO C.A.R.T. PARA PREDECIR DESNUTRICION AL AÑO DE EDAD
CONIN vs. NACIDOS VIVOS UN TRIMESTRE 1985 - PROVINCIA BIO-BIO**



T : Nacidos vivos Provincia Bío-Bío Trim./ 85; aquí se extrajo predictor; Nº de casos.
C : Muestra CONIN, Nº de casos

GRAFICO Nº 2

APLICACION PREDICTOR AL AÑO DE EDAD, DE DESNUTRICION CON METODO
REGRESION LOGISTICA (INTA) Y TASAS DE DESNUTRICION, EN NIÑOS
HOSPITALIZADOS CONIN, LOS ANGELES



Sensibilidad = 92,21

51. ALGUNOS PROBLEMAS DE SALUD DETECTADOS EN EL EXAMEN DE SALUD ESCOLAR

Enfs. Rosy Ravera, Amanda Espinoza, Edith Cornejo, Sra. Ilse López, Enf. Sonia Garrido, Helga Hermosilla, Eva Retamal y Margarita Soza
(Departamento de Investigación, Colegio de Enfermeras y Escuela de Salud Pública, Facultad de Medicina, Universidad de Chile)

La edad escolar se caracteriza por la aceleración de la velocidad de crecimiento y desarrollo durante la fase puberal, que lo hace vulnerable a desviaciones de la normalidad que le corresponden por patrimonio genético. Los problemas de morbilidad son cuadros de fácil detección y manejo. El examen de salud escolar tiene como objetivo primordial la pesquisa de estos problemas para su oportuna corrección y tratamiento, evitando que se conviertan en problemas irreversibles.

El estudio que se presenta forma parte de un trabajo de investigación que describe todas las variables demográficas y de salud de la población escolar de la comuna de La Florida; en esta ocasión sólo se describen los problemas de salud oral, visual, defectos estaturales, problemas de piel y de cuero cabelludo encontrados en el examen de salud escolar.

El universo quedó constituido por el total de alumnos de 1º, 4º y 8º año de la enseñanza básica, cuya edad fluctúa entre los 6 y 16 años. Cada alumno fue examinado por una enfermera especialmente preparada, que se cionó a las normas emanadas del Ministerio de Salud para el examen de salud escolar, los datos fueron vaciados a un instrumento precodificado y procesado mediante computación.

Resultados

Del total de varones examinados, el 750/o presenta problemas de salud oral, entre éstos más del 720/o son caries, la quinta parte, caries más restos radiculares y en 63 niños, 5,30/o presenta mala oclusión dentaria. En el caso de las niñas, el 720/o tiene este tipo de problemas en proporciones muy parecidas a los varones. Se destaca que ya en esta edad hay jóvenes que tienen restos radiculares, porcentaje significativamente superior en los varones ($p < 0.05$).

En el caso de la dificultad visual presente en el 15,60/o de los hombres y en el 21,70/o de las mujeres, la miopía es el problema más frecuente en ambos sexos, el estrabismo es significativamente superior en los varones.

Los defectos de posición están presente en el 14,50/o de los varones y en el 100/o de las mujeres, en ambos grupos predomina la escoliosis; el dorso curvo y ambos defectos juntos son proporcionalmente más frecuentes en los hombres.

En relación a defectos en las extremidades inferiores, el problema es igualmente frecuente en hombres y mujeres.

Es significativa la diferencia en la proporción de niñas con problemas del cuero cabelludo, 11,50/o en comparación a sólo el 70/o en los hombres. Entre estos problemas, la pediculosis en ambos sexos concentra más de la mitad, la caspa sobre el 350/o en los hombres y el 420/o en las mujeres.

Entre las afecciones de la piel, con frecuencia similar en ambos sexos, el acné es proporcionalmente superior en las niñas.



TABLA Nº 1

**PROBLEMAS DE SALUD DETECTADOS EN EL EXAMEN DE SALUD DE ESCOLARES
DE LA COMUNA LA FLORIDA**

Problemas de Salud	Hombres		Mujeres	
	Total	o/o	Total	o/o
Problemas Dentales	1.821	100,0	1.909	100,0
– caries	1.326	72,8	1.422	78,6
– caries más restos radiculares	400	21,9	291	16,1
– restos radiculares	63	3,5	68	3,8
– mala oclusión	9	0,5	12	0,7
– otros	23	1,3	16	0,8
Problemas Visuales	380	100,0	550	100,0
– miopía	229	60,3	390	70,9
– estrabismo	151	39,7	160	29,1
Problemas Posturales	351	100,0	257	100,0
– escoliosis	250	71,2	197	76,7
– dorso curvo	68	19,4	32	12,5
– ambos	20	5,7	8	3,0
– otros	13	3,7	20	7,8
Extremidades Inferiores	356	100,0	301	100,0
– pie plano	277	77,8	234	77,7
– pierna corta	67	18,8	63	20,9
– otros	12	3,4	4	1,4
Cuero Cabelludo	170	100,0	290	100,0
– pediculosis	95	55,9	149	51,4
– caspa	61	35,9	123	42,4
– alopecia	5	2,9	9	3,1
– tiña	5	2,9	6	2,1
– otros	4	2,4	3	1,0
Afecciones Cutáneas	362	100,0	362	100,0
– acné	55	15,2	91	25,2
– sarna	64	17,7	56	15,5
– verrugas	41	11,3	50	13,8
– prurigo	41	11,3	36	9,9
– otros	161	44,5	129	35,6

52. DESARROLLO PONDOESTATURAL Y ESTADO NUTRITIVO DE LOS ESCOLARES DE ENSEÑANZA BÁSICA DE LA FLORIDA

Enf. Sonia Garrido, Sra. Ilse López, Enf. Margarita Soza, Eva Retamal, Rosy Ravera, Helga Hermosilla, Amanda Espinoza y Edith Cornejo
(Colegio de Enfermeras de Chile y Escuela de Salud Pública, Facultad de Medicina, Universidad de Chile)

En el ser humano el peso y la estatura son parámetros que conservan su importancia durante toda la vida. El peso es un indicador de riesgo tanto en situaciones de bajo peso como de sobrepeso. La estatura es especialmente un indicador de desarrollo racial. Ambos tienen una connotación estética digna de considerar. Esta evoluciona ascendiendo sistemáticamente hasta la etapa de adulto joven, edad en que sus valores se estabilizan. El peso, en cambio, es susceptible de experimentar aumentos o disminuciones de diferente magnitud en cualquier edad.

Los profesionales de la salud controlan estos parámetros prácticamente durante toda la vida de las personas y su evaluación adquiere mayor relevancia en las edades extremas, especialmente durante la etapa de lactante en los niños y en la senescencia en el adulto.

La disminución o la mantención del peso en un niño de corta edad puede rápidamente desembocar en una desnutrición, la que generalmente se acompaña de un conjunto de riesgos que ponen en peligro la salud y calidad de vida del niño. Por otra parte, un peso superior al que corresponde para una determinada edad y talla representa un peligro cierto a mediano y largo plazo para el aparato cardiovascular, osteomuscular y endocrino.

El Colegio de Enfermeras de Chile, en su deseo de ayudar a la comunidad y de contribuir en la solución de los problemas, desarrolló un programa de control de Salud Escolar en la comuna de La Florida, en virtud del cual se controló a todos los niños de enseñanza básica de las Escuelas Municipales de La Florida. Los objetivos principales de este trabajo fueron: conocer el desarrollo antropométrico de los niños; cuantificar problemas de aprendizaje y conductuales; detectar problemas de salud.

Junto a esto se pensó comparar algunos de los hallazgos con los de otros estudios similares y, en especial, con las tablas de Peso y Talla de Avendaño y Patri, dado que están siendo utilizadas desde hace unos diez años.

Se midió peso y talla a 4.956 niños de 6 a 17 años que cursaban 1º, 4º y 8º básico. De ellos, 2.428 (49%) eran varones y 2.528 (51%), de sexo femenino.

En los varones de entre 6 y 17 años las frecuencias en las distintas edades varían desde 469 niños a los 10 años hasta 40 escolares a los 17 años. En la mayoría de las edades se contaba con más de 100 niños. Hacen excepción los 8, 12, 16 y 17 años. En los niños la situación es prácticamente similar. Es probable que las edades de excepción mencionadas correspondan a escolares que tienen desfase entre ésta y el curso que les correspondería ya que, como se dijo anteriormente, el estudio consideró a los escolares de 1º, 4º y 8º básico.

En relación a peso por edad y sexo, se calculó el promedio y la desviación standard. Lo mismo se hizo con la estatura. En los varones el peso promedio aumentó sistemáticamente desde 21 kg. en los niños de 6 años hasta 51,1 a los 17 años. En las niñas el peso promedio de los 6 años fue de 20,6 kg.; aumentó sistemáticamente hasta los 15 años, 49,1 kg. Los grupos de 16 y 17 años se mantuvieron prácticamente en el mismo peso, 50,3 y 50,8 kg. respectivamente. En términos de desviación se aprecia una mayor dispersión en los niños a partir de los 10 años. Si se considera la estatura se observa que los varones presentan un promedio de 113,6 cm a los 6 años, el que va aumentando sistemáticamente hasta los 17 años de edad en que alcanza los 164,5 cms. La desviación standar hasta los 10 años no sobrepasa los 5,9 cm., en cambio a partir de los 11 años aumenta hasta 7,8 cm. La estatura promedio de los niños varía de 112,9 cm. a los 6 años a 153,2 a los 15 años. A los 16 y 17 años se observa una situación bastante curiosa, los promedios son 152,9 cm. y 150,8 cm. respectivamente. Cabe recordar que este no es una cohorte, sino que un estudio transversal en niños de distintas edades. La variabilidad de este grupo es semejante a la descrita para los varones, alrededor de 5 y 6 cm. hasta los 10 años y de 7 a 9 cm. a partir de los 11 años.

Dado que los parámetros que habitualmente se usan para evaluar peso y estatura en los escolares son los valores contenidos en las tablas de Avendaño y Patri y que se trataba de un grupo compuesto por 5.000 escolares, interesó hacer la comparación de promedios. Al comparar

con las tablas de Avendaño y Patri se puede concluir que el promedio de peso de los varones del grupo en estudio es ligeramente superior en los niños de 8 y nueve (9) años, 24,5 kg. versus 23,9 kg. y 28,4 kg. versus 26,1 kg. respectivamente. A los 11 y 12 años el grupo en estudio es ligeramente inferior, 30,3 kg. comparado con 32,4 kg. y 33,8 kg. ante 36,1 kg. respectivamente. Las demás edades son prácticamente coincidentes. En las niñas las coincidencias son menos, sólo a los 9, 13 y 14 años. En el resto de las edades el grupo en estudio es ligeramente inferior a los valores dados en las tablas de referencia. Sin embargo, estas diferencias no son importantes, excepto a los 12 años en que éste es de 3,2 kg. y a los 16 y 17 en que existen 2 kg. de diferencia.

En relación a las estaturas, éstas son similares en el grupo en estudio y de referencia hasta los 10 años. A partir de los 11 años la curva de los escolares de La Florida se mantiene en forma paralela y por debajo de la curva de Valenzuela y Patri. La mayor diferencia se observa a los 12 años (4 cms.).

El estado nutricional según peso y edad de los escolares encuestados, revela que el 31,10% presenta alguna anomalía. El 14,90% de los niños tiene desnutrición en alguno de sus grados y el 16,20% presenta algún grado de obesidad.

En relación al sexo sólo se observa diferencia en la desnutrición grado 1, siendo ligeramente superior en el sexo femenino (14,40%) comparada con la del sexo masculino (12,30%). Esta diferencia es estadísticamente significativa ($p < 1\%$).

En cuanto al estado nutricional según peso/talla, el 32,90% de los escolares encuestados presenta alguna alteración de su estado nutricional. De éstos el 21,10% presenta desnutrición y el 11,80%, sobrepeso.

En relación a la desnutrición, ésta es significativamente más frecuente en los varones (23,30%) que en las niñas (18,90%) ($p < 0,01$).

Otra diferencia importante se da en los niños con obesidad. El sexo femenino presenta un 4,20%, en cambio los niños sólo 2,50%.

TABLA Nº 1

**ESTATURA POR EDAD Y SEXO ESCOLARES COMUNA LA FLORIDA
1983, PROMEDIO, DESVIACION STANDAR Y NUMERO DE NIÑOS**

Edad Años	Hombres			Mujeres		
	\bar{X}	DS	n	\bar{X}	DS	n
6	113,6	4,9	319	112,9	4,8	300
7	116,8	5,4	317	115,5	5,0	279
8	121,6	5,4	121	121,3	6,6	94
9	129,4	5,9	332	128,8	5,7	372
10	132,0	5,4	456	132,1	5,6	474
11	134,7	6,7	122	135,8	7,0	116
12	139,0	7,1	84	141,0	8,0	78
13	148,4	8,6	148	151,0	7,2	217
14	154,5	7,8	315	152,0	9,5	334
15	159,2	7,5	113	153,2	5,5	162
16	162,7	6,9	78	152,9	6,2	58
17	164,5	7,1	38	150,8	6,0	22
Total			2.443			2.506

TABLA Nº 2

**ESTADO NUTRICIONAL, RELACION PESO/EDAD Y PESO/TALLA POR SEXO:
ESCOLARES COMUNA LA FLORIDA 1983 (PORCENTAJE DE NIÑOS)**

Estado Nutricional	Hombres (n = 2.440)		Mujeres (n = 2.546)	
	Peso/edad	Peso/talla	Peso/edad	Peso/talla
Normal	69,6	67,8	68,0	66,6
D1	12,3	21,0	14,4	18,4
D2	1,4	2,2	1,9	0,5
D3	—	0,1	—	—
Sobrepeso	12,4	6,4	11,5	10,3
Obesidad	4,3	2,5	4,2	4,2
Total	100,0	100,0	100,0	100,0

53. RELACION ENTRE ESTADO NUTRICIONAL Y SALUD BUCAL EN ESCOLARES DE LOS ANGELES - 1987

Drs. Gildardo Aravena, Fernando Alvarez, Jorge Arancibia, y Nutr. Sandra Ruiz y Cecilia Zambrano
(Servicio Odontológico, Servicio de Salud Bío-Bío)

El estado nutricional de una población infantil es un indicador importante en el nivel de salud de la misma. Es sabido que la carencia de una alimentación racional que satisfaga los requerimientos nutricionales, va a ocasionar retardo en el crecimiento y desarrollo de un individuo, al mismo tiempo, puede limitar su capacidad de defensa frente a infecciones, su capacidad intelectual y oportunidad de trabajo posteriormente.

Motivados por el trabajo realizado en una población escolar de sector urbano y el hallazgo de bajo nivel de salud bucal en esta población, se realizó un estudio, cuyo fin es determinar en qué medida el estado nutricional de los escolares puede influenciar la cronología eruptiva, crecimiento y desarrollo de bases óseas y la salud.

Objetivo General

Demostrar la probable relación existente entre cronología eruptiva, desarrollo bases óseas máxilo-mandibulares, salud bucal, con el estado nutricional de la población infantil muestreada.

Objetivos Específicos

- Conocer la curva de caries (C.O.P.D.) que presenta la población escolar estudiada.
- Evaluar el estado nutritivo del grupo escolar seleccionado.
- Conocer el grado de influencia del estado nutricional en relación con la morbilidad y mortalidad de las piezas dentarias.
- Conocer el grado de influencia del estado nutricional del grupo muestra, en relación con la secuencia cronológica eruptiva normal.
- Conocer el grado de influencia del estado nutricional en relación con el crecimiento y desarrollo de bases óseas mediante análisis del perfil.

Metodología

La muestra utilizada para este estudio corresponde a la población infantil escolar de la Escuela Básica E-922 del Sector Paillihue. El volumen de la muestra es de 231 alumnos, lo que representa el 50,70% del total de alumnos.

Las edades de estos alumnos fluctuaban entre 5 y 14 años y provienen de familias de nivel socio-económico bajo, con un porcentaje alto de analfabetismo, con lugar de residencia predominantemente urbano y que representaban alrededor del 14,62% de la población escolar básica del sector Paillihue.

Se realizó en una primera etapa la obtención de la información necesaria a través del examen clínico dental mediante la Ficha epidemiológica. En una segunda etapa se procedió a la recolección de datos antropométricos.

Para el diagnóstico de salud se usaron los índices C.O.P.D. y Ceo; el análisis del perfil según plano de Ricketts y tablas de secuencia cronológica eruptiva dentaria normal de Alonso Finn.

En la clasificación del estado nutricional se usaron las tablas de M. Sempe, M.P. Roy y G. Pedron, en las cuales aparecen las relaciones peso para edad y talla según edad.

La obtención del estado nutricional se hizo mediante:

$$\frac{PR}{PI} \times 100 = EN$$

De donde:

- PR = Peso real del niño
- PI = Peso ideal del niño
- EN = Estado nutricional

TABLA Nº 1

**DISTRIBUCION POR EDADES DE LA POBLACION ESCOLAR MUESTREADA,
DESNUTRIDOS, OBESOS Y NORMALES, SEGUN PROMEDIO (\bar{X}) C.O.P.D.
DE LA ESCUELA E-922 DE LOS ANGELES**

Edad	Promedio			
	C. O. P. D.			
	Desnutridos	Obesos	Pobl. Muestreada	Normales
6	—	3,6	1,8	2,0
7	3,5	3,8	3,4	3,0
8	2,7	2,4	3,1	3,4
9	4,5	2,0	3,4	3,9
10	2,5	5,5	4,5	5,7
11	6,5	—	3,2	3,3
12	3,0	5,0	4,6	6,0
13	14,0	6,7	11,4	13,5
14	14,1	—	8,2	

En la tabla se observa que:

- De los 12 años para arriba el promedio (\bar{X}) de C.O.P.D. de escolares, desnutridos, normales y población muestreada, presenta un alza considerable, ocupando el primer lugar los desnutridos. Diferente resulta este valor con los obesos, ya que baja el promedio (\bar{X}) de C.O.P.D.
- De los 6 a 11 años, tanto los desnutridos como los obesos y normales, no presentan grandes rasgos de variación en el promedio de C.O.P.D.

TABLA Nº 2

**SECUENCIA ERUPTIVA DE LA DENTICION PERMANENTE, SEGUN ESTADO
NUTRICIONAL POR GRUPOS ETAREOS DE LA POBLACION INFANTIL,
ESCUELA E-922 DE LOS ANGELES, 1987**

Estado Nutritivo	Grupos Etáreos							
	5 – 9 años				10 – 14 años			
	Normal		Retardo		Normal		Retardo	
	Nº	o/o	Nº	o/o	Nº	o/o	Nº	o/o
Desnutridos	20	126,0	20	57,1	12	52,0	11	84
Obesos	33	20,6	1	2,9	3	13,0	1	8
Normales	107	67,8	14	40,0	8	35,0	1	8
Total	160	100,0	35	100,0	13	100,0	13	100

De la población escolar muestreada el 21% presenta retardo en la erupción. De éstos, los porcentajes más altos los presentan los de condición nutricional desnutrida, siendo mayor ésto en el grupo etáreo de 10-14 años.

Los obesos presentan porcentajes muy bajos dentro de los clasificados con retardo eruptivo.

TABLA Nº 3

**ANALISIS DEL PERFIL SEGUN ESTADO NUTRICIONAL POR GRUPOS ETAREOS
DE LA POBLACION INFANTIL DE LA ESCUELA BASICA E-922
DE LOS ANGELES - 1987**

	Grupos Etéreos											
	5 - 9 años						10 - 14 años					
	Normo		Mesio		Disto		Normo		Mesio		Disto	
	Nº	o/o	Nº	o/o	Nº	o/o	Nº	o/o	Nº	o/o	Nº	o/o
Desnu- tridos	24	19,6	6	13,1	6	23,1	15	57,8	2	50	5	71,4
Obesos	23	18,7	8	17,4	4	15,4	4	15,3	—	—	—	—
Normales	76	61,8	32	69,5	16	61,5	7	26,9	2	50	2	28,6
Totales	122	100,0	46	100,0	260	100,0	26	100,0	4	10	7	100,0

De la tabla se observa que el estado nutricional desnutrido ocupa los porcentajes más altos para la población infantil comprendida entre los 10 y 14 años en relación con el análisis del perfil. De éstos el 320/o presenta anomalías del perfil distribuidas en la siguiente forma:

230/o Disto

90/o Mesio

Los estados nutricionales obeso y sobrepeso para la población infantil escolar comprendida entre los 10 y 14 años, no presenta perfiles Mesio ni Disto.

Para la población infantil escolar comprendida entre los 5-9 años, el estado nutricional normal abarca los porcentajes más altos, y dentro del estado, el perfil normal alcanza los valores más altos, siguiéndole los Mesio Disto en el mismo orden de secuencia descritos.

Conclusiones

Resulta obvio concluir que a medida que la población escolar va creciendo en edad, va teniendo un mayor número de piezas dentarias, lo que implica que va aumentando su susceptibilidad a formar caries que, sumada a una falta de información de Salud Bucal, hace que aumente más el riesgo, pues la población muestreada en este estudio presenta altos promedios de índices C.O.P.D. en las edades de 13 y 14 años.

El grupo escolar muestreado, resultó presentar casi un 500/o de su población con alteración del estado nutritivo, atribuyéndose como causa la diferencia de estratos socio-económicos a que pertenecían los escolares y el tipo de dieta alimenticia, muy variada en cuanto a calidad y cantidad.

Cabe señalar que casi el 520/o de los escolares con estado nutritivo alterado son desnutridos, y un 480/o se reparten entre la condición obesa y sobrepeso. De estos desnutridos entre los 5 y 9 años, el sexo femenino acaparó la mayoría y entre los 10 y 14 años resultó ser mayor el sexo masculino.

Pese a que los escolares con situación nutricional normal presentan los promedios de piezas cariadas más altos, resulta ser un importante indicador los promedios de escolares desnutridos, ya que siguen muy próximos a los valores de los escolares con situación nutricional normal. Considerando el número reducido de escolares que presenta esta situación con respecto a los normales, y los altos valores de sus promedios, nos permite concluir que existe influencia en el promedio de caries.

Los escolares muestreados con estado nutricional alterado, específicamente los desnutridos, presentan un retardo en la secuencia cronológica eruptiva que resulta claro de evidenciar entre los 10-14 años, representando el 840/o de la población escolar con retardo entre las edades, siendo el sexo femenino su mayor exponente.

Para el análisis del perfil estético es posible observar influencias del estado nutritivo respecto de la relación armónica de las bases óseas, revelando que la condición nutricional desnutridos, puede dar origen a perfiles Mesio o Disto en mayor proporción que los otros nutricionales, sin ser, sin embargo, el agente etiológico principal.

54. TRASTORNOS EN EL APRENDIZAJE Y LA CONDUCTA DE ESCOLARES

Inf's, Margarita Soza, Eva Retamal, Sra. Ilse López, Inf. Sonia Garrido, Edith Cornejo, Rosy Ravera, Amanda Espinoza y Helga Hermosilla
(Colegio de Enfermeras de Chile y Escuela de Salud Pública, Facultad de Medicina, Universidad de Chile)

De las observaciones de la vida diaria se describe que en nuestra sociedad existen claras diferencias de personalidad entre hombres y mujeres adultos, y esta diferencia puede advertirse en edad temprana.

Las diferencias de sexo tradicionalmente incluyen los intereses, las preferencias, ideales, actitudes y el sentido personal de los valores, y constituyen un aspecto importante en el desarrollo de la personalidad y ejercen a menudo una influencia insospechada, no sólo sobre el desarrollo de rasgos emocionales y del carácter, sino también sobre los rendimientos y aptitudes efectivas del individuo, como por ejemplo el mayor interés y orientación social del sexo femenino puede ser su más temprano desarrollo del lenguaje. Su más rápido dominio de la palabra daría ciertamente a las niñas una ventaja en cuanto a la comunicación con los de su edad.

Los tradicionales papeles del sexo y los estereotipos sexuales se reflejan en las actitudes de los padres y de los demás hacia la persona, casi desde el momento de su nacimiento.

En relación a trastornos de la conducta, existen grandes diferencias entre el sexo masculino y el femenino por inestabilidad emocional.

Las niñas tienen más temores y preocupaciones y manifiestan más hábitos nerviosos, y los problemas de conducta son más comunes en los muchachos.

Las niñas recurren a expresiones más suaves, menos violentas para expresar su inadaptación, y los niños demuestran con más frecuencia una gran actividad, una conducta para llamar la atención.

Dentro de nuestra cultura, la agresividad es una de las diferencias sexuales más persistentes. Los orígenes de estas diferencias son, probablemente, en parte culturales y en parte biológicas. Estas se manifiestan desde la niñez.

Se da mayor número de conductas indeseables en los niños que en las niñas.

En cuanto a los progresos escolares, las niñas tienen más éxito que los niños. Están con más frecuencia adelantadas y con menos frecuencia retrasadas, y pasan a los cursos superiores en mayor número que los niños. Se refleja también en las calificaciones escolares.

Las niñas suelen ser más dóciles, más tranquilas y no tan sujetas a distracciones en la escuela, y se acomodan mejor a la disciplina escolar que los muchachos.

Influencia del grupo familiar: se supone que la conducta es un fenómeno primario y que el fenómeno secundario es la formulación en palabras de las reglas de la conducta adecuada. Estas son entregadas a los jóvenes en forma de normas y el desarrollo de éstas constituye un paso decisivo en el control familiar y social.

Los padres, la familia, debieran entregar la norma con respeto y cariño, siendo cada componente una cuestión tanto de mandato social como de sentimiento individual.

Los antecedentes escolares y de conducta forman parte de la ficha de salud del escolar, además del examen físico y otros antecedentes. Es responsabilidad del Profesor Jefe consignar antecedentes que incluyan: rendimiento escolar en el último año, repetición de curso, existencia de trastornos del aprendizaje y/o trastornos de la conducta si los hubiere. Ej.: escribe o no con la mano derecha.

Si es importante evaluar individualmente estos aspectos, conocer lo que ocurre a 5.000 alumnos permitirá, a través de sus resultados, proyectar los factores comunes que inciden en la población escolar.

Objetivos

1) Conocer los trastornos del aprendizaje que presenta un grupo de escolares, su distribución por sexo y la participación o no de familiares en el proceso de aprendizaje; 2) determinar la influencia de alteraciones visuales y auditivas en los trastornos de aprendizaje descritos; 3) describir los trastornos de conducta detectados, su distribución por sexo y la influencia de la ausencia de uno o ambos padres.

La información corresponde a 5.000 escolares de 1º, 4º y 8º básico de las Escuelas Municipales de La Florida, que fueron examinados por 3 enfermeras, de acuerdo a las normas establecidas por el Ministerio de Salud para el control de salud del escolar.

Resultados

El 50,80% eran niñas y el 49,20% varones. La distribución por sexo muestra una ligera mayor proporción masculina en el primer año (52,40%) y en el octavo año las niñas superan a los varones (53,50% y 46,50% respectivamente). De 1.028 estudiantes que alguna vez han repetido, la gran mayoría (71,20%) ha repetido una sola vez; esta proporción es ligeramente mayor entre las niñas. En el otro extremo, cuatro o más repeticiones, los varones aparecen con 14 de los 18 casos.

Tipos de Trastornos del Aprendizaje de los Escolares

Se observó un 8,60% de niños con trastornos de aprendizaje. En cuanto a los tipos de trastornos, el 62,90% presenta lentitud de aprendizaje, el 180% dislexia, el 14,50%, retraso pedagógico y el resto, en baja proporción, presenta: disritmia cerebral, dislalia, retardo mental e hipocucua.

De los escolares con trastornos del aprendizaje el 520% corresponde a varones. Del total, el 180% presenta dislexia, el 14,50%, retraso pedagógico. Las niñas superan levemente a los varones en lentitud de aprendizaje.

La tasa de trastornos del aprendizaje es más alta en niños que viven sólo con el padre, 8,70%. El porcentaje más bajo corresponde a la categoría que vive con otras personas.

La tasa total de trastornos de conducta es de un 9,20%. De los 438 escolares en los que se detectaron trastornos de conducta, se destaca un 28,80% con enuresis, 21,50% que presenta agresividad; la proporción de hiperkinéticos y escolares con onicofagia y geofagia es prácticamente igual, 180%.

Los hombres presentan proporcionalmente más trastornos conductuales que las niñas.

El 200% es hiperkinético, el 260%, agresivo y el 320% presenta enuresis. Las niñas presentan porcentajes mayores que los hombres en onicofagia (230%) y timidez (140%).

De los escolares que presentan algún tipo de trastorno de la conducta (90%), la proporción más alta está dada por el grupo que vive con los abuelos (16,10%).

Un 3,70% de los escolares presenta agudeza auditiva disminuida. Entre aquellos que presentan trastornos de aprendizaje, un 6,40% los tienen asociados a disminución de la audición, lo que es significativamente mayor que el 4,50% de niños que sin presentar trastornos tienen audición disminuida.

El 140% de los escolares con problemas de audición tiene además disminuida la agudeza en ambos oídos. El trastorno de aprendizaje más frecuentemente asociado a disminución de la audición corresponde a lentitud de aprendizaje, 17 de 25 casos. El 15,30% de los escolares que tienen disminución de la agudeza visual presentan trastornos del aprendizaje. El 400% con afectación visual en ambos ojos presenta trastornos del aprendizaje. En los escolares que presentan simultáneamente trastornos del aprendizaje y disminución de la visión, la frecuencia más alta está dada por las categorías de lentitud del aprendizaje en un 560%, y no reconoce letras ni números en un 160%.

TABLA Nº 1

**ALGUNOS INDICADORES DE SALUD DETERMINADOS EN 5.000 ESCOLARES
DE LA COMUNA LA FLORIDA – 1983**

Indicador	o/o
Repitencia global	20,6
Repitencia en niños que no viven con ambos padres	26,7
Tasa trastornos aprendizaje	8,6
Tasa trastornos de conducta	9,2
Tasa agudeza auditiva disminuida	3,7
o/o niños con trastorno de aprendizaje que presentan agudeza auditiva disminuida	6,4
Tasa agudeza visual disminuida	14,0
o/o niños con trastorno de aprendizaje que además presentan agudeza visual disminuida	15,3

TABLA Nº 2

**ESTRUCTURA DE LOS TRASTORNOS DE APRENDIZAJE Y CONDUCTA
EN 5.000 ESCOLARES**

Tipo de trastorno			
Aprendizaje (n = 399)		Conducta (n = 438)	
	o/o		o/o
Lentitud aprendizaje	62,9	Enuresis	28,8
Dislexia	18,0	Agresividad	21,5
Retraso pedagógico	14,5	Hiperkinesia	18,7
Dislalia	1,8	Onicofagia y geofagia	18,5
Disritmia cerebral	1,3	Timidez	12,3
Hipoacusia	0,5	Cleptomanía	0,2

55. EL ESCOLAR DEFICITARIO: ¿AREA DE DIAGNOSTICO CLINICO O PSICOPEDAGOGICO?

Sociol. Sylvia Pessoa y Dr. Enrique Cancec
(Escuela de Salud Pública, Facultad de Medicina, Universidad de Chile)

El inicio del proceso educativo formal de los menores y su continuidad en el sistema es crucial por las proyecciones que tiene para su entrada al sistema social a través del desempeño de roles. Existe un principio fundamental de integración que va más allá de los conceptos inherentes a la educación, sea cual fuere la condición del niño, ésta constituye un logro deseable. Sin embargo, un número importante de menores escolares son segregados por el propio sistema, que actúa como instancia "normalizadora" en la ubicación y reubicación de los educandos. Esta acción "normalizadora" actúa asincrónicamente sobre la edad del educando y el diagnóstico. El escolar deficitario, además, queda librado a un prorrato entre tres niveles educativos en los cuales no tiene destino cierto.

En el área de salud los grupos etarios escolares son objeto de programas específicos que atienden los aspectos de crecimiento y desarrollo físico. En relación al desarrollo de la edad mental o intelectual, o sea, el rendimiento y capacidades de los menores para su integración al proceso educativo, es materia que está entregada al sector educacional.

Marco de Referencia

La situación del escolar deficitario no ha sido estudiada exhaustivamente. Sin embargo, la escasa referencia bibliográfica destaca que el punto más álgido para su categorización lo constituye el diagnóstico psicométrico. Es la instancia determinante. Las categorías de "normalidad-anormalidad" con la que "etiquetan" a los menores, queda entonces determinada por un instrumento (Test). En el problema de definición del escolar deficitario todas incluyen la referencia a la capacidad intelectual y las definiciones clasifican en base al C.I., cociente resultante de edad mental por edad real. Es importante destacar que el pronóstico del Coeficiente de Inteligencia que permite diagnosticar a un escolar deficitario constituye el inicio de la medición psicométrica. En esto hay que destacar que no existe un solo parámetro de medición, sino que cualquiera situación de diagnóstico se encontrará al menos con siete (seleccionados) conceptos y rangos de inteligencia diferentes. A esto hay que agregar que los Test que se aplican llevan más a una evaluación de rendimientos que de las capacidades cuyas diferencias se deben en gran parte a la influencia ambiental.

Además de la medición psicométrica con sus respectivas limitaciones, para la educación el escolar deficitario implica una situación de rendimiento que se ubica en un continuo "normal-deficitario" y se asimila a un problema general de aprendizaje, lo que no debe relacionarse a un trastorno específico o a un retardo mental.

Se tiende a confundir los resultados de una evaluación psicométrica con el pronóstico escolar, transformándose así en un resultado limítrofe con dos enfoques de la misma índole: uno proviene de un Test de inteligencia y el otro a una categoría de aprendizaje escolar. Están correlacionados, pero no son equivalentes.

Un diagnóstico socio-cultural forma parte de un deseado diagnóstico integral del escolar deficitario, previo a su calificación como tal. Se considera este tipo de diagnóstico como esencial, ya que un déficit socio-cultural se reflejará en el escolar deficitario. El déficit socio-cultural es un proceso que se genera por la ausencia o carencia de estímulos en la edad de lactante y pre-escolar, etapa del menor donde se dan las funciones intelectuales y su desarrollo acelerado. La prolongación de la privación socio-cultural seguirá limitando al menor, y una educación inadecuada posterga la maduración de funciones cognitivas y verbales necesarias para el proceso de aprendizaje.

La situación adversa de estar situado en el límite de dos subculturas, como asimismo la inserción en un sistema cultural más inclusivo, donde no hay correspondencia a la cultura de origen, no puede ser dejada de lado para un diagnóstico sobre déficit escolar.

Situados dentro del contexto educativo, el eje central del problema lo constituye el número de menores que son consecuencia de un test psicométrico y de un diagnóstico psicopedagógico que los lleva a conformar una categoría residual que progresivamente va en aumento. Se enfatiza que el diagnóstico es la instancia que define y clasifica a los educandos y cuya influencia y proyecciones es crucial por su relación directa al punto de partida del proceso educativo de este escolar.

La situación actual coloca en evidencia que la ubicación de estos menores en las alternativas educacionales, no se realiza a través de un proceso claro y preciso que asegure la real correspondencia entre diagnóstico y el nivel escolar correspondiente, si es que estos últimos son los indicados o debieran existir otras alternativas.

Los diagnósticos poco precisos, erróneos y tardíos influyen en la repitencia del menor, en la deserción temprana del escolar, en su bajo rendimiento, en su emocionalidad y en su baja autoestima.

La situación requiere de una detección precoz y derivación oportuna al especialista. El diagnóstico es un proceso lógico basado en toda la información disponible a la luz que sólo el conocimiento proporciona. El tratamiento solo es posible después del diagnóstico. Especialistas que puedan proporcionar una visión integral del escolar deficitario significará para éstos un futuro educacional más promisorio y gratificante.

Objetivo General del Estudio

Estudiar el proceso a través del cual se determina la clasificación del escolar deficitario y los criterios que se utilizan para su ubicación educacional. Profesionales que participan en la clasificación y en la elaboración de los diagnósticos y criterios para la ubicación de estos menores en los niveles educacionales alternativos existentes.

Material y Método

Se trata de un estudio exploratorio-descriptivo, transversal en el tiempo y donde se recopiló datos a través de la técnica de la entrevista. Técnicamente estructurada. Se incluyeron también preguntas abiertas estandarizadas. La población en estudio fue definida como "Docentes de la enseñanza general básica (E.G.B.), de las áreas de trastornos específicos del aprendizaje (T.E.A.) y de deficiencia mental (D.M.) con experiencia actual de trabajo con escolares diagnosticados deficitarios (límitrofes) que trabajan en establecimientos educacionales de la Región Metropolitana". La muestra estratificada quedó constituida por 136 docentes.

Resultados

1. Los docentes con más años de experiencia en relación a los escolares deficitarios son los de E.G.B. y D.M.;
2. El 41% de los docentes opina que el diagnóstico del escolar deficitario proviene de un Centro de Diagnóstico; el 32% lo atribuye a un psicólogo y un 26% a un equipo multiprofesional. El 62,20% de los docentes de E.G.B. lo atribuyen a un Centro de Diagnóstico en relación a los docentes de T.E.A., quienes lo atribuyen a un equipo multiprofesional. Sólo el docente D.M. le atribuye mayor participación al psicólogo.
3. La categoría "todos los diagnósticos" aparece como criterio prioritario para los docentes de T.E.A. y D.M. en la determinación de un escolar deficitario. Para los docentes de E.G.B. y E.E. se dispersan en el resto de las categorías. Sin embargo, son importantes las diferencias que se producen: los docentes de E.G.B. fijan su criterio en el diagnóstico psicopedagógico como determinante para la categorización del escolar deficitario.
4. Todos los docentes entrevistados sólo identifican 3 características de las 7 determinadas por el standard.
5. Los docentes entrevistados sólo consideran la lectura y la escritura como áreas problemáticas para el aprendizaje del escolar deficitario, siendo que el standard considera 4.
6. No hay consenso entre los docentes sobre límite pedagógico deseable para los escolares deficitarios. Las respuestas se dispersan en un rango que va de 7º básico a profesiones y técnicas.

7. Las opiniones de todos los docentes se concentran en las categorías de "Metodología empleada" y "programas vigentes" frente a la pregunta sobre limitaciones que presentan los escolares deficitarios para su normal proceso de aprendizaje.
8. Existe un consenso en todos los docentes en relación a la categoría "capacidad de abstracción" como rasgo psicológico más característico en la conducta de aprendizaje del escolar deficitario.
9. Sobre las características psicológicas de los escolares deficitarios las respuestas se dispersan según docente entrevistado.

Conclusiones

El proceso diagnóstico que conduce a la identificación de los escolares deficitarios aparece mayoritariamente de carácter integral, tardío y poco operativo en el aspecto pedagógico. Es juzgado y evaluado según el nivel en que arbitrariamente es ubicado por carecer de conductas de entrada para enfrentar el proceso educativo.



TABLA Nº 1

**PROCEDENCIA DEL DIAGNOSTICO DEL ESCOLAR DEFICITARIO
SEGUN OPINION DEL TIPO DOCENTE**

Procedencia del Diagnóstico	Docentes							
	T.E.A.		D.M.		E.G.B.		TOTAL	
	F	o/o	F	o/o	F	o/o	F	o/o
Centro de Diagnóstico	16	33,3	12	26,0	28	62,2	56	41,2
Psicólogo	10	22,2	23	51,0	11	24,4	44	32,4
Equipo Multidisciplinario	20	44,5	10	23,0	6	13,4	36	26,4
Total	46	100,0	45	100,0	45	100,0	136	100,0

T.E.A. = Trastornos específicos del aprendizaje

D.M. = Deficiencia mental

E.G.B. = Educación General Básica

TABLA Nº 2

**DETERMINANTE DEL DIAGNOSTICO EN EL ESCOLAR DEFICITARIO
SEGUN CRITERIO DEL TIPO DE DOCENTE**

Determinante del Diagnóstico	Docentes							
	T.E.A.		D.M.		E.G.B.		TOTAL	
	F	o/o	F	o/o	F	o/o	F	o/o
Psicológico	10	22,0			11	24,4	21	15,4
Pedagógico	10	22,0	6	13,3	6	13,2	22	16,2
Psicopedagógico	5	11,0	11	24,5	17	38,0	33	24,3
Todos	21	25,0	28	62,2	11	24,4	60	44,1
Total	46	100,0	45	100,0	45	100,0	136	100,0

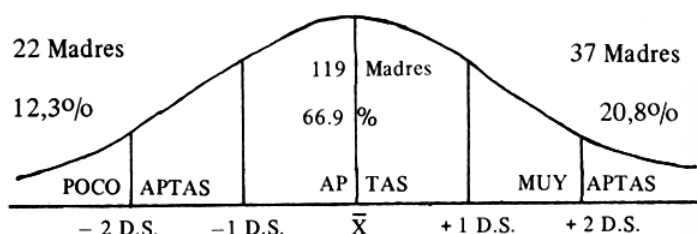
56. APTITUD MATERNA Y DESNUTRICION INFANTIL

Sras. Raquel Vidal e Ilse López
(Servicio de Salud Metropolitano Occidente y Escuela de Salud Pública, Facultad de Medicina,
Universidad de Chile)

Se estudiaron 178 madres con hijos menores de 6 meses, en un diseño de Casos (89 niños desnutridos leves P/T) y Controles (89 niños eutróficos), bajo requisitos de similitud por medio de Variables Controladas en los niños: Sexo, Fecha de Nacimiento, N.S.E., CAS y Vivienda en el mismo sector, y controlados en el mismo consultorio.

Se investigó como variable principal la Aptitud Materna y su probable relación como factor etiológico de la desnutrición incipiente en el niño.

Los análisis evaluativos efectuados, tanto de "puntaje perfil por sub-variable", como del "puntaje total de Aptitud Materna", demostraron la "Hipótesis de Trabajo", pues se observó la tendencia a que las madres de niños desnutridos obtuvieron menor puntaje que las madres de niños eutróficos.



- De las 178 madres, 119 (63 madres casos y 56 madres controles) se ubicaron en el $\bar{X} + 1$ D.S. (madres aptas).
- 37 madres (30 madres controles y 7 madres casos) se ubicaron en el $\bar{X} + 2$ D.S. (madres muy aptas).
- 22 madres (19 madres casos y 3 madres controles) se ubicaron en el $\bar{X} - 2$ D.S. (madres poco aptas).

De las variables secundarias investigadas sólo se encontró diferencias estadísticamente significativas en: "peso de nacimiento" (en el grupo de "casos"); en la modalidad de estructura familiar "nuclear" prevalente en las familias "casos"; en la mayor demanda de consulta por morbilidad en los primeros 6 meses en los "casos"; simultáneamente se observó diferencias significativas en el mayor X de días de hospitalización como recién nacido en los niños controles.

No se observó diferencias significativas en la comparación de variables gestacionales maternas, incluida la variable "hijo no deseado". Tampoco en relación a meses de duración de la lactancia materna.

Se observó mayor número de hijos y años de unión de la pareja en las familias "casos".

TABLA Nº 1

EVALUACION APTITUD MATERNA: PUNTAJES X, D.S., "P" DE OCURENCIA SEGUN PRUEBA "T" EN LA COMPARACION DE LAS VARIABLES DE APTITUD ESTUDIADAS EN MADRES CASOS Y MADRES CONTROLES

Variables - Aptitud Materna	Total (n = 178)		Desnutridos (n = 89)		Eutróficos (n = 89)		p
	\bar{X}	D.S.	\bar{X}	D.S.	\bar{X}	D.S.	
V-1 Cond. Maternos Básicos	16,0	4,7	14,8	4,7	17,2	4,4	0,000
V-2 Auto-valoración Materna	21,3	3,8	20,4	3,7	22,1	3,8	0,003
V-3 Conducta Afectiva	37,9	7,2	34,8	7,3	41,0	5,6	0,000
V-4 Conducta Instrumental	68,2	14,1	59,2	10,5	77,3	11,2	0,000
Total	143,7	24,5	129,2	19,3	157,6	18,7	0,000

Todas las diferencias entre puntajes promedios de cada una de las sub-variables de Aptitud Materna entre madres de desnutridos y eutróficos son significativos, los promedios son siempre más altos para las madres de eutróficos.

TABLA Nº 2

CALIDAD DE APTITUD MATERNA OBSERVADA EN LAS 178 MADRES Y COMPARACION PORCENTUAL EN LOS "CASOS" Y "CONTROLES"

Aptitud Materna	Total		Desnutridos		Eutróficos	
	n	o/o	n	o/o	n	o/o
Madres "Poco Aptas"	22	12,3	19	21,3	3	3,4
Madres "Aptas"	119	66,9	63	70,8	56	62,9
Madres "Muy Aptas"	37	20,8	7	7,9	30	33,7
Total	178	100,0	89	100,0	89	100,0
p < 0,001						

57. SITUACION NUTRICIONAL DE LA POBLACION INFANTIL Y DE EMBARAZADAS CONSULTORIO VILLA O'HIGGINS

Sr. José Manuel Mancisidor, Dra. María Isabel Sánchez, Matr. Beatriz Montenegro, Sra. Cecilia San Martín y Dr. Frygies Lukacs
(Escuela de Salud Pública, Facultad de Medicina, Universidad de Chile)

El Consultorio Villa O'Higgins, es un Consultorio General Urbano, ubicado en la Comuna La Florida y dependiente del S.S.M.S.O., con una población total asignada en 1986 de 111.100 habitantes, de los cuales el 11,50% son menores de 6 años y el 3,40% son embarazadas.

Objetivo

Entregar información respecto de la situación nutricional de estos dos grupos de alto riesgo biológico y social, frente a una situación carencial detectada en otro estudio realizado en el mismo Consultorio y comparar, en lo posible, los resultados con los de otros Consultorios de la Región Metropolitana.

Material y Método

En ambos grupos se procedió a revisar los informes diarios mensuales, las estadísticas de bajo control, los programas existentes en el Consultorio y sus porcentajes de cumplimiento, algunas fichas clínicas de embarazadas, usando la técnica de muestreo estratificado simple, e informaciones estadísticas facilitadas por la D.A.P. del S.S.M.S.O. y la Ilustre Municipalidad de La Florida.

Resultados y Conclusiones

Menores de seis años: Como marco referencial podemos decir que el consultorio tuvo en 1986 una población asignada de menores de 6 años de 12.791 niños, equivalentes al 13,53% del total de menores del S.S.M.S.O. y el 45,70% del total comunal (la comuna es atendida por tres Consultorios del Servicio de Salud y tres de la Cruz Roja, en convenio con ellos, para efectos de control, entrega de alimentos del P.N.A.C. y vacunas a menores de seis años).

Por otro lado, en antecedentes de un estudio realizado por la Ilustre Municipalidad de La Florida, las familias de C.A.S. 1, 2 y 3, ascendieron a un 82,60%, siendo éstas consideradas de extrema pobreza. Finalmente, en lo referente al P.N.A.C., las coberturas alcanzadas en el año en estudio llegaron a 740% para menores de 0 a 11 meses, 69,20% para los de 12 a 23 meses y de 53,60% para los de 2 a 5 años, y con cumplimientos de lo programado que oscilan entre 77,10% para leche al 260% y de 89,90% para sopa puré.

Los bajo controles de 1986 se muestran en la Tabla Nº 1 (sólo 4 meses que son representativos del año) y se ve una variación de la prevalencia de la desnutrición peso talla entre 5,40% en Marzo y 4,30% en Septiembre, para volver a subir a 4,90% en Diciembre, habiendo sido en 1985 en promedio, de 4,70%, con lo que se observa una tendencia al aumento de esta situación. Por grupos etarios aparece el de 0 a 5 meses con las menores tasas, junto con los de 2 a 5 años.

La incidencia durante 1986 fue de 13,60% de desnutridos P/T (1.821 niños), a los cuales se les realizó, por médico, un total de 227 consultas-controles y 2.417 por la nutricionista.

En cuanto a la desnutrición P/E, podemos decir que en 1985 ascendió a 9,560% y en 1986 a 10,150%, en cuanto a su prevalencia, siendo la incidencia en este último año de 24,730%, mostrando, como se puede apreciar, un panorama desalentador en cuanto a la desnutrición P/E principalmente, aunque también en cuanto a P/T, ambas mayores que las encontradas en consultorios del sector occidente de Santiago, lo que nos hace pensar que la población menor de 6 años del sector suroriente está presentando un mayor riesgo en cuanto a estado nutricional, tanto en cuanto a desnutrición, como a riesgo biomédico, que en 1985 fue de un 16,80% y en 1986 de 18,00% de prevalencia promedio anual.

Estado Nutricional de Embarazadas: Como marco referencial podemos decir que la población asignada fue de 3.761 embarazadas, teniendo un promedio mensual en su bajo control de 757 embarazadas, de las cuales 11,40% eran menores de 19 años, 81% de 19 a 34 años y 7,60% mayores. Cabe hacer notar que en el estudio de muestreo se encontró un 13,50% de abandonos del control prenatal.

Podemos apreciar en la Tabla Nº 2, que entre bajo peso y subnormales se llega al 31% del total de embarazadas, oscilando entre 13,70% en mayores de 34 años y 42,80% en menores de 19 años, convirtiéndose este último grupo en de altísimo riesgo biosocial. Estos porcentajes de los bajo controles, fueron iguales a los del estudio de muestreo, donde se encontró un 13,50% de enflaquecidas y un 19,70% de subnormales al ingreso al control prenatal, usando las tablas de P/T para embarazadas enviadas por el Ministerio de Salud, situación semejante a la encontrada en el Consultorio Garín en 1984, pero mayor que en el Consultorio Andes en 1985 (260%), siendo en todos los casos el grupo etario de menores de 19 años el de mayor porcentaje de alteración en menos de su peso.

Podemos concluir finalmente que, a pesar del esfuerzo del personal del Consultorio y Cruz Roja por mantener un adecuado control de los menores de 6 años y de la población de embarazadas asignadas, y del P.N.A.C., el estado nutricional de esta población asistente al Consultorio Villa O'Higgins, se ha estado deteriorando, considerando como de mucho mayor riesgo a la población de menores de 23 meses, en el caso de los niños, y de menores de 19 años en el caso de las embarazadas, y esta situación no sólo es en el Consultorio en estudio, sino que también en otros sectores de nuestra capital, todo lo cual nos hace pensar en la necesidad que cada Consultorio lleve un registro detallado para hacer programas específicos hacia estos grupos.

TABLA Nº 1

**ESTADO NUTRICIONAL DE LA POBLACION MENOR DE 6 AÑOS BAJO CONTROL
CONSULTORIO VILLA O'HIGGINS 1986**

Grupo Etario	Población Bajo Control		Alto Riesgo Desnutrición		Desnutridos	
	Nº	o/o	Nº	o/o	Nº	o/o
0 - 5 meses	956	—	32	3,3	14	1,5
6 - 11 meses	968	—	198	20,4	55	5,7
12 - 23 meses	1.965	—	608	30,9	158	8,0
2 - 5 años	6.474	—	1.082	16,7	335	5,2
Total Marzo	10.363	100	1.920	18,5	562	5,4
0 - 5 meses	887	—	29	3,3	14	1,6
6 - 11 meses	1.045	—	198	18,9	54	5,2
12 - 23 meses	2.008	—	609	30,3	138	6,9
2 - 5 años	6.616	—	1.070	16,2	272	4,1
Total Junio	10.556	100	1.906	18,0	477	4,5
0 - 5 meses	883	—	33	3,7	3	0,3
6 - 11 meses	1.031	—	210	20,4	43	4,2
12 - 23 meses	2.029	—	583	28,7	142	7,0
2 - 5 años	6.838	—	982	14,4	282	4,1
Total Septiembre	10.781	100	1.808	16,8	470	4,3
0 - 5 meses	1.015	—	27	2,7	10	1,0
6 - 11 meses	940	—	170	18,1	48	5,1
12 - 23 meses	2.035	—	603	29,6	138	6,8
2 - 5 años	6.981	—	1.012	14,5	344	4,9
Total Diciembre	10.971	100	1.812	16,5	540	4,9

TABLA Nº 2

**ESTADO NUTRICIONAL DE EMBARAZADAS BAJO CONTROL
CONSULTORIO VILLA O'HIGGINS 1986**

	Marzo	Junio	Septbre	Dicbre.	Promedio	
					Nº	o/o
Bajo Peso						
Menor 19 años	23	18	14	12	17	19,8
19 - 34	92	96	103	109	100	16,3
35 y + años	4	1	—	3	2	3,4
Total	119	115	117	124	119	15,8
Sub - Normal						
Menor 19 años	23	22	15	19	20	23,0
19 - 34	90	84	105	76	89	14,5
35 y + años	8	7	4	4	6	10,3
Total	121	113	124	99	115	15,2
Peso Normal						
Menor 19 años	43	47	40	39	42	48,8
19 - 34	257	295	301	270	281	45,8
35 y + años	15	17	17	17	17	29,3
Total	315	359	358	326	340	45,0
Sobre Peso						
Menor 19 años	6	4	10	9	7	8,4
19 - 34	150	143	145	132	143	23,3
35 y + años	32	36	36	28	33	56,9
Total	188	183	191	169	183	24,2
Total bajo Control Prenatal						
Menor 19 años	95	91	79	79	86	100,0
19 - 34	589	618	654	587	613	100,0
35 y + años	59	61	57	52	58	100,0
Total	743	771	790	718	757	100,0

58. EVALUACION DEL PROGRAMA DE ALIMENTACION COMPLEMENTARIA EN DOS CONSULTORIOS DEL SERVICIO DE SALUD METROPOLITANO NORTE

Drs. René Alarcón, Eduardo Atalah y Sra. Verónica Botteselle

(Departamento de Nutrición y Escuela de Salud Pública, Facultad de Medicina, Universidad de Chile)

El Programa Nacional de Alimentación Complementaria tiene como finalidad fomentar el crecimiento y desarrollo del niño menor de 6 años y procurar una mejor nutrición en la mujer gestante y en madres que amamantan. Su objetivo inicial fue esencialmente preventivo, estimulando el control de salud del niño y de la gestante, e impulsando el cumplimiento de los restantes programas de fomento y protección en la atención primaria de salud.

Durante su larga trayectoria ha sufrido diferentes modificaciones, destacando la introducción de mezclas proteicas en el preescolar en reemplazo de la leche (1974), la distribución de alimentos adicionales al niño con déficit nutricional (1976) y la aplicación del concepto de riesgo en la identificación de la población objetivo (1983).

El programa actual contempla la entrega de leche 26% materia grasa para el lactante menor y la embarazada con déficit nutricional, leche en polvo descremada para la embarazada de peso normal y leche cereal para el niño mayor de 1 año.

Estadísticas del Ministerio de Salud demuestran una disminución progresiva de la distribución de alimentos en el preescolar en los últimos 10 años. Este hecho, en parte puede ser explicado por un cambio en la norma programática, pero también puede reflejar un menor retiro por parte de la población bajo control.

El propósito del estudio es evaluar el P.N.A.C. en cuanto a cobertura, concentración, aceptabilidad y consumo en dos Consultorios del Area Norte de Santiago y definir algunas características de los beneficiarios que subutilizan el programa. Para ello se estudiaron durante 1986 los Consultorios Independencia y La Pincoya, obteniendo la información a partir de los formularios estadísticos habituales que genera el establecimiento, de un análisis del tarjetero de leche y de la aplicación de un instrumento especialmente diseñado para evaluar aceptabilidad y consumo en beneficiarios activos y pasivos.

La cobertura del programa infantil alcanzó a 69,1% en Independencia y 82,5% en La Pincoya en relación a la población asignada ($p < 0.01$), proporción que es menor en el grupo preescolar.

La cobertura del P.N.A.C. en la población bajo control (Tabla 1) es muy cercana al 100% en el lactante menor, para disminuir progresivamente en las edades superiores ($p < 0.01$). Al igual que en el caso anterior la situación es más favorable en La Pincoya ($p < 0.01$).

Si se relaciona el retiro de alimentos con la población asignada, la cobertura disminuye aún más, fluctuando alrededor del 50% en los preescolares (Tabla 2).

El análisis de la concentración muestra la misma tendencia anterior, superándose incluso la norma en el lactante y disminuyendo en forma significativa en los niños de mayor edad.

En el programa maternal la situación es similar con una baja cobertura del P.N.A.C. inferior al 80% en la población bajo control y una concentración promedio inferior al 70% de la norma.

Existe un adecuado cumplimiento de la focalización del programa, ya que prácticamente se duplicó la entrega de alimentos en los beneficiarios con riesgo biomédico.

Se realizó una visita domiciliar a 183 beneficiarios pasivos, detectándose que en más del 60% correspondían a domicilios falsos o cambios de domicilio, lo que refleja un inadecuado sistema de control.

En cuanto a la apreciación de los productos recibidos destaca claramente una mejor opinión de las características organolépticas de la leche entera respecto a los otros alimentos, tanto en beneficiarios activos como pasivos.

Existe una fuerte dilución intrafamiliar de todos los productos, especialmente en el caso de la embarazada. Esto determina una corta duración del alimento (1-2 semanas) en la mayor parte de los hogares estudiados.

Los beneficiarios pasivos tienen una opinión más desfavorable de la organización del programa, especialmente en cuanto a demora para retirar el producto y en relación a la información recibida sobre la utilización.

No existen diferencias en relación a la distancia entre la vivienda y el consultorio entre los activos y pasivos, aunque estos últimos utilizan con mayor frecuencia movilización colectiva.

Aparentemente el grupo pasivo corresponde a un relativo mejor nivel socioeconómico reflejado por una mayor capacidad de compra de leche, mayor escolaridad materna y estabilidad laboral ($p < 0.05$).

Las principales sugerencias de los beneficiarios apuntan a aumentar la cantidad de leche entregada, reemplazar la leche cereal y la leche descremada por leche entera y mejorar la organización del programa.

Se concluye que existe una excelente aceptabilidad de la leche Purita, disminuyendo en forma significativa con los otros productos, lo que determina la propia marginación del programa de cerca de un 30% de los beneficiarios, a pesar de ser en general familias de bajo nivel socioeconómico y alto riesgo de déficit nutricional.

TABLA Nº 1

**COBERTURA DEL P.N.A.C. SEGUN GRUPO ETAREO Y CONSULTORIO
EN RELACION A LA POBLACION BAJO CONTROL, 1986**

Grupo Etáreo	Independencia			La Pincoya		
	Control n	P.N.A.C. n	Cobertura o/o	Control n	P.N.A.C. n	Cobertura o/o
0 - 5 m.	474	478	100,8 ¹	704	741	105,3 ¹
6 - 11 m.	500	491	98,2 ²	760	746	98,2 ²
12 - 23 m.	981	732	74,6 ³	1.429	1.166	81,6 ³
2 - 5 años	3.290	2.250	68,4 ⁴	5.163	3.928	76,1 ⁴
Total	5.245	3.951	75,3 ⁵	8.056	6.581	81,7 ⁵

Z 1-3-4 y 5 : p < 0.01

² p. N.S.

TABLA Nº 2

**COBERTURA DEL P.N.A.C. SEGUN GRUPO ETAREO Y CONSULTORIO
EN RELACION A LA POBLACION ASIGNADA, 1986**

Grupo Etáreo	Independencia			La Pincoya		
	Asignada n	P.N.A.C. n	Cobertura o/o	Asignada n	P.N.A.C. n	Cobertura o/o
0 - 5 m.	665	478	71,9 ¹	854	741	86,8 ¹
6 - 11 m.	634	491	77,5 ²	818	746	91,2 ²
12 - 23 m.	1.288	732	56,8 ³	1.656	1.166	70,4 ³
2 - 5 años	5.007	2.250	44,9 ⁴	6.438	3.928	61,0 ⁴
Total	7.594	3.951	52,0 ⁵	9.766	6.581	67,4 ⁵

Z 1-5: p < 0.01

59. UNA APROXIMACION A LA PROBLEMÁTICA DE LOS ADOLESCENTES DE ÑUBLE

Baruch Belmar

(Instituto Profesional de Chillán, Depto. de Educación y Humanidades)

Es reconocida la problemática de la adolescencia como etapa evolutiva del hombre, ella le plantea una serie de cuestiones que le hacen desarrollarse y conocer el mundo que le rodea.

El adolescente como tal, no sólo cumple un rol de estudiante y futuro profesional, sino que además es un ser social, afectivo, religioso, lo que nos señala su complejidad tan propia de esta especie animal llamada Hombre.

En la presente investigación hemos querido estudiar a este ser en desarrollo en diversas áreas a partir de las cuales podamos extraer sus inquietudes y preocupaciones de tal manera, que nos sirva de información valiosa, eficiente y oportuna para la toma de decisiones con respecto al quehacer que diversas instituciones tienen con el adolescente de Ñuble, al mismo tiempo que al compararla con resultados alcanzados en esta misma temática, en otras regiones del país.

Objetivos

1. Conocer los problemas que los adolescentes reconocen como situaciones que les preocupan.
2. Comparar las situaciones preocupantes en los estratos particulares, fiscales y rurales.
3. Determinar el grado de asociación significativo entre el número de problemas y variables relacionadas con los padres.
4. Determinar las áreas de mayor impacto en los adolescentes.
5. Comparar estos resultados con los alcanzados en otras regiones del país.
6. Poner a disposición de organismos educacionales, comunales o vecinales una información que les posibilite mejorar su eficiencia institucional.
7. Servir de fuente a nuevos estudios o investigaciones.

Metodología

Se aplicó el instrumento "Lista de Problemas de Mooney" de Ross Mooney, adaptado para Chile por Luis Soto Becerra y Ester Droguett. Consta de 330 problemas agrupados en once áreas.

La población en estudio está constituida por todos aquellos alumnos de 2º y 3er. año de los establecimientos de enseñanza media de la Provincia de Ñuble.

El instrumento fue aplicado a una muestra estratificada, aleatoria al azar en los establecimientos en que los alumnos sorteados cursaban sus estudios regulares.

Se estipuló como criterio para aceptar como problema relevante, a todo aquel que se ubicara en el cuartil superior (Q^3), tanto para la muestra total como para cada uno de los estratos. Este mismo criterio se adoptó en los estudios anteriores, de tal forma que nos permitió establecer las comparaciones requeridas.

Se aplicó el test del chi cuadrado (χ^2) (tabla de contingencia), con el objeto de determinar las asociaciones significativas entre las variables Edad, Grado de Instrucción y Estado Civil de los Padres y Autoestima Académica de los alumnos, con los problemas seleccionados en cada una de las áreas.

Conclusiones

La muestra está constituida por un mayor porcentaje de mujeres, lo que, al ser representativa de la población, indicaría la existencia de un mayor número de mujeres que hombres en la Educación Media de la provincia.

En la variable Nivel Educativo de los Padres, es el estrato rural en el cual se agrupa el mayor porcentaje de padres que no han terminado su educación básica (57,70%). En los estudiantes fiscales los mayores agrupamientos se ubican en los niveles media incompleta (28,80%) y básica incompleta (26,30%). Para el caso de los adolescentes que estudian en los colegios particulares, los padres se agrupan en universitario completo (37,40%) y media completa (34,30%).

En relación al estado civil de los padres, todos los estratos se ubican sobre el 75% en la situación de casados, siendo el grupo particular quien presenta el mayor porcentaje (82,20%).

El rango de edad en que se ubica el mayor porcentaje de padres para la muestra estudiada es el de 40-49 años. Las frecuencias van descendiendo en la medida que se asciende en los rangos establecidos.

En la autoestima académica encontramos que los estudiantes fiscales y particulares se perciben con el porcentaje más alto como Buenos, y en segundo lugar como Regulares. Los adolescentes rurales se perciben en un mayor porcentaje como Regulares, seguido de Bueno.

Las áreas en que nuestros adolescentes destacaron la mayor cantidad de problemas son: Ajuste al Trabajo Escolar, Futuro Vocacional y Educacional.

Las áreas con un menor impacto para nuestros adolescentes consultados son: Programa y Procedimientos de Enseñanza y Salud y Desarrollo Físico.

Las mujeres muestran, en la generalidad de los problemas analizados, un mayor impacto que los hombres, tanto en cada una de las áreas como en los estratos trabajados.

Cada uno de los estratos presenta algunos problemas que les preocupa en forma particular, aunque en la generalidad se tiende a una similitud de éstos.

De las cuatro variables aplicadas en el análisis de la tabla de contingencia del chi cuadrado (χ^2), las que tienen una mayor influencia son: Nivel Educacional y Edad de los Padres.

Para el estrato particular la variable que tiene una mayor incidencia es Nivel Educacional de los Padres. Para el grupo de alumnos fiscales resultó ser el Nivel Educacional, pero además la Edad de los Padres. Para los adolescentes rurales la variable que influye con un mayor impacto es la Edad de los Padres.

Existen algunos problemas que preocupan en forma exclusiva a cada uno de los estratos.

Al comparar este estudio con el realizado en Arica (1984) se observa que, si bien es cierto, existe una alta coincidencia en éstos, también se logró aislar algunos problemas que les afectan en forma particular a cada uno de estos grupos de adolescentes.

Existen algunos problemas que han mantenido su relevancia a través de 21 años de aplicación del instrumento, y otros que han sufrido una profundización, como es el caso de "Desear algunas veces no haber nacido".

Se estima necesario el efectuar estudios posteriores que posibiliten la profundización de algunos problemas aquí presentados, ya sea a nivel de áreas como de situaciones particulares.

TABLA Nº 1

PROBLEMAS MAS RELEVANTES PARA LA MUESTRA TOTAL

Nº	PROBLEMA	TOTALES		HOMBRES		MUJERES	
		f	o/o	f	o/o	f	o/o
38	Preocuparse porque los padres se sacrifican demasiado por uno H.F.	355	61,1	163	62,0	192	60,4
116	Desear ganar su propio dinero F.C.V.	335	57,7	152	57,8	183	57,6
50	No dedicar suficiente tiempo al estudio A.T.E.	331	57,0	158	60,1	173	54,4
76	Desear tener una personalidad más agradable y de más éxito R.P.S.	326	56,1	136	51,7	190	59,8
117	Desear poder comprar sus cosas F.C.V.	312	53,7	136	51,7	176	55,4
97	Necesidad de tener más información acerca de las profesiones F.V.E.	296	51,0	114	43,4	182	57,2
321	Sacar malas notas A.T.E.	286	49,2	128	48,7	158	49,7
145	Querer saber qué sucede a la gente cuando muere M.R.	283	48,7	115	43,7	168	52,8
45	Desear orientación sobre qué hacer después del colegio F.V.E.	281	48,4	125	47,5	156	49,1
211	Tener dificultad en matemáticas A.T.E.	273	47,0	118	44,9	155	48,7
207	Necesidad de saber más acerca de las Universidades e Institutos Profesionales F.V.E.	262	45,1	98	37,3	164	51,6
233	Desear mejorar la cultura personal A.S.R.	256	44,1	100	38,0	156	49,1
28	Ser nerviosos R.P.P.	254	43,7	98	37,3	156	49,1
138	Temor de cometer errores R.P.P.	246	42,3	101	38,4	145	45,6
9	Tener que pedirles dinero a los padres F.C.V.	245	42,2	105	39,9	140	44,0
263	Temor de no encontrar empleo después de recibirse F.V.E.	238	41,0	103	39,2	135	42,6
210	Miedo de no ser capaz de ir a la Universidad o Instituto Profesional F.V.E.	238	41,0	90	34,2	148	46,5
276	Tener la dentadura en mal estado S.D.F.	228	39,2	102	38,8	126	39,6

AREA: REACCIONES PSICOLOGICO-SOCIALES
MUESTRA TOTAL

PROBLEMA Nº	TOTALES		HOMBRES		MUJERES	
	f	o/o	f	o/o	f	o/o
76 Desear tener una personalidad más agradable y de más éxito	326	56,1	136	51,7	190	59,8
22 Herir sin querer los sentimientos de la gente	225	38,7	87	33,1	138	43,4
21 Enojarse al discutir	218	37,5	103	39,2	115	36,2
132 Ser tímido	212	36,5	88	33,5	124	39,0
134 Avergonzarse con facilidad	167	28,7	69	26,2	98	30,8
300 No tener a quien contarle sus problemas	162	27,9	69	26,2	93*	29,3
190 Sentirse muy solo(a)	161	27,7	62*	23,6	99	31,1

* Este problema no está en el cuartil superior

AREA: REACCIONES PSICOLOGICO-PERSONALES
MUESTRA TOTAL

PROBLEMA Nº	TOTALES		HOMBRES		MUJERES	
	f	o/o	f	o/o	f	o/o
28 Ser nerviosos	254	43,7	98	37,3	156	49,1
138 Temor de cometer errores	246	42,3	101	38,4	145	45,6
85 No tomar algunas cosas con la suficiente seriedad	220	37,9	107	40,7	113	35,5
140 Desear, algunas veces, no haber nacido	196	33,7	61*	23,2	135	42,5
26 Enojarse con facilidad	183	31,5	77	29,3	106	33,3
248 Tener mala suerte	173	29,8	73	27,8	100	31,5
192 Llorar con facilidad	167	28,7	32*	12,2	135	42,5
195 No sentirse feliz la mayor parte del tiempo	165	28,4	68*	25,9	97	30,5

* Este problema no está en el cuartil superior

AREA: FUTURO VOCACIONAL Y EDUCACIONAL
MUESTRA TOTAL

No	PROBLEMA	TOTALES		HOMBRES		MUJERES	
		f	o/o	f	o/o	f	o/o
97	Necesidad de tener más información acerca de las profesiones	296	51,0	114	43,4	182	57,2
45	Desear orientación sobre qué hacer después del colegio	281	48,4	125	47,5	156	49,1
207	Necesidad de saber más acerca de las Universidades y/o Institutos Profesionales	262	45,1	98	37,3	164	51,6
210	Miedo de no ser capaz de ir a la Universidad o Institutos Profesionales	238	41,0	90	34,2	148	46,5
263	Temor de no encontrar empleo después de recibirse	238	41,0	103	39,2	135	42,5
44	Dudar que se pueda obtener trabajo en la profesión elegida	215	37,0	80	30,4	135	42,5
316	No saber lo que realmente se quiere	200	34,4	74	28,1	126	39,6
209	Temor de no ser admitido en la Universidad o Instituto Profesional	186	32,0	78	29,7	108	34,0
41	Imposibilidad en el hogar de seguir la profesión elegida	182	31,3	66*	25,1	116	36,5
206	Decidir si ir o no a la Universidad	172	29,6	79	30,0	93*	29,3
319	Tener miedo al futuro	170	29,3	57*	21,7	113	35,5
100	Querer ser independiente	166	28,6	66*	25,1	100	31,5

* Este problema no está en el cuartil superior

60. DIAGNOSTICO DESCRIPTIVO DE 1.200 ADOLESCENTES DEL AREA ORIENTE DE SANTIAGO: ESTILOS DE VIDA Y SALUD

Dra. Matilde Maddaleno, Enf. Isabel Ringeling, Soc. Nina Horwitz, Dr. Ramón Florenzano
y Psicol. Pamela Orpinas
(Depto. de Pediatría y Psiquiatría, División Oriente, Facultad de Medicina, Universidad de Chile)

Los problemas de salud emergentes del adolescente se relacionan directamente con las conductas o estilos de vida. Se ha estimado que el 55% de las muertes entre 10 y 24 años son resultado de accidentes, suicidios u otras violencias; la conducta sexual precoz se traduce en embarazos no deseados, abortos y mayor morbilidad materna e infantil.

En el proyecto de Evaluación de Sistemas de atención de salud del adolescente en el nivel primario de atención, financiado por la OPS, surge la necesidad de conocer el perfil biológico y psicosocial de adolescentes presuntamente sanos de la población en estudio.

Se desarrolló un modelo psicosocial de estudio de la adolescencia y en correspondencia con este marco teórico se confeccionó un instrumento probado en 1986 en un estrato socioeconómico medio.

Se presentan los resultados preliminares de este cuestionario autoadministrado a 1.200 adolescentes de las comunas de La Reina, Providencia y Peñalolén del Area Oriente de Santiago.

La muestra estuvo compuesta por 51% de hombres, 54,4% de 10 a 14 años y 44,6% de 15 a 19 años, el 97% de ellos escolares y con una mediana de 8º Año Básico de escolaridad.

Se describen las características familiares, estructura, dinámica y actividades recreativas de la familia. Se analiza el uso del tiempo libre de estos adolescentes: 77% ve televisión, 75% escucha música, 67% se junta con amigos; el 40% practica deportes (sólo el fin de semana).

Se comentan los problemas de salud percibidos en relación con nivel socioeconómico, edad y sexo y estilos de vida.

TABLA Nº 1

DISTRIBUCION DE LA MUESTRA POR SEXO Y EDAD EN 1.200 ADOLESCENTES DEL AREA ORIENTE DE SANTIAGO

	E d a d e s		T o t a l	
	14	15		%
Mujeres	304	254	558	46,5
Hombres	312	262	574	47,8
No consignados	37	31	68	5,7
Total	653	547	1.200	
%	54,4	45,6		100,0



TABLA Nº 2

**INDICADORES DESCRIPTIVOS DE LA FAMILIA Y ESTILOS DE VIDA DE
1.200 ADOLESCENTES DEL AREA ORIENTE DE SANTIAGO**

	o/o	
1. FAMILIARES		
Situación pareja padres:		
casados	70,1	
separados	19,3	
convivientes	5,6	
Nº personas por familia	5,0	\bar{X}
Trabajo estable padre	76,4	
Actividad recreativa:		
practica deportes	24,0	
ve televisión	83,0	
lee	55,9	
2. ADOLESCENTES Y TIEMPO LIBRE		
practica deportes	49,0	
escucha música	75,0	
ve televisión	77,0	
ayuda en la casa	62,0	
trabaja	64,0	
se junta con amigos	92,0	

61. PROMOCION DE SALUD DEL ADOLESCENTE: UNA APROXIMACION POSITIVA

Drs. Matilde Maddaleno, Ramón Florenzano y Psicol. Verónica Bunster
(Departamento de Pediatría y de Psiquiatría, División Oriente, Facultad de Medicina, Universidad de Chile)

La adolescencia es una etapa crítica con profundos cambios biológicos y psicosociales. En este período de transición se adquieren conductas que influyen decisivamente en la salud presente y futura de este grupo etario y sus problemas de salud están relacionados con sus conductas y estilos de vida (accidentes, embarazo precoz, consumo de sustancias).

En la búsqueda de promover conductas saludables para disminuir aquellas no deseadas y de riesgo, es importante conocer la percepción de los propios adolescentes del concepto de salud y su relación e identificar qué consideran ellos saludable y no saludable. Se encuestan grupos de adolescentes de dos niveles socioeconómico (alto y bajo) siguiendo la metodología recomendada por la O.M.S., a través de evaluaciones pre y post discusión grupal.

Las características de los grupos eran: 60% mujeres, edad promedio, 15,76 años, escolaridad: 1er. año de Enseñanza Media de la comuna de Peñalolén y Las Condes.

Los adolescentes identifican con más frecuencia conductas en relación a su salud física; en el N.S.E. bajo, identifican mayor número de conductas no saludables y en el N.S.E. alto, saludables. En ambos grupos aumenta la identificación de conductas saludables y no saludables y aparecen elementos de bienestar físico y social después de la discusión grupal.

Se describen las diferentes conductas, su frecuencia, prioridad, relación con N.S.E. y sexo.

Se describe la importancia de identificar la percepción de salud de los adolescentes para realizar actividades de promoción de salud.

TABLA Nº 1

NUMERO DE CONDUCTAS DE SALUD IDENTIFICADAS POR ADOLESCENTES DE DIFERENTE NIVEL SOCIOECONOMICO PRE Y POST INTERVENCION

N.S.E.	Conductas Saludables		Conductas No Saludables	
	Bajo	Alto	Bajo	Alto
Pre-test	2,8	3,1	3,2	3,0
Post-test	3,4	5,0	4,2	5,0

62. PROGRAMA DE EDUCACION PARA LA VIDA FAMILIAR EN UN HOGAR DE ADOLESCENTES EN SITUACION IRREGULAR

Matr. Silvia Espinoza, Enf. Silvia Campano y Dr. Enrique Cancec
(Departamento de Salud Pública, División Sur y Escuela de Salud Pública, Facultad de Medicina, Universidad de Chile)

Ante el creciente aumento de nuestra población de niñas adolescentes en "Situación irregular" consideramos que participar junto a otros organismos encargados de ellas a través de la entrega de información y conocimientos relacionados con Salud, sería una contribución que enriquecería tanto a estas adolescentes como a nosotras mismas.

Conscientes de la importancia de la Educación Sexual en el período de la adolescencia, iniciamos un curso para las internas de un Hogar de Adolescentes en Situación Irregular en la Región Metropolitana.

La población de menores en situación irregular de este Hogar, está constituida por 45 adolescentes entre 13 y 19 años, de las cuales el 89% procede la Región Metropolitana y el 11% de provincias, y cuyo ingreso al Hogar fue autorizado por el Tribunal de Menores en el 94% de las adolescentes.

Estas adolescentes, sin excepción, han tenido experiencias negativas y aún tal vez traumáticas en el inicio de su vida sexual, razón por la cual las Religiosas de la Congregación Española hacen esfuerzos, junto con otras instituciones protectoras, para reorientar a estas niñas hacia una vida sana y, en lo posible, feliz, en la cual estas adolescentes en un futuro puedan constituir una familia, tener hijos sanos con una sólida base moral al servicio de Dios, familia y comunidad.

A la fecha, el grupo de 45 adolescentes están organizadas en tres hogares de 16, 13 y 16 niñas cada uno.

Sus antecedentes como distribución etárea, escolaridad, coeficiente intelectual y motivo de ingreso al Hogar se presentan en las Tablas 1 y 2, respectivamente.

Propósito

El propósito de nuestro Programa fue contribuir en la formación u orientación de estas menores en su preparación para una vida familiar futura.

Objetivos Generales del Curso

Que al finalizar el curso la alumna sea capaz de comprender que la sexualidad humana es la integración de lo biológico, lo afectivo, lo psicológico, lo espiritual y lo social, que le permitirá al ser humano amar y crecer.

Objetivos Específicos

Reconocer las características físicas, psíquicas y culturales del hombre y la mujer.

Identificar la importancia de la familia en la sexualidad, matrimonio y el amor.

Identificar y diferenciar las principales características de la infancia y de la adolescencia, reconociendo sus propios rasgos de desarrollo.

Lograr que previo conocimiento de sí misma reconozca actitudes y sentimientos que implican la amistad, el compañerismo y el amor entre hombre y mujer, llegando a comprender la naturaleza y significado de la masculinidad y femineidad.

Conocer algunas enfermedades venéreas a que el ser humano está expuesto durante su vida, especialmente el adolescente.

Contenidos

Dar a conocer el proceso de procreación con el aporte biológico del padre y de la madre.

Explicar la formación de un hijo y su evolución en el vientre materno hasta su nacimiento (peligros del aborto).

Etapas evolutivas del ser humano y sus principales características biológicas, psicológicas, afectivas y sociales.

La efectividad en las relaciones hetero-sexual como uno de los aspectos que llevan a la armonía en la relación de pareja.

Paternidad responsable: comportamiento responsable en la reproducción humana.

Sexualidad y familia: rol del hombre y la mujer en la familia, el trabajo y sociedad moderna. Problemas que afectan a la familia chilena.

Principales fenómenos sexuales y su relación con la ley y la familia chilena.

a) Delitos sexuales: rapto, incesto, bigamia, violencia carnal, abusos deshonestos, corrupción de menores, homicidios, prostitución, delincuencia, drogadicción, etc.

Material y Método

La actividad se inició con una primera entrevista de aceptación, pesquisa de "Inquietudes" y necesidades de las adolescentes (caja de preguntas), quienes señalaron en primer lugar deseos de adquirir conocimientos sobre reproducción humana.

En base a esto se formularon los objetivos del curso, como asimismo se vieron cuáles serían los contenidos que se podrían entregar.

El curso se programó durante el 2º semestre de 1986 con un total de 96 horas para las actividades en el establecimiento, de las cuales se realizaron 4 horas semanales durante 8 semanas para cada Hogar, 3 horas de actividades directas con las alumnas y 1 hora de actividad de evaluación y comentarios con la Dirección del Hogar, Asistente Social y los docentes participantes.

Cada sesión fue de carácter práctico, de actividad grupal dialogada con participación de las alumnas y con un gran apoyo de material audiovisual de películas, diaporamas, diapositivas, rotafolios especialmente seleccionados de acuerdo con la Dirección del Hogar y con las condiciones y características de las alumnas; de igual forma se preparó el material de pruebas de diagnóstico, fichas de evaluación y otros documentos.

Para medir el progreso alcanzado por las alumnas se realizaron 2 evaluaciones (tipo test) escritas, las que demostraron el excelente rendimiento e interés de las alumnas por esta actividad.

El curso fue evaluado por las alumnas en forma oral y escrita.

Conclusiones

El rendimiento en cuanto a conocimientos adquiridos por las internas de los 3 Hogares nos señalaron que fue altamente satisfactorio para este grupo de adolescentes.

Con un promedio de notas de 3,7; 3,9 y 3,9 en el Test de diagnóstico inicial, lograron mejorarlas a 5,4; 6,0 y 5,7, respectivamente.

En forma individual cabe destacar algunas internas que desplegaron un esfuerzo extraordinario. Ej.: de 2,1 finalizaron con 6,5.

A pesar del corto tiempo transcurrido se pudo apreciar cambios positivos de actitud en la mayoría de las internas, como asimismo la excelente relación entre las alumnas y docentes, que permitió una buena comunicación y acercamiento con este grupo de adolescentes, ávido no sólo de conocimientos, sino también de sentimientos, de apoyo, afecto y comprensión. Esta buena comunicación se hizo extensiva al grupo de Hermanas encargadas de los 3 Hogares y a la Dirección misma del Establecimiento.

TABLA Nº 1

**COEFICIENTE INTELECTUAL ADOLESCENTES
EN SITUACION IRREGULAR**

Categorías	Nº	o/o
Normal brillante (110-119)	1	2,2
Normal (90-109)	20	44,4
Normal lento (80-89)	16	35,5
Limítrofe (70-79)	8	17,8
Total	45	100,0

TABLA Nº 2

MOTIVOS DE INGRESOS AL HOGAR DE ADOLESCENTES EN SITUACION IRREGULAR

	Nº	o/o
1. Problemas conductuales (robo, ofensas al pudor, prostitución, fugas)	40	32,2
2. Abandono del hogar, vagancia, drogadicción	19	15,3
3. Peligro físico y moral (incluye agresividad de los padres, prostitución y drogadicción materna, ambiente desfavorable)	17	13,7
4. Madre soltera, deserción escolar, abandono total, orfandad paterna, o total irresponsabilidad materna, insuficiencia e incapacidad de ambos padres	17	13,7
5. Trabajo de la madre, incapacidad síquica de la madre, orfandad materna, problema socio-económico	16	13,0
6. Abandono paterno, alcoholismo e incapacidad síquica del padre e irresponsabilidad paterna	15	12,0
Total	124	100,0

Nota: Total de causas reagrupadas para presentarlas en el Estudio.

En promedio cada adolescente tiene 2 a 3 causales por las cuales el Tribunal autorizó su ingreso al Hogar.

63. LAS DEFUNCIONES POR ENFERMEDADES MENTALES EN CHILE DURANTE EL QUINQUENIO 1981-1985

Drs. Aída Kirschbaum, Aída Pizzi, Miguel Irrázaval y Sr. Raúl Sánchez
(Escuela de Salud Pública, Facultad de Medicina, Universidad de Chile)

El Dr. Lambo, de la O.M.S., ha manifestado que cree y espera firmemente que, si en todo lo relacionado con el desarrollo óptimo del hombre proseguimos libremente y con energía los intercambios de opiniones y conocimientos desde perspectivas y disciplinas científicas distintas, no sólo ensancharemos nuestro horizonte intelectual, sino que mejoraremos nuestras aptitudes y las de otros muchos técnicos y especialistas con ventaja duradera para el individuo y la Sociedad (1).

Por otra parte, sabemos que los problemas de Salud Mental no se expresan claramente a través de los indicadores habituales de mortalidad, egresos o consultas, sino que se encubren bajo expresiones como accidentes y violencias, alcoholismo, fármaco dependencia, embarazo juvenil, etc. (2).

Sin embargo, algunos de estos rubros como alcoholismo y abuso de drogas ocupan lugares de importancia entre las causas de muerte y por ello consideramos interesante continuar esta línea de investigación epidemiológica, analizando la totalidad de las defunciones por Enfermedades Mentales, 290 a 319 de la Clasificación Internacional de Enfermedades y Causas de Defunción (3), ocurridas en Chile durante el quinquenio 1981-1985.

Además, la Cirrosis Hepática (571 de la CIE), por su asociación con el alcoholismo, constituye un problema de Salud que debe abordarse a través de los cambios de conducta referidos al hábito de beber y la salud mental en una proposición muy importante de los casos.

En 1945 se produjeron 107.064 defunciones totales con una tasa global de 19,8 por 1.000 habitantes, de las cuales 1.150 se debieron a Cirrosis Hepática, el 1,07% del total, con una tasa de 20,8 por 100.000 habitantes. En 1981, el número de defunciones por cirrosis alcanza a 3.272 (4,7% del total de defunciones), con una tasa de 29,0 por 100.000 habitantes, lo que representa un aumento de 285% en el número de defunciones y 39% de incremento de la tasa.

Cabe destacar, sin embargo, que en 1972 la tasa de mortalidad por cirrosis hepática alcanzó a 48,7 por 100.000 habitantes, la más alta del mundo en ese año.

Resultados

Las defunciones por enfermedades mentales han aumentado durante el quinquenio analizado de 333 a 603 y de 2,9 a 5,0 por 100.000 habitantes en sus tasas de mortalidad, lo que representa un aumento de la tasa del 81%. Este incremento es desigual en ambos sexos, con 31% de aumento de la tasa masculina y 231% de la femenina. Esto conduce a un acercamiento de las tasas de los dos sexos, aún cuando en 1985 aún persiste un predominio masculino de 70% (Tabla 1).

En el análisis de la distribución por grupos de edad, en todo el quinquenio se observa una tendencia al aumento proporcional a la edad, por lo menos hasta los 64 años, alcanzando la mayor proporción el grupo de 55 a 64 años. En 1985, sin embargo, la mayor proporción de 40,3% se observó en el grupo de 75 años y más. Con respecto a las tasas, son siempre ascendentes con la edad, alcanzando a 102 por 100.000 habitantes en el grupo de 75 años y más en 1985.

Las tasas del sexo masculino son más altas en toda edad, alcanzando en el último grupo de edad 114,1 por 100.000 varones y 94,9 por 100.000 mujeres (Tabla 2).

Con respecto a la distribución de estas defunciones por causa específica, en 1981 sólo aparecen tres diagnósticos como causas de muerte: neurosis, psicosis y retardo mental. Desde 1982, la primera causa de muerte del grupo es el Síndrome de dependencia del alcohol que tiene predominio masculino de 8:1 y con una proporción superior al 60% de las causas de muerte, con excepción de 1985 en que esta causa decrece al 37% y ocupa el segundo lugar en importancia relativa después de la psicosis orgánica senil y presenil que abarca el 54% de las causas de muerte. El tercer lugar lo ocupa la psicosis alcohólica que presenta un predominio masculino promedio de 12:1 en el quinquenio. Tasas de mortalidad más bajas presentan la psicosis esqui-

zofrénica con predominio femenino promedio de 2:1, el abuso de drogas sin dependencia, muertes que sólo se observan en varones, y el retardo mental con ligero predominio masculino de 1,2:1.

En el grupo menor de 25 años predominan como causa de muerte el retardo mental y el Síndrome de dependencia del alcohol, que comienza a aparecer en la niñez*; las defunciones por psicosis alcohólica y psicosis esquizofrénica comienzan en el grupo de 25 a 34 años. Las defunciones por psicosis orgánica senil y presenil se observan desde los 45 años de edad.

En cuanto a la cirrosis hepática, de 3.272 defunciones en 1981 aumentan a 4.315 en 1984, oscilando a 3.646 en 1985. Las tasas aumentan de 29,0 a 36,3 en 1984 y 30,2 por 100.000 habitantes en 1985, con predominio masculino aumenta de 2,6:1 en 1981 a 3,1:1 en 1985.

La proporción de muertes por cirrosis hepática sobre el total de muertes aumenta de 4,7% en 1981 a 5,8% en 1984 y es de 5,0% en 1985. La cirrosis corresponde a casi 7% del total de muerte de varones y 3% del de mujeres.

Las tasas del sexo masculino de 42,3 en 1981 alcanzaron a 55,0 por 100.000 en 1984 y 46,0 en 1985. Las tasas del sexo femenino alcanzaron su máxima de 19,6 en 1983, llegando a 14,7 en 1985, lo que representa un decrecimiento de 25% de la tasa de mortalidad.

* También aparecen en la niñez las defunciones por abuso de drogas sin dependencia.

El análisis de las defunciones por cirrosis hepática según grupos de edad, demuestra que las tasas ascienden con la edad por lo menos hasta los 64 años, y superan las 100 por 100.000 habitantes desde los 45 años de edad, llegando a tasas superiores a 170 en el grupo de 55 a 64 años. En el sexo masculino la proporción más alta de defunciones se produce en el grupo de 45 a 54 años, aunque las tasas más altas se observan en el grupo de 55 a 64 años, superando los 270 por 100.000 habitantes en 1984. En el sexo femenino la proporción más alta se observa generalmente en el decenio siguiente, de 65 a 74 años, superando los 100 por 100.000 sólo en 1984.

Si bien es cierto que el 80% de las defunciones por cirrosis hepática ocurren después de los 45 años, cabe destacar que comienzan en la niñez;

Si se consideran las defunciones producidas por el hábito alcohólico anormal, el 80% del problema ocurre en el grupo de los 45 años y más, el 20% ocurre entre 25 y 44 años y alrededor de 24% ocurre en el senescente. Las tasas más altas se observan en el grupo de 55 a 64 y de 65 a 74 años, llegando a tasas mayores a 130 por 100.000 habitantes.

Con estas consideraciones cabe destacar dos aspectos:

1. Lo recomendable que es poner énfasis en la prevención de los problemas analizados, abordándolos precozmente mediante la incorporación del escolar y del adolescente a actividades educativas, deportivas, artesanales y artísticas, integrando, para ello, recursos intersectoriales.
2. Preocuparse que en los certificados de defunción, las causas originarias de la muerte se especifiquen adecuadamente para disminuir los diagnósticos mal definidos y no especificados.

Referencias bibliográficas

1. Lambo, T.A. La salud mental. Salud Mundial, Dic. 1977.
2. Ministerio de Salud. Proyección de Morbilidad y Mortalidad de Chile al mediano plazo. 1983.
3. Clasificación Internacional de Enfermedades y Causas de Defunción. 9a. Revisión. 1975.

TABLA Nº 1

**DEFUNCIONES POR ENFERMEDADES MENTALES SEGUN SEXO
CHILE. 1985. TASAS POR 100.000 HABITANTES**

Sexo	D e f u n c i o n e s			
	Nº	o/o	Tasa	o/o Total Defunciones
1981				
Masculino	268	80,5	4,8	0,7
Femenino	65	19,5	1,1	0,2
T o t a l	333	100,0	2,9	0,5
1982				
Masculino	339	76,0	6,0	0,9
Femenino	107	24,0	1,8	0,3
T o t a l	446	100,0	3,9	0,6
1983				
Masculino	399	71,8	6,9	0,9
Femenino	157	28,2	2,7	0,5
T o t a l	556	100,0	4,8	0,7
1984				
Masculino	312	78,6	5,3	0,7
Femenino	85	21,4	1,4	0,3
T o t a l	397	100,0	3,3	0,5
1985				
Masculino	376	62,4	6,3	0,9
Femenino	227	37,6	3,7	0,7
T o t a l	603	100,0	5,0	0,8

TABLA Nº 2

**DEFUNCIONES POR ENFERMEDADES MENTALES SEGUN SEXO Y EDAD
CHILE. 1985. TASAS POR 100.000 HABITANTES**

Edad	Masculino			Femenino			T o t a l		
	Nº	o/o	Tasa	Nº	o/o	Tasa	Nº	o/o	Tasa
< 15	—	—	—	—	—	—	—	—	—
15 - 24	4	1,1	0,3	1	0,4	0,1	5	0,8	0,2
25 - 34	13	3,5	1,3	6	2,6	0,6	19	3,2	1,0
35 - 44	41	10,9	5,6	8	3,5	1,1	49	8,1	3,3
45 - 54	59	15,7	11,9	8	3,5	1,5	67	11,1	6,6
55 - 64	86	22,9	24,5	21	9,3	5,3	107	17,7	14,3
65 - 74	69	18,3	35,0	44	19,4	17,4	113	18,7	25,1
75 y más	104	27,6	114,1	139	61,2	94,9	243	40,3	102,3
Total	376	100,0	6,3	227	100,0	3,7	603	100,0	5,0

64. ANTECEDENTES PSIQUIATRICOS EN EL SUICIDIO POR PRECIPITACION DE ALTURA

Drs. Alberto Teke, Pedro Eva, Carlos Moya, Mauricio Morales y Patricio Meléndez
(Departamento de Medicina Legal y Clínica Psiquiátrica, Facultad de Medicina, Universidad de Chile)

La conducta suicida, entendida como el asesinato de sí mismo o el intento de este asesinato, se ha asociado a la presencia de Patología Psiquiátrica de base en los implicados. Se afirma, además, que la prevalencia de Patología Psiquiátrica es más relevante en el suicidio consumado versus el intento de suicidio, y dentro de los diferentes tipos de suicidios es aún mayor en la medida que el método utilizado sea más violento. Por todo esto se podría concluir que los enfermos psiquiátricos constituyen uno de los grupos de más alto riesgo de suicidio. Teniendo esto presente nos abocamos al estudio retrospectivo de los suicidios por precipitación de altura, partiendo de la premisa de que por tratarse de un tipo de suicidio violento habríamos de encontrar en el historial previo de los implicados antecedentes psiquiátricos en una mayor proporción que en la población general.

El objetivo de este trabajo es determinar la existencia de antecedentes psiquiátricos en el suicidio por precipitación de altura, consignar además las patologías psiquiátricas encontradas, el antecedente de conducta suicida previa, factores presuntamente desencadenantes y utilizar la información obtenida para prevenir este tipo de muerte.

Material y Método

Se estudiaron 22 casos de suicidio por precipitación de altura acaecidos entre 1983 y 1985, correspondiendo a 13 hombres y 9 mujeres. El universo del cual se obtuvo esta muestra correspondió a los cadáveres referidos por el Tribunal de Justicia al Servicio Médico Legal para efectuar la autopsia. La información fue extraída de los protocolos de autopsia del Servicio Médico Legal, de las fichas judiciales de los implicados y de la información aportada por la Policía de Investigaciones de Chile. La definición de un caso como suicidio estaba dada por la conclusión de la investigación del caso en cuestión. Por precipitación de altura se consideró el desplome de un individuo sobre una superficie muy por debajo del plano de sustentación.

Resultados

Al relacionar el factor edad con el sexo en este tipo de muerte se observa en el hombre una frecuencia similar en el número de casos en los distintos grupos etarios a partir de la tercera década. En el sexo femenino los casos se tienden a concentrar en el grupo etario de 61 y más años (53,80%).

El antecedente de patología psiquiátrica estaba presente en el 54,50% de los casos en ambos sexos. El 45,50% de los implicados había estado previamente recluido en un recinto psiquiátrico.

Entre las patologías psiquiátricas la más relevante fue la Esquizofrenia, 50% del total de los casos, sobre todo en el sexo masculino (71,50%). El resto correspondió a depresión (16,60%) y alcoholismo (16,60%).

La conducta suicida previa se observó en el 60% de los casos, especialmente en el sexo femenino (78%). En el 50% de los implicados esta conducta se manifestó por intentos previos de suicidio que en su gran mayoría correspondieron a ingestión de fármacos o venenos, encontrándose sólo en un caso el intento previo por precipitación de altura.

Como factores favorecedores o asociados de este tipo de suicidio encontramos en el 86% de los hombres la problemática económica, y en la mujer, el aislamiento (67%), correspondiendo en su totalidad a mujeres viudas mayores de 70 años.

Resumen y Comentario.

Los resultados muestran la relevancia de la patología psiquiátrica en este tipo de muerte, ya que el número de casos entre los cuales existían antecedentes psiquiátricos fue importante (mayor de 50% en ambos sexos), avalado además por el hecho de que en un alto porcentaje (45,5%) había sido previamente recluido en un recinto psiquiátrico. Respecto del tipo de patología, la más relevante fue la esquizofrenia (50%), especialmente en el hombre (71,5%). El antecedente de conducta suicida previa fue muy frecuente (60%) principalmente entre las mujeres (78%). Esto adquiere aún más relevancia si se tiene presente que en la ficha judicial el antecedente de intento previo de suicidio es un hecho casual, ya que deriva de la declaración espontánea de los familiares u otras personas relacionadas con el caso.

TABLA Nº 1
ANTECEDENTES DE PATOLOGIA PSIQUIATRICA

Antecedentes Psiquiátricos	S e x o					
	Hombres		Mujeres		Total	
	Nº	o/o	Nº	o/o	Nº	o/o
Patología Diagnosticada	7	53,8	5	55,6	12	54,6
Patología Presunta	4	30,8	3	33,3	7	31,8
Sin Antecedentes	2	15,4	1	11,1	3	13,6
Total	13	100,0	9	100,0	22	100,0

TABLA Nº 2
ANTECEDENTES DE CONDUCTA SUICIDA PREVIA

Conducta Suicida	S e x o					
	Hombres		Mujeres		Total	
	Nº	o/o	Nº	o/o	Nº	o/o
Intento de Suicidio	6	46,2	5	55,6	11	50,0
Ideación Suicida	—	—	2	22,2	2	9,0
Sin antecedentes	7	53,8	2	22,2	9	41,0
Total	13	100,0	9	100,0	22	100,0

65. DESEMPLEO: CARACTERISTICAS DEMOGRAFICAS Y SUS EFECTOS SOBRE SALUD SOCIAL

Psicol. Heliette Saint-Jean, Enf. Sylvia Suárez, Psicol. Edith Asriel y Srs. Christian Carreño, Juan Espinoza, Ricardo Fernández y Manuel Fernández
(Escuela de Salud Pública, Facultad de Medicina, Universidad de Chile)

El estado de desempleo trae como consecuencia la incapacidad de cumplir con la responsabilidad adquirida de generar los recursos necesarios para el abastecimiento de la familia, produce una situación de desequilibrio interno que difunde y compromete no sólo a la familia, sino que también al mundo social al que ésta pertenece (Linder).

Objetivos Generales

Conocer características demográficas de la familia del cesante, los efectos sociales que la cesantía acarrea y las alternativas ocupacionales que se les presentan.

Objetivos Específicos

- 1) Distribución demográfica: sexo, edad, estado civil, etc.
- 2) Calidad de trabajo en relación al nivel educacional.
- 3) Patología social en relación al desempleo.

Material y método

Se analizaron los consultorios pertenecientes al área urbana de San Miguel y La Cisterna, que atienden el 70% de la población total, se chequearon en forma aleatoria 60 familias a las cuales se aplicaron los instrumentos de evaluación demográficos y sociales.

Descripción

Edad: las edades oscilan entre los 3 meses y 88 años, con una curva de fecundidad temprana. El 24% es menor de 5 años y el 36%, menor de 15 años.

Estado civil: las parejas son o fueron casadas, excepto 1, que son convivientes; diferente en las familias allegadas, que son más jóvenes, constituidas por parejas separadas, madres solteras, etc.

Situación ocupacional: de los mayores de 15 años que realizan actividad productiva hay 63 hombres y 37 mujeres; el 50% de este grupo no recibe remuneración, y de éstos, 71% son mujeres, es decir, de los mayores de 15 años, generan los ingresos familiares el 68% del total de hombres y 34% del total de mujeres.

En los totales se consideran los que tienen trabajo estable, ocasional, parcial, POJH, pensionados y jubilados.

En suma, el 30% del total estudiado se hace cargo de la subsistencia del resto de los integrantes de la familia.

Situación ocupacional y edad: la mayoría de las actividades remuneradas las ejercen personas entre los 20 y 31 años de edad, donde está la mayor frecuencia del grupo adulto y el desempleo se concentra en menores de 25 años y entre 50 y 55 años las mujeres realizan principalmente labores como dueñas de casa. La ocupación de dueña de casa es independiente de la edad.

Situación ocupacional y nivel educacional. el 35% de los varones no terminó educación básica, el 29% no completó educación media. Sólo cuatro alcanza al nivel superior. En conclusión, los trabajos a los cuales pueden optar son de baja calidad, exigencia y remuneración, sin ascensos ni progreso.

Además, existe un 41% con trabajo estable, 12% ocasional, parcial o "pololos" (trabajo esporádico, de baja remuneración, no especializado y, generalmente, de muy mala calidad), un 30% trabaja en el POJH, 10,7% jubilados, y 29% cesantes.

La mayoría de las mujeres son dueñas de casa (580/o), y un 34,50/o realiza trabajo remunerado; sólo el 2,80/o de las mujeres alcanzó formación escolar adecuada, un 430/o no terminó educación básica y el 220/o no terminó educación media, con pocas expectativas personales de progreso y desarrollo personal y laboral.

En el caso de los hombres se vio que a mejor nivel educacional (desde educación media completa hasta técnico universitario completo) los trabajos tienden a ser mejor considerados y más estables, por ejemplo, profesor, técnico eléctrico, empleado, mecánico. Por el contrario, con bajo nivel de formación las ocupaciones son menos estables o parciales, por ejemplo: garzón, junior, jardinero, obrero, PEM, POJH. Existe, además, un grupo intermedio como son los choferes, comerciantes, gasfiter, zapatero.

El grupo de cesantes correspondió mayoritariamente a aquellas personas con menos preparación.

En cuanto a las mujeres, las de mejor nivel educacional trabajan en empleos como en educación parvularia, secretaría del POJH y técnico en calzado. En el grupo intermedio se encuentran: dependientes de tiendas, maestros de cocina, auxiliares de colegio, etc. Por último, las mujeres de menos preparación realizan labores de lavanderas, tejedoras, pololos, POJH, PEM y dueñas de casa.

Patología Social, Estudio Comparativo

Como se aprecia en la Tabla 2, la drogadicción, excluyendo el beber patológico, no aparece en los grupos familiares que tienen un miembro cesante, pero si se considera esta patología, el total de las personas con problemas en el beber está en el grupo de cesantes. La desnutrición es un problema del grupo total que se refleja en la misma proporción en el grupo control como en aquel que tiene una persona desempleada. En el grupo control, prácticamente no aparecen los indicadores de patología social.

TABLA Nº 1

SITUACION LABORAL DE MAYORES DE 15 AÑOS

Actividad	Productivo		No Productivo		Total
	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	
Trabajo Activo	53	32	2 (S.M.)	62	149
Inactivo	10	5	27	7	51
Total	63	73	30	70	200
o/o	(68)	(34)	(32)	(66)	

TABLA Nº 2

**DISTRIBUCION DE LA PATOLOGIA SOCIAL EN
TRES GRUPOS COMPARATIVOS**

Patología Social	Grupo Total (n = 60) o/o	Grupos Cesantes (n = 21) o/o	Grupo Control (n = 9) o/o
Drogadicción	8	—	—
Alcoholismo	15	43	(1)
Abandono Hogar	10	4	—
Desnutrición	15	14	—
Asilado Crónico	2	—	—
Recluido Preso	5	9	—
Total	33	15	1
\bar{X}	0,55	0,71	0,0

66. LA CESANTIA Y SUS EFECTOS EN LA SALUD MENTAL, SALUD FISICA Y DESARROLLO FAMILIAR DE 60 JEFES DE HOGAR Y SUS FAMILIAS

Psicol. Heliette Saint-Jean, Enf. Sylvia Suárez y Angélica Deves y Srs. Vivian Luchsinger, Roberto San Martín y Luis Ferrer
(Escuela de Salud Pública, Facultad de Medicina, Universidad de Chile)

La cesantía es reconocida como un grave problema social que nos afecta, sin embargo, generalmente, sólo ha sido estudiada desde un punto de vista económico, social y político, pero hay pocos estudios acerca de la influencia de ésta sobre la salud física y mental de los individuos y reduciéndose el problema, la mayor parte de las veces, a unas cuantas cifras que salen a la luz pública.

En Chile, Lira y Weinstein han estudiado el desempleo, encontrando que se produce un gran deterioro en la salud mental, marcada por la frustración y autoagresión. También se afecta la salud física: Moses, en Inglaterra, encontró mayor mortalidad en los desempleados. Las relaciones familiares se afectan por un cambio de roles y un desajuste de la estructura de poder.

El propósito de este trabajo es estudiar el efecto de la cesantía sobre la salud mental y física de desempleados del sector sur de Santiago.

Los objetivos son ver el efecto de la cesantía sobre la relación de pareja, sobre la relación padres-hijos, la salud mental familiar, el deterioro del ambiente familiar y la salud física.

Se estudiaron 60 familias beneficiarias del Servicio de Salud Metropolitano Sur, incluyéndose 43 familias allegadas, dando un total de 103 familias, atendidas en 9 Consultorios dependientes de este Servicio. Los datos fueron registrados por enfermeras del área sur.

Las variables dependientes que se consideran en este trabajo son: la relación de pareja, la relación padres-hijos, la salud mental familiar, la salud física y el deterioro del ambiente familiar.

Con respecto a la relación de pareja se consignan varios datos; entre ellos, las salidas en conjunto de la pareja, sobre lo cual 24 no dan información, 19 nunca han salido juntos y sólo 19 parejas han salido más de una vez. En relación al tiempo que dedican a conversar entre ellos: 20 parejas lo hacen habitualmente, 25 a veces, 6 nunca y 9 no responden. Respecto a la percepción de la sexualidad: 40 la perciben de buena calidad, 9 de regular calidad, 6 de mala y 9 no responden. Y a la obtención del placer sexual: responden sí 42, solamente a veces 4, y no 9.

La mayoría de los encuestados califican con nota 7 a sus parejas a lo largo de toda la vida o casi toda la vida en común. Las razones de descalificación de las parejas están marcadas por los comportamientos alterados como efecto del alcohol que incluye las agresiones físicas; la infidelidad; ausentarse del hogar en la noche y el incumplimiento en la mantención del hogar. 5 mujeres declaran que su pareja nunca ha merecido ser descalificada y 9 no entregan información.

La relación padres-hijos se evaluó determinando el uso del castigo, resultando que las madres en un 62% no castigan a sus hijos, 8% a veces, y 23% lo utilizan como medio de educación, y que los padres en un 73% no castigan a sus hijos, el 5% a veces, y el 6% sí.

Frente a la comunicación de los padres con los hijos: 40% de los padres dice conversar los problemas, en el 6% uno de ellos lo logra, y en el 53% no se consigna el dato. Además, se incluyó el acuerdo de los padres en relación a la forma de educación a los hijos que comprende tres ítems: uno es ponerse de acuerdo sobre la educación de los hijos, lo cual logra el 68%, no lo logra el 20%. Otro ítem se refiere al mantener una línea educativa frente a los niños, lo cual logra el 58% y no lo logra el 30%, pero el 77% intenta resolver el problema conversando sobre el tema.

La salud mental familiar comprende la población infantil que presenta en un 52% hiperkinesia, en un 26% enuresis, en un 40% problemas de aprendizaje, 36% abandono de los estudios y el 17% presenta incapacidad para aprender a leer y a escribir; los adultos que presentan en un 76% "alteraciones de los nervios", 43% ingestión de alcohol y 25% consumo de marihuana. Entre los senescentes un 13% sufre de deterioro mental, 11% patología psiquiátrica, 20% epilepsia y el 10% ha sido hospitalizado en Servicios Psiquiátricos.

El deterioro del ambiente familiar comprende el deterioro de las relaciones familiares y el deterioro del equipamiento del hogar. Al respecto, el 50% de las familias relatan dificultad para conseguir la alimentación diaria, lo que se acompaña en un 46% de reacciones violentas dentro del grupo familiar. Contraen deudas en un 46%, venden objetos de valor en el 36% y empeñan prendas de uso habitual en el 20%. La autoagresión se constata en el 26% (incluyendo suicidio). Sólo el 10% de las familias abandona los grupos sociales.

La repercusión de la cesantía sobre la salud física se determinó evaluando la frecuencia de las consultas médicas realizadas durante 1985-1986 en los consultorios del área, observándose que los menores de 2 años son los que comprenden el mayor número de consultas y que el grupo etario comprendido entre los 20 y 34 años registra el mayor porcentaje de no consultas.

En el grupo de adultos, los hombres no consultan en su mayoría, a diferencia de las mujeres entre quienes el mayor porcentaje de consultas corresponde al rubro paternidad responsable. Las consultas infantiles corresponde, en su mayoría, a control sano.

En general, la patología registrada en las consultas es muy variable (infecciosa, traumatismos, psíquicas, etc.).

En relación al rubro gineco-obstétrico, 24 mujeres refirieron haber perdido un hijo o más, 3 han tenido mortinatos y 5 han perdido a un hijo lactante.

TABLA Nº 1
SALUD MENTAL FAMILIAR

Indicadores	Total	Fam.	Fam. Cesant.	
	N = 60	o/o	N = 21 *	o/o
Enuresis	16	26,6	6	28,6
Hiperkinesia	31	52,0	11	52,3
Miedos excesivos	20	33,3	5	23,8
No lee ni escribe	10	17,0	3	14,2
Escuela Especial	7	11,6	4	19,0
Abandona Escuela	22	36,6	7	33,3
Mal rendimiento escolar	24	40,0	10	47,6
Retardo mental	4	6,6	1	4,7
Bebe, bebía alcohol	26	43,3	14	66,6
Fuma, fumaba hierba	15	25,0	5	23,8
Aspira Neoprén	1	1,6	—	—
Toma pepas	1	1,6	—	—
Ataque epilepsia	12	20,0	5	23,8
Pérdida memoria	8	13,3	5	23,8
No sabe, es ni está	3	5,0	1	4,7
Pérdida control esfínteres	3	5,0	1	4,7
Trastorno mental	7	11,6	6	28,5
Enfermo nervios	46	76,6	23	109,5
Hospital Psiquiátrico	6	10,0	2	9,5
Total	262		109	
Promedio	4,36		5,2	

TABLA Nº 2

DETERIORO AMBIENTE FAMILIAR (MOFAT)

	Total*		Cesant.	
	N = 50	o/o	N = 17	o/o
1 Vender objetos de valor	18	36,0	7	41,1
2 Empeñar	10	20,0	2	11,7
3 Contraer deudas	23	46,0	10	58,8
4 Quedarse con lo viejo	9	18,0	1	5,8
5 Falta comida	25	50,0	8	47,0
6 Violencia	23	46,0	11	46,7
7 Rabia en hijos	12	24,0	5	29,4
8 Conflicto de pareja	9	18,0	4	23,5
9 Auto agresividad con suicidio	13	26,0	7	41,1
10 Retirar grupos	3	6,0	1	5,8
Total	145		56	
Promedio	2,9		3,29	

67. DESEMPLEO: INDICADORES DIAGNOSTICOS Y ALTERNATIVAS DE SOLUCIONES PARCIALES

Psicol. Heliette Saint-Jean y Antrop. Vivian Linder
(Escuela de Salud Pública, Facultad de Medicina, Universidad de Chile)

El desempleo, como situación ocupacional, depende directamente de los sistemas socio-económicos, determinante importante de la calidad de vida de la población. Esta situación ocupacional genera dificultades en la sobrevivencia y repercute en la salud física y mental de los individuos. La cesantía es un fenómeno social dinámico que lesiona preferentemente a los grupos de menores ingresos. La inestabilidad laboral, la inespecificidad del trabajo, la falta de especialización, bajos salarios, nivel educacional incompleto y seguros sociales deficientes, son determinantes básicos de la dinámica del desempleo. La situación laboral de cesante, modifica la interacción familiar exagerando los rasgos caracterológicos negativos, deteriorándose, la mayoría de las veces, el ambiente familiar. Paradojalmente aparece y aumenta la solidaridad intra e inter grupal con parientes y amigos. Esta actitud solidaria facilita la sobrevivencia del grupo familiar cuya fuente de ingresos está faltando. En períodos de cesantía también se modifica el contexto social de los barrios o sectores poblacionales, transformándose en zonas peligrosas donde se arriesga las pertenencias y a veces hasta la vida por asaltos o robos. En este clima difícilmente pueden realizarse actividades culturales, o encuentros juveniles, o juegos colectivos, etc., lo que hace que la gente se aisle para proteger su seguridad, limitándose o anulándose el desarrollo socio-cultural de la comunidad.

En este período crítico en que el jefe de hogar es incapaz de solventar los gastos ni satisfacer las necesidades básicas de la familia, frecuentemente la mujer toma un papel activo en la generación de ingresos. Habitualmente trabajando en tareas que son las mismas que realizaba para su propia familia, y que ahora le reportan ingresos porque son para extraños o no familiares, los trabajos son generalmente una prolongación de sus actividades diarias que sigue haciendo en su propio hogar y que vende a otras personas.

Todos estos cambios repercuten en la salud de las personas que los sufren, aumentando la prevalencia de alteraciones físicas, mentales y patologías sociales. Esto es válido no sólo para el que está cesante, sino también para los que tienen un trabajo inestable, ocasional o esporádico y los que deben conformarse con remuneraciones exiguas que no les permiten resolver las necesidades básicas de su familia.

En este trabajo se confrontan estos postulados probando algunos indicadores que pueden reflejar la situación ocupacional de cesantía.

Indicadores Socioeconómicos: Discrepancia entre la especialización y la actividad laboral, disminución del ingreso, dificultad para adquirir materia prima por alza de precio, pérdida o reducción del poder económico, pérdidas de inversiones y aceptación de trabajos inespecíficos por necesidad.

Indicadores Conductuales: Alteraciones del comportamiento, deterioro del ambiente familiar y del contexto social, solidaridad de familiares y amigos y cambio de actitud y comportamiento de la mujer.

Alternativas de Soluciones Parciales: Se describen las alternativas que usan los miembros de las familias para sobrevivir.

Material y Método

Este análisis se realizó a partir de los comentarios entregados por las informantes entrevistadas por la Antropóloga co-autora de este trabajo. Se seleccionaron seis familias, una por consultorio de los 60 grupos familiares sorteados para el estudio de Desempleo. La metodología usada fue visita domiciliaria, varias por familia, sesiones grabadas de acuerdo con la informante y la participación voluntaria de todos los familiares durante las entrevistas.

68. EVALUACION DEL APOYO AFECTIVO EN ESTUDIANTES DE MEDICINA CON EL APGAR DE SMILKSTEIN

Drs. Nelson Vargas y Ester Mateluna y Srs. Silvia Arredondo, Patricia Barrera, Jazmina Bongain, Jimena Carreño, Patricio Cruz, Carola Espinoza, Claudia Olate, Patricia Palma y Marlene Vogel (Departamento de Salud Pública, División Occidente, Facultad de Medicina, Universidad de Chile)

El médico debe ejercer sus capacidades en un ambiente de intensa presión sicosocial que se hace sentir desde su ingreso a la Universidad, la que lo somete a una gran carga académica durante el final de su adolescencia. En esas condiciones el futuro profesional requiere de un sólido soporte afectivo para completar ese período en forma exitosa. Con esas consideraciones, el propósito de este trabajo fue medir y comparar, con un instrumento rápido, la importancia de la familia y los amigos, como fuente de apoyo en estudiantes de Medicina. A la vez, se cuantificó el tamaño del grupo con apoyo débil o deficiente, para compararlo con resultados de pesquisas similares en otros grupos de población, dado que correspondería a un grupo de mayor riesgo de desajuste social y emocional.

Estudiantes y Metodología

Los instrumentos empleados fueron el Apgar familiar (AF) y de las amistades (AA) de G. Smilkstein. Este instrumento, ya empleado en nuestro medio, entrega una visión rápida de la percepción individual de las funciones de la familia y amistades, asignando puntajes en cinco ítems. (Total: mín. = 0 puntos y máx. = 10 puntos).

Se aplicaron los dos Apgares a 499 alumnos de Medicina (1º a 7º año), (el 90,70% de un total de 550 estudiantes de la División Occidente de la Universidad de Chile). El 39,10% (n = 195) era menor de 21 años y el 40% (n = 200) era mujer. Las encuestas se realizaron entre Octubre de 1986 y Mayo de 1987.

Las diferencias se estudiaron con el cálculo Z, a un nivel de alfa 50%, unilateral.

Resultados

El Apgar satisfactorio (8 y más puntos) fue igual en AF y AA: 59,90% (Tabla 1). El Apgar intermedio (4 a 7 puntos) llegó a 32,30% en el AF y 35,50% en el AA.

El Apgar bajo (-4 puntos) fue 7,80% en AF y 4,60% en AA (significativo). El AF bajo fue 9,40% en hombres y 5,50% en mujeres (n.s.). En cinco de los siete cursos el AF bajo fue más frecuente que el AA bajo.

Un 19,20% tuvo AF inferior a 6 puntos, cifra significativamente menor que el 340% encontrado por Maddaleno en adolescentes del área Oriente.

La distribución por puntajes de AF y AA no mostró diferencias por sexo, aunque las mujeres tuvieron frecuencia significativamente más alta de AA satisfactorio.

Se postula que los encuestados tendrían un mayor apoyo afectivo familiar que otros grupos adolescentes. Un segundo hecho posible es que la familia fracase más que los amigos en brindar apoyo afectivo a estos individuos.

TABLA Nº 1

**DISTRIBUCION PORCENTUAL DE LOS VALORES DE APGAR FAMILIAR
Y DE LAS AMISTADES POR SEXO**

Apgar	F a m i l i a r			A m i s t a d e s		
	H	M	Ambos	H	M	Ambos
0 – 1	3,3	2,0	2,8	1,7	1,0	1,4
2 – 3	6,0	3,5	5,0	2,7	4,0	3,2
4 – 5	10,4	13,0	11,4	12,0	9,5	11,0
6 – 7	22,1	19,0	20,9	27,4	20,0	24,5
8 y más	58,2	62,5	59,9	56,2 *	65,5	59,9
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
n =	299	200	499	299	200	499

* significativo, al comparar ambos sexos

TABLA Nº 2

**PORCENTAJE DE INDIVIDUOS CON APGAR FAMILIAR Y DE LAS AMISTADES
INFERIOR A CUATRO PUNTOS POR SEXO Y CURSO**

Curso	F a m i l i a r			A m i s t a d e s		
	H	M	Ambos	H	M	Ambos
1º	8,9	2,0	5,7	1,8	6,1	3,8
2º	17,2	10,0	14,3 *	8,6	2,5	6,1
3º	2,7	3,3	3,0	2,7	10,0	6,0
4º	3,7	8,3	5,9	3,7	4,2	3,9
5º	16,7	7,4	13,0 *	4,8	3,7	4,4
6º	14,8	—	9,1	3,7	—	2,3
7º	—	7,7	1,5	3,8	7,7	4,6
Total	9,4	5,5	7,8 **	4,3	5,0	4,6 **

* significativo, al comparar con el total

** significativo, al comparar con el otro Apgar

69. LA SEPARACION DE LOS PADRES: SUS EFECTOS EN LOS HIJOS ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS

Drs. Enrique Cancec, Cristel Hanne, Ernesto Medina, Sociol. Sylvia Pessoa, Sra. Elisa Echeverría y Eduardo Miranda
(Escuela de Salud Pública, Facultad de Medicina, Universidad de Chile)

La causa más frecuente que incide en la familia incompleta, ya sea por ausencia del padre o de la madre, es la separación de la pareja. Numerosos autores centran una gran parte de sus trabajos en destacar la relevancia que tiene para los hijos la presencia de ambos padres durante su desarrollo. Cada etapa es importante, porque en cada una de ellas hay aspectos que aparecen indelegables a otros adultos, por muy idóneos que éstos sean. Es así entonces como la internalización de los valores, el aprendizaje de los roles sociales aparece como fundamental a la cercanía paterna y materna. Hay muchos supuestos que de la presencia de ambos padres depende el proceso de socialización más adecuada, aspectos que desde el punto de vista de la sociedad debe encargarse la pareja que reproduce a su prole. Por este proceso de socialización primaria, secundaria y terciaria, se justifica por sí sola la necesidad de proteger a la pareja frente a la decisión de una separación temprana o tardía frente a la situación de su descendencia. Hay autores que enfatizan que la separación temprana de la pareja produce claras consecuencias en los aspectos globales del desarrollo del niño y esto no lo abandona jamás, salvo que se actúe sobre ellos clínicamente. Muchos de los estudios demuestran que la separación de la pareja va asociada a los aspectos conductuales de los menores y de los adolescentes. La desorganización social coincide con menores y adolescentes que carecieron prematuramente de los lazos afectivos y de la presencia de ambos progenitores. No es de extrañar seguir encontrando en los estudios esta relación de variables.

De ahí que nuestro propósito sea el de estudiar la relación de los padres y algunos de sus efectos en los hijos estudiantes universitarios.

Material y Método

El material está constituido por todos los estudiantes de una Facultad pertenecientes a una Universidad estatal correspondiente a 615 alumnos. La información fue recolectada a través de un cuestionario con preguntas estructuradas y semiestructuradas. El proceso de tabulación y análisis se realizó por computación.

Resultados

Entre las características generales del adolescente tenemos que el promedio de edad es de 22 años con una desviación standard de 2,9, mínimo 16 y máximo 38. La distribución por sexo es similar. En relación al estado civil de estos adolescentes el 89,80% son solteros; el 80% es casado y el 2,30%, separado o conviviente.

En relación a los hábitos de ingerir sustancias químicas que causan dependencia encontramos que el 6,70% es bebedor anormal. El 50,10% ha consumido sustancias químicas que causan dependencia y el 22,40% lo continúa haciendo agregándose el 2,90% por indicación médica, mientras que el 500% consume cigarrillos.

Relación con sus padres legítimos. El 25,70% son hijos de padres separados. El 11,90% ha fallecido uno de los cónyuges y el 62,40% viven juntos.

El nivel de instrucción de los progenitores es alto, observándose que el 39,80% de los padres tiene estudio universitario, siendo completos en el 29,10%, mientras que las madres lo hacen con un 28,40% y 20,80%, respectivamente.

En relación al status socio-económico podemos mostrar lo siguiente: el 0% más alto o categoría ocupacional del padre corresponde a la de empleado, con un 32,70%, seguido de la categoría trabajador por cuenta propia con un 26,50%; jubilado o pensionado 19,30%, y empleador o patrón con un 11,70%.

En relación a la madre, el 480% está en quehaceres del hogar; el 240% es empleada; el 14,10%, trabajador por cuenta propia.

Relación padre-hijo. Estadísticamente no aparece correlacionado entre el consumo actual de drogas de parte de los adolescentes con la relación de los padres.

Tampoco se observa significación con el hábito de ingesta alcohólica de su hijo, ni con el consumo de cigarrillos.

Aparece estadísticamente significativa la relación entre mayor status social y económico de la madre y la frecuencia de separación de la pareja. También está asociado a la separación la menor creencia religiosa de los hijos de estas parejas separadas. Como también las características de los colegios donde se educaron estos hijos, que mayoritariamente son estatales, por lo tanto, laicos.

Conclusión

La separación de los padres no se asocia significativamente con la adicción de sustancias químicas que causan dependencia en los hijos, sí se relaciona con el colegio que eligen los padres y las creencias religiosas de los hijos, como también el status de la madre.

TABLA Nº 1

CONSUMO ACTUAL DE SUSTANCIAS QUIMICAS QUE CAUSAN DEPENDENCIA SEGUN RELACION DE LOS PADRES LEGITIMOS

Consumo Actual	Relación de los Padres						Total	
	Separados		Fallecidos 1 ó Ambos		Viven Juntos			
	Nº	o/o	Nº	o/o	Nº	o/o	Nº	o/o
No	109	69,0	52	71,2	294	76,6	455	74,0
Sí	43	27,2	18	24,7	77	20,0	138	22,4
Sí por indica- ción médica	5	3,2	3	4,1	10	2,6	18	2,9
No responde	1	0,6	0	0,0	3	0,8	4	0,7
Total	158	100,0	73	100,0	384	100,0	615	100,0

Estadística de Valor Probabilidad

Chi ²	6	8.577	0.477
Likelihood Ratio Chi ²	6	8.333	0.501
Mantel Haenzel Chi ²	1	0.249	0.618
Phi		0.118	
Coeficiente Contingencia		0.117	
Cramer's S.V.		0.068	

TABLA Nº 2

RELACION DE LOS PADRES Y RELIGION DE LOS HIJOS

	Católica Nº o/o	Protestante Nº o/o	Israelita Nº o/o	Mapuche Nº o/o	Mormona Nº o/o	Sin Religión Nº o/o	Otra Nº o/o	No responde Nº o/o	Total Nº o/o
Separados	49 18,6	2 15,4	2 16,7	2 66,7	0 0,0	99 36,3	4 9,5	0 0,0	158 25,7
Fallecidos 1 ó ambos	34 12,9	0 0,0	5 41,7	0 0,0	0 0,0	29 10,6	3 7,1	2 28,6	73 11,9
Viven juntos	181 68,6	11 84,6	5 41,7	1 33,3	1 100,0	145 53,1	35 83,3	5 71,4	384 62,4
Total	264 100,0	13 100,0	12 100,0	3 100,0	1 100,0	273 100,0	42 100,0	7 100,0	615 100,0

ESTADISTICA DE VALOR PROB.

ESTADISTICA DE COCHRAN-HAENZEL

	Chi ²	14 67.199	0.000		Estadística	Hipot. Altern.	de	Valor	Prob.
Likelihood Ratio	Chi ²	14 58.802	0.000	1	Correlación Nonzero	1	5.651	0.017	0.017
Mantel Hanzel	Chi ²	1 5.651	0.017	2	Row Mean Scores Differ	3	12.057	0.007	0.007
Phi		0.331		3	Asociation General	21	67.090	0.000	0.000
Coefficiente Contingencia		0.314							
Cramer S.V.		0.191							

70. NIÑOS CON PROBLEMAS DE APRENDIZAJE ESCOLAR: SEGUIMIENTO A 12 AÑOS PLAZO

Drs. Alejandro Manterola, Edna Mansilla, Carlos Medina, Mauricio Morales y Marcela Maturana
(Departamento de Pediatría, Hospital Roberto del Río, Universidad de Chile)

Se estudiaron 36 niños que a nivel de 3er. año básico tuvieron problemas de aprendizaje de la lecto escritura. Nos interesó conocer la promoción escolar y luego la adaptación al medio laboral en aquellos niños que tuvieron que abandonar sus estudios después del 3er. año. El seguimiento es de 10 años plazo. Se estudian las causas del abandono del sistema escolar dentro del lapso indicado y el rendimiento obtenido en los que permanecían en la escuela. Además, las características de su vida de relación tanto en el plano afectivo como social.

Los casos correspondieron a 26 hombres y 10 mujeres cuyas edades fluctuaron entre 18 y 21 años. En el área afectiva y social se los comparó con un grupo control formado por 28 jóvenes que seguían sus estudios en un liceo fiscal del área Norte de Santiago. La información se obtuvo mediante una encuesta que incluía los siguientes ítems: Identificación, Antecedentes Mór-bidos, Historia Educacional y Laboral y Área Afectivo-Social. Se aplicó también un Test Cogni-tivo que comprendía lecto escritura de números, comprensión de lectura, dictado, aritmética y dibujo.

Resultados

Al momento del estudio el 50% de los casos permanecían en el sistema educacional, el 41,6% trabajaba, la mayoría como obreros no especializados o vendedores ambulantes, el resto no realizaba actividad específica.

En relación al progreso escolar podemos señalar que cerca de la mitad de los casos habían abandonado sus estudios (17/36), 13 lo hicieron en educación básica y 4 en educación media. No llegaron más allá de 6º básico 7 niños luego de varias repeticiones de curso. De los que per-manecieron en el sistema escolar (19 casos), 17 siguieron en escuela normal y 2 en escuela espe-cial; 5 de éstos habían completado la educación media a pesar de sus dificultades iniciales y los 12 restantes cursaban entre 1º y 3º medio. De la totalidad de niños, la mitad había tenido una o dos repeticiones y en 10 casos repitieron tres o más años (Tabla 1). De los que abando-nan, la mayoría (10/17) adujo como causa del fracaso a problemas de rendimiento escolar bajo, en 5 casos se señalaron los problemas económicos y en otros dos la causa no fue claramente definida.

Al estudiar los vínculos con las personas más cercanas, se encontró un mayor número de relaciones inadecuadas en los casos que en los controles, principalmente en mujeres. Con respec-to al uso de drogas sólo uno de los casos admitió estar dependiente (marihuana), mientras que ninguno de los controles refirió el uso de drogas. Siete de los casos manifestaron haber tenido conflictos con la justicia, en general todos delitos menores. Los controles no presentaron este tipo de problemas.

Al evaluar en los casos el coeficiente intelectual, se encontró un nivel bajo en general, con rango entre 60 y 91 y una mediana de 77,5. No se observó relación entre el C.I. y abandono o permanencia en el sistema educacional, pero sí con respecto al nivel académico alcanzado.

Los resultados del Test Cognitivo en los sujetos índices y controles reflejan diferencias sig-nificativas desde el punto de vista estadístico de Lecto escritura, Comprensión, Dictado y Mate-máticas, siendo menos notoria con respecto a calidad de dibujo. Los jóvenes que no abandonan sus estudios tuvieron mejor rendimiento que aquellos que lo hicieron, a su vez ambos grupos fueron superados notoriamente por los controles (Tabla 2).

Podemos agregar finalmente, en base a todo lo anterior, la necesidad de una pesquisa pre-coz de aquellos casos con trastornos de aprendizaje con el objetivo de realizar un manejo multi-disciplinario tendiente a lograr una mejor adaptación a la vida social y laboral acorde a sus capa-cidades.

TABLA Nº 1

**CARACTERISTICAS DEL PROGRESO ESCOLAR HASTA FINES DE 1985,
12 AÑOS DESPUES DEL INGRESO ESCOLAR**

PROSECUCION DEL ESTUDIO		
	Nº	%
Abandonan	17	47,2
No abandonan	19	52,8
	36	100,0
ULTIMO CURSO APROBADO		
	Nº	
Abandonan		
Ed. Media 3º - 4º	1	
1º - 2º	3	
Ed. Básica 7º - 8º	6	
≤ 6º	6	
Ed. Especial	1	
No Abandonan		
Ed. Media 3º - 4º	13	
1º - 2º	4	
Ed. Especial	2	
	36	
REPETICIONES DE CURSO		
	Nº	%
Ninguna	9	25,0
1-2 repeticiones	17	47,2
3 ó más repeticiones	10	27,8
	36	100,0

TABLA Nº 2
TEST COGNITIVO

	Rendimiento	Casos Indices			Controles
		Abandonan Nº = 15 o/o	No Abandonan Nº = 19 o/o	Total Nº = 34 o/o	Nº = 28 o/o
Lecto Escritura	Bueno	33,0	21,0	27,0	75,0
	Regular	13,0	53,0	35,0	21,0
	Malo	54,0	26,0	38,0	4,0
Comprensión Lectura	Bueno	13,0	21,0	17,0	71,0
	Regular	60,0	63,0	62,0	22,0
	Malo	27,0	16,0	21,0	7,0
Matemáticas	Bueno	—	16,0	9,0	75,0
	Regular	7,0	16,0	12,0	25,0
	Malo	93,0	68,0	79,0	—
Dictado	Bueno	7,0	10,0	9,0	36,0
	Regular	7,0	58,0	35,0	50,0
	Malo	86,0	32,0	56,0	14,0
Dibujo	Bueno	13,0	26,0	21,0	36,0
	Regular	40,0	53,0	47,0	42,0
	Malo	47,0	21,0	32,0	22,0

71. INGESTION DE TRANQUILIZANTES MENORES EN ESCOLARES ADOLESCENTES DEL AREA OCCIDENTE DE SANTIAGO

Dr. Mario Montecinos y Srs. Elizabeth Godoy, Gabriela Jorquera, Carlos Mezzano, Enrique Morales, Andrea Pfister y Viviana Venegas
(Departamento de Salud Pública, División Occidente, Facultad de Medicina, Universidad de Chile).

Los tranquilizantes menores son fármacos que en nuestro medio están ampliamente difundidos, ya que poseen libre prescripción, fácil adquisición y no son considerados por la población como agentes peligrosos o con potencial de adicción.

Las relaciones adversas descritas en la literatura con el consumo prolongado (aquel mayor de 15 días), son múltiples, llegando a producirse incluso un síndrome de privación.

Algunas de las motivaciones para el uso de ciertas sustancias químicas en los jóvenes, han sido relacionadas con las características psicológicas de la adolescencia.

Se diseñó el siguiente trabajo, con el fin de ampliar la información de otro similar efectuado en 1985. El propósito fue establecer las características de la ingesta de tranquilizantes menores (T.M.) en una población escolar adolescente del Area Occidente de Santiago. Los objetivos fueron:

- Medir porcentaje y frecuencia de ingestión de TM, según sexo.
- Establecer el origen de la prescripción, según sexo.
- Identificar las motivaciones primarias más frecuentes determinantes del consumo de TM, según sexo.
- Cuantificar antecedentes que hacen probable la dependencia psíquica y el consumo de estos medicamentos en el hogar del encuestado, por sexo.

Sujetos y Método

Entre Agosto de 1986 y Junio de 1987, se aplicó un cuestionario anónimo, autoexplicativo, con preguntas abiertas y cerradas, a 2.818 adolescentes de 3º y 4º año medio de 4 colegios del Area Occidente de Santiago. El 55,10% fueron hombres ($n = 1.553$) y el 44,90%, mujeres ($n = 1.265$). Las edades fluctuaron entre 11 y 22 años.

Se consignaron datos en relación a edad, sexo, consumo actual o reciente (últimos 30 días) de TM, frecuencia de ingestión, antecedentes de dependencia personal y de consumo en el hogar.

Se definió como consumidor de droga a aquel adolescente que ha ingerido alguna píldora en más de una oportunidad (consumidores ocasionales o recreativos).

Se consideró dependencia psicológica a aquel estado en que se mantiene un deseo imperioso de usar la droga, e incapacidad de detenerse cuando ya se ingirió o de abstenerse de usarla.

Resultados

El 21,40% de los escolares encuestados ($n = 602$) refirió ingerir TM en los últimos 30 días previos a la encuesta, correspondiendo a los hombres el 15,30% y a las mujeres el 28,90% (significativo, $p < 0,0001$) (Tabla 1).

Respecto a la frecuencia de ingestión de los consumidores, el 18,30% lo hacía diariamente; el 19,60% en forma semanal y el 62,10%, ocasionalmente. No se observó diferencia entre ambos sexos.

En lo relativo al origen de la prescripción, el 39,10% de los consumidores de TM la recibió del médico; en el 20,20% fue autoindicada; en el 18,50% el medicamento fue suministrado por los padres. Un 15,20% señaló que los amigos les habían sugerido la ingestión. El farmacéutico fue señalado sólo en un 4,40% de los casos. No hubo diferencias por sexo.

En lo referente a las motivaciones de la ingesta de TM, el 52,40% señaló el nerviosismo como la principal causa.

El 14,80% mencionó a las alteraciones del sueño (insomnio) como la segunda causa. El placer presentó una frecuencia de 8,20%; los problemas personales con un 7,50% y las maniobras evasivas (farmacotimia) con 5,20%. No hubo diferencias por sexo.

Respecto al consumo en el hogar, el 32,30% del total del grupo estudiado tiene antecedentes positivos al respecto.

De acuerdo a la ingestión del adolescente encuestado, la situación fue la siguiente: de aquellos que no ingieren TM, el 25,90% señaló un consumo positivo en el hogar, con un 26,30% para los hombres y un 25,30% para las mujeres (no significativo). De aquellos que sí ingieren TM, el 560% refirió tener un consumo positivo de TM en su hogar, con un 76,80% para los hombres y un 42,50% para las mujeres ($p < 0,0001$).

Al comparar ambos grupos de adolescentes, aquellos que consumen TM y aquellos que no lo hacen, en relación al antecedente de ingesta en el hogar, los primeros tienen una mayor frecuencia (X^2 observado 273,5; X^2 crítico 18,5 con 7 grados de libertad y 10% de significación).

En lo relativo a dependencia psíquica, el 13,30% del grupo consumidor refirió tenerla, con un 12,90% para los hombres y 13,50% para las mujeres (no significativo). (Tabla 2).

TABLA Nº 1

**FRECUENCIA DE INGESTION DE TRANQUILIZANTES MENORES, SEGUN SEXO
SANTIAGO 1986-1987**

Ingestión	Hombres		Mujeres		Total	
	Nº	o/o	Nº	o/o	Nº	o/o
Sí	237	15,3	365	28,9	602	21,4
No	1.316	84,7	900	71,1	2.216	78,6
Total	1.553	55,1	1.265	44,9	2.818	100,0

TABLA Nº 2

**ANTECEDENTES DE DIFERENCIA PSIQUICA EN ADOLESCENTES CONSUMIDORES
DE TRANQUILIZANTES MENORES, SEGUN SEXO
SANTIAGO 1986-1987**

Dependencia	Hombres		Mujeres		Total	
	Nº	o/o	Nº	o/o	Nº	o/o
Sí	22	12,9	47	13,5	69	13,3
No	148	87,1	300	86,5	448	86,7
Total	170	100,0	347	100,0	517	100,0

72. EL BEBER ANORMAL EN UNA POBLACION DE ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS

Drs. Enrique Cancec, Ernesto Medina, Sr. Luis Merino, Dra. Christel Hanne y Sr. Eduardo Miranda
(Escuela de Salud Pública y Facultad de Bellas Artes, Universidad de Chile)

El beber anormal constituye un problema de Salud Pública para nuestro país, debido a su alta frecuencia y a las consecuencias que tiene para la salud individual y social.

Diversas investigaciones nacionales en estudiantes dan cifras de bebedores inmoderados que oscilan entre el 4 y el 50%.

Los estudios en los jóvenes se refieren principalmente a alumnos de enseñanza básica y media; concordando que el bebedor anormal ha aumentado en dicha población.

De ahí que nuestro propósito sea determinar la prevalencia de ingestión de bebidas alcohólicas en una población de estudiantes universitarios.

Material y Método

El material está constituido por el universo de estudiantes de una Facultad perteneciente a una Universidad Estatal.

La información fue recogida a través de un cuestionario con preguntas abiertas y cerradas, y la tabulación se efectuó por método computacional.

Se utilizó la clasificación de hábito de ingesta alcohólica según cantidad y frecuencia.

Resultados

Se obtuvieron 615 encuestas.

En relación al hábito de ingesta de bebida alcohólica según cantidad y frecuencia son declarados como abstemios el 33,30%, moderados 59,20%, bebedores anormales 6,70% y no responde el 0,80%.

En cuanto al sexo se observaron diferencias en el hábito anormal, declarándose en el 10,20% de los hombres y en el 30% de las mujeres (Tabla 1).

En el hábito anormal se observaron diferencias significativas entre las distintas creencias religiosas, presentándose en el 16,70% de los participantes de sectas, en el 11,00% de los sin religión y en el 1,50% de los católicos. La falta de creencia religiosa se asocia con un riesgo 3 veces mayor de beber anormal que en los creyentes.

En relación al hábito anormal según la frecuencia de trabajo remunerado, vemos que existen diferencias significativas, presentándose el hábito en el 6,50% de los que trabajan rara vez o nunca; en el 7,90% de los trabajadores ocasionales y en el 3,20% de los que lo hacen en forma estable.

En cuanto a la relación familiar, las diferencias son estadísticamente significativas con el bebedor anormal, quien presenta relación buena en el 4,70%, regular en el 8,20% y mala en el 16,70%.

Los bebedores anormales declaran edades más precoces de ingesta de bebida alcohólica, como también el inicio de la embriaguez, siendo lo más frecuente entre los 15 y 19 años.

En el bebedor anormal se observan diferencias significativas entre las distintas frecuencias de consumo de cigarrillos, presentándose en el 5,50% en los no fumadores, 5,80% en los fumadores de 1 a 5; 9,50% en los de 6 a 10 y 13,50% en los de 11 y más.

Con respecto al consumo actual o pasado de otras sustancias químicas que causan dependencia se observan diferencias significativas en el hábito anormal, declarándose en el 1,90% de los no consumidores y en el 10,60% de los consumidores (Tabla 2).

Conclusiones y Comentarios

El beber anormal constituye un problema importante de Salud Mental en la población estudiada.

Su magnitud (6,70%) y consecuencias sugieren a este Centro de Enseñanza Superior la implementación de programas, con el fin de combatir el problema, tanto en el plano preventivo como de tratamiento.

TABLA Nº 1

HABITO DE INGESTION DE BEBIDAS ALCOHOLICAS SEGUN SEXO

Hábito	S e x o				Total	
	Masculino		Femenino			
	Nº	o/o	Nº	o/o	Nº	o/o
Abstemio	79	25,2	126	41,9	205	33,3
Moderado	200	63,7	164	54,5	364	59,2
Anormal	32	10,2	9	3,0	41	6,7
No responde	3	1,0	2	0,7	5	0,8
Total	314	100,0	301	100,0	615	100,0

ESTADISTICA	DE	VALOR	PROBABILIDAD
Chi-cuadrado	3	27.176	0.000
Likelihood Ratio Chi ²	3	28.047	0.000
Mantel Haenszel Chi ²	1	12.206	0.000
Phi		0.210	
Coeficiente Contingencia		0.206	
Cramer's V		0.210	

TABLA Nº 2

HABITO DE INGESTION DE BEBIDAS ALCOHOLICAS SEGUN EXISTENCIA DE USO DE OTRAS SUSTANCIAS QUIMICAS QUE CAUSAN DEPENDENCIA

Hábito de Beber	Existencia de Uso de otras Sustancias Químicas						Total	
	N o		S í		No responde			
	No	o/o	No	o/o	No	o/o	No	o/o
Abstemio	141	52,6	63	18,6	1	12,5	205	33,3
Moderado	122	45,5	239	70,5	3	37,5	364	59,2
Anormal	5	1,9	36	10,6	0	0,0	41	6,7
No responde	0	0,0	1	0,3	4	50,0	5	0,8
Total	268	100,0	339	100,0	8	100,0	615	100,0

ESTADISTICA	DE	VALOR	PROBABILIDAD
Chi ²	6	370.727	0.000
Likelyhood Ratio Chi ²	6	125.116	0.000
Mantel Haenszel Chi ²	1	47.198	0.000
Phi		0.776	
Coefficiente de Contingencia		0.613	
Cramer's V		0.448	

73. PREVALENCIA DE SÍNDROME ALCOHOLICO FETAL EN ESCUELAS ESPECIALES DE 4 REGIONES: SEPTIMA A DECIMA

Drs. María Mena, Rodrigo Nazal, Carmen Albornoz, Lidia González, Guillermo Soza, Helia Pettinelli
Patricia Velásquez
(Servicios de Pediatría de Hospitales Grant Benavente de Concepción, La Unión y Temuco)

En Estados Unidos se considera que el Síndrome Alcohólico Fetal (SAF) ocupa el tercer lugar en frecuencia, entre los síndromes que se acompañan de deficiencia mental. En Suecia, se ha encontrado que este síndrome constituye un 80% de las deficiencias mentales leves.

Motivados por el hallazgo de 120% de prevalencia de SAF en Escuelas Especiales (EE) de la Provincia de Concepción (1982-1983), se decide investigar la prevalencia del síndrome en Escuelas Especiales de 4 regiones, de la VII a la X, con fines educativos y preventivos. Objetivos: observar la prevalencia de SAF en EE de diferentes regiones, frecuencia de padres bebedores excesivos, sobrevivencia de los padres y problemas sociales secundarios; además, observar distintos tipos de bebidas alcohólicas ingeridas.

Material y Método

Durante los años 1985 y 1986 se investigan EE de 4 ciudades: La Unión, Temuco, Concepción y Linares. Se eligieron las ciudades que tenían una sola EE (La Unión y Linares) y dos EE elegidas al azar en capitales de Regiones (Temuco y Concepción).

Resultados

La prevalencia de SAF en la EE de la Unión fue de 16,10%; en Temuco, 2,40%; Concepción, 100% y Linares, 5,40%. Promedio 7,60% (Tabla 1). El número total de escolares con SAF era 36: 10 con el síndrome completo y 26, parcial. En general se observó que a mayor severidad del síndrome correspondía CI inferiores.

La EE de La Unión era bastante representativa al ser única, y resultó con la más alta prevalencia de SAF (16,10%); en esta ciudad se sospecha un alto índice de alcoholismo, y la mayor frecuencia de consumo de alcohol observada era a base del preparado artesanal de chicha de manzana fermentada.

En la EE de Temuco se observó la prevalencia más baja del síndrome, 2,40%, pero siendo las reducciones indígenas las que tendrían el mayor índice de alcoholismo debería investigarse algunas escuelas rurales periféricas para aclarar esta hipótesis.

En Concepción, la prevalencia de SAF encontrada (100%) fue semejante a la de investigaciones anteriores, viniendo la mayoría de los escolares de un hogar infantil.

En Linares también la prevalencia del síndrome fue baja (5,40%), probablemente debido a que esta EE, a pesar de ser la única, no es representativa por no existir locomoción colectiva en la ciudad, lo que limita el acceso a la escuela por distancia y recursos económicos de los escolares. Por esta razón, posteriormente se investigó una Escuela Especial ubicada en el centro de la ciudad de Talca, encontrándose una prevalencia de SAF de 50% entre los niños con antecedentes de alcoholismo familiar conocidos, y de 100% considerando los niños que tenían rasgos clínicos compatibles con el síndrome, pero con ausencia parcial de antecedentes familiares, por desajustes sociales de los escolares.

Conclusiones

La prevalencia del SAF en las EE de distintas regiones es variable, dependiendo de múltiples factores: diferencias socioeconómicas, culturales, étnicas, industriales e incluso de la producción agrícola, para la obtención del alcohol (uva o manzana), pero todo esto representa sólo una aproximación de la variación real del alcoholismo en la población, pero influido además por la accesibilidad de los escolares a las EE, tanto en la ciudad (Linares) como en las áreas rurales (Temuco). A pesar de todas estas limitantes el promedio de prevalencia de SAF es significativo y provoca bastantes problemas sociales en las familias bebedoras excesivas o alcohólicas y en especial, en su descendencia, al otorgarle una calidad de vida limitada por la deficiencia mental.

TABLA Nº 1

**PREVALENCIA DE SINDROME ALCOHOLICO FETAL EN ESCUELAS ESPECIALES
DE 4 REGIONES (VII A X)**

Escuelas Especiales	Con SAF		Sin SAF		Total	
	Nº	o/o	Nº	o/o	Nº	o/o
La Unión	19	16,1	99	83,9	118	100
Temuco	4	2,4	164	97,6	168	100
Concepción	6	10,0	54	90,0	60	100
Linares	7	5,4	122	94,6	129	100
Total	36	7,6	439	92,4	475	100

74. EL USO DE SUSTANCIAS QUÍMICAS QUE CAUSAN DEPENDENCIA EN ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS

Dr. Enrique Cancec, Ernesto Medina, Sr. Luis Merino, Dra. Christel Hanne, Srs. Eduardo Miranda, Elisa Echeverría y Margaret Barros
(Escuela de Salud Pública y Facultad de Bellas Artes, Universidad de Chile)

La medición del uso de drogas psicoactivas en el adolescente chileno tiene una historia breve, recién data de los últimos 20 años, sin embargo, ha sido considerado un problema de relevancia médica, por las consecuencias de su uso.

Los diversos estudios de prevalencia muestran un aumento constante. La mayoría de ellos han sido realizados en escolares de enseñanza básica y media, no existiendo antecedentes en la Educación Superior.

De ahí que nuestro propósito sea el determinar la prevalencia y características del uso de sustancias químicas que causan dependencia en una población universitaria.

Material y Método

El material está constituido por el universo de estudiantes de una Facultad perteneciente a una Universidad estatal.

La información fue recogida a través de un cuestionario con preguntas abiertas y cerradas, y la tabulación se efectuó por método computacional.

Resultados

Se obtienen 615 encuestas.

El 55,1% declara haber consumido estas sustancias en alguna oportunidad.

El 22,4% la consume actualmente por iniciativa propia, agregándose un 2,9% por indicación médica.

De los consumidores, el 62,5% ha utilizado sólo una sustancia, el 15,7% sólo dos, y 21,8%, tres o más. Las sustancias más consumidas en primera prioridad han sido marihuana en el 89,4%, seguidos por tranquilizantes en el 70%, y estimulantes en el 20% (Tabla 1).

Un cuarto de los consumidores actuales usan la sustancia química 2 a 3 veces a la semana, seguidos por algo más de un quinto que la usa 3 veces al mes (Tabla 2).

En relación al consumo actual y la edad, existen diferencias estadísticamente significativas, declarándose con mayor frecuencia a la edad de 20 años en algo más de un tercio, seguidos por los 19 años en algo menos de un tercio y los 23 años en algo menos de un quinto.

El consumo actual no tiene significación estadística por sexo, siendo declarados en el 23,6% de los hombres y el 21,3% de las mujeres.

En relación a consumo actual y creencia religiosa, se observan diferencias significativas, presentándose en primer lugar en las sectas religiosas con un 33,3%, seguidos de los no creyentes, 30,4%, e israelita con 16,7%.

En cuanto al consumo actual y las características educacionales de los progenitores, se detectan diferencias significativas, ocurriendo en primer lugar en los padres con estudios técnicos incompletos con un 40%, seguidos por universitarios incompletos con 33,3% y básica completa. En cuanto a la madre, el primer lugar es ocupado por estudio técnico comercial incompleto en el 53,1%, universitaria incompleta, 31,9% y media completa, 23,5%.

Con respecto al consumo de cigarrillos, el 48% lo realiza con alguna frecuencia, el 25,4% fuma menos de 5 cigarrillos al día, el 17,1%, de 6 a 10, y el 60%, de 11 o más.

Conclusiones y Comentarios

El uso de sustancias químicas que causan dependencia es muy alto (22,4%), como también la frecuencia en que se ingiere.

El consumo de tabaco también es alto, presentándose en el 48% de la población con alguna frecuencia.

El estudio permite abocar por programas de Salud Mental dirigidos a los grupos de mayor riesgo como es el investigado.

TABLA Nº 1

**TIPO DE SUBSTANCIAS QUIMICAS USADAS POR LOS ESTUDIANTES CONSUMIDORES
SEGUN PRIORIDAD**

Tipo	Prioridad					
	Primera		Segunda		Tercera	
	Nº	o/o	Nº	o/o	Nº	o/o
Marihuana	303	89,4	5	1,5	6	1,8
Inhalantes	3	0,9	9	2,7	0	0,0
Estimulantes	6	1,8	66	19,5	1	0,3
Tranquilizantes	23	6,8	27	8,0	22	6,5
Cocaína	1	0,3	11	3,2	30	8,8
Mescalina, L.S.D.	1	0,3	9	2,7	15	4,4
No responde	2	0,6	212	62,5	265	78,2
Total	339	100,0	339	100,0	339	100,0

TABLA Nº 2

**FRECUENCIA DEL USO EN EL ULTIMO AÑO DE SUBSTANCIAS QUIMICAS
QUE CAUSAN DEPENDENCIA**

Frecuencia	Nº	o/o
Menos de 12 veces al año	24	17,4
1-3 veces al mes	30	21,7
1 vez a la semana	23	16,7
2-3 veces a la semana	34	24,6
4-6 veces a la semana	5	3,6
7 veces a la semana	22	15,9
Total	138	100,0

75. EVALUACION DE LA CALIDAD SANITARIA DE ALIMENTOS EN LA REGION METROPOLITANA MEDIANTE MUESTREO BACTERIOLOGICO. EVOLUCION HISTORIA Y SITUACION ACTUAL

Dr. Mario Muñoz, Sra. Eliana Barraza y Dra. Carmen Contreras
(Servicio de Salud Metropolitano del Ambiente)

El mayor riesgo sanitario implícito en el consumo de alimentos en Chile, continúa siendo su potencial infectante como vehículo de transmisión de enfermedades infecciosas. Por este motivo la vigilancia epidemiológica que ejerce el Sector Salud se dirige prioritariamente en este sentido.

En el trabajo que se presenta se analizan los criterios utilizados entre los años 1981 y 1986, para orientar la toma de muestras de alimentos en la Región Metropolitana de tal manera, que se utilice la capacidad analítica disponible, obteniendo de ella el máximo rendimiento.

Se relata la evolución del número de muestras por grupos de alimentos, así como sus porcentajes de inaptitud bacteriológica para el consumo humano, y se analiza la situación actual en el mismo contexto.

Se demuestra la conveniencia, para fines de vigilancia epidemiológica, de identificar con precisión los grupos y subgrupos de alimentos que representan mayor riesgo para dirigir en ese sentido las acciones preventivas y correctivas propias del sector salud, entendiendo la vigilancia sanitaria de alimentos como un factor importante de la atención primaria de salud, entre los elementos del ambiente cuya inocuidad es importante para la salud humana.

Se demuestra que existen grupos de alimentos que involucran riesgos superiores al promedio, y se infiere que su grado de contaminación está directamente relacionado con la manipulación inadecuada, más que con la calidad de las materias primas u otros factores.

Se sugiere un sistema de vigilancia por muestreo que permite eliminar algunos factores que introducen sesgos metodológicos o estadísticos que invalidan o influyen en sus resultados.



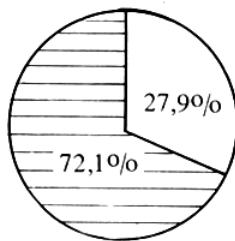
TABLA Nº 1

**SERVICIO DE SALUD METROPOLITANO DEL AMBIENTE
MUESTRAS BACTERIOLOGICAS DE ALIMENTOS
Y PORCENTAJES DE INAPTITUD. 1981-1986**

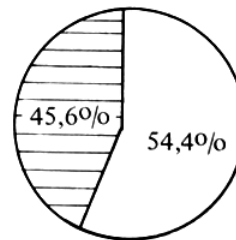
Año	Muestras Bacteriológicas	% Inaptitud
1981	6.599	9,6
1982	6.980	13,4
1983	10.374	14,1
1984	12.701	9,4
1985	12.675	8,5
1986	12.905	7,8

GRAFICO Nº 1

**SERVICIO DE SALUD METROPOLITANO DEL AMBIENTE
DISTRIBUCION DEL MUESTREO DE ALIMENTOS
SEGUN TIPO DE ANALISIS. 1981-1986**



1981



1986



Bacteriológico



Químico - Bromatológico

76. ANALISIS DE LA CALIDAD BACTERIOLOGICA DE HELADOS EN LA REGION METROPOLITANA

Drs. Jimena Salas y Mario Muñoz
(Servicio de Salud Metropolitano del Ambiente)

La producción de helados ha aumentado de 21.573.000 litros anuales, en 1983, a 24.000.000 litros anuales en 1986, lo que representa un aumento del 11,25% en el período.

Tal volumen de producción, unido a la naturaleza del alimento estudiado, puede significar riesgo importante para la salud humana. Por ello, se creó un programa especialmente diseñado para evaluar la calidad sanitaria de los helados, en sus diversos tipos y origen, datos que no existían al iniciarse el programa.

Las muestras fueron obtenidas mediante técnicas estandarizadas, y procesadas según la metodología normal por el Instituto de Salud Pública. El criterio de inaptitud es el que señala el Reglamento Sanitario de Alimentos.

Los resultados del estudio muestran claras diferencias entre los diversos tipos de helados y entre las distintas industrias productoras. En cuanto a los tipos de helados, los de leche presentaron porcentajes de contaminación bacteriana mucho más alta que los elaborados con agua.

En cuanto a la producción, representaron mayor riesgo los helados provenientes de pequeñas industrias y de máquinas expendedoras automáticas. Es posible que estas diferencias puedan explicarse por deficiencias en alguna de las etapas del proceso productivo, probablemente relacionadas con manipulación inadecuada.

Los cuadros estadísticos que se acompañan muestran la evolución de la calidad bacteriológica de los helados. Se analiza también los diversos tipos de microorganismos causantes de la contaminación, y se les relaciona con su posible origen.

TABLA Nº 1
CONTAMINACION BACTERIOLOGICA DE HELADOS SEGUN ORIGEN
REGION METROPOLITANA
1983-1986

Año	Fábricas de Alta Producción			Fábricas de Baja Producción			Máquinas Automáticas		
	Nº Estableci- mientos	Total Muestras	Inaptas o/o	Nº Estableci- mientos	Total Muestras	Inaptas o/o	Nº Estableci- mientos	Total Muestras	Inaptas o/o
1983	4	98	2,0	86	294	7,5	178	145	9,0
1984	4	105	0,0	86	748	8,0	178	211	8,0
1985	5	148	4,0	95	694	10,7	227	218	18,8
1986	5	186	1,1	115	829	8,0	224	224	6,3

TABLA Nº 2
MUESTRAS BACTERIOLOGICAS DE HELADOS Y PORCENTAJE DE INAPTITUD
SEGUN TIPO - REGION METROPOLITANA - 1983-1986

Tipo Helados	1983		1984		1985		1986	
	Total	Inaptas o/o	Total	Inaptas o/o	Total	Inaptas o/o	Total	Inaptas o/o
*Leche	433	8,3	922	7,9	1.061	12,0	1.178	6,9
Agua	104	1,0	142	2,8	43	2,3	92	4,3
Total	537	6,9	1.064	7,2	1.104	11,7	1.270	6,7

* Incluye helados de fábricas, máquinas expendedoras y caldos para helados.

77. CALIDAD BACTERIOLOGICA DE CECINAS EN LA REGION METROPOLITANA TRIENIO 1984-1986

Drs. Margarita Guevara, Carmen Gloria Piñones y Ximena Torres
(Servicio de Salud Metropolitano del Ambiente).

Se presentan los resultados del análisis bacteriológico de muestras de cecinas obtenidas en fábricas de la Región Metropolitana, entre los años 1984 - 1986 y se evalúan los porcentajes de contaminación bacteriológica existente. Se analizan igualmente los tipos de microorganismos presentes con mayor frecuencia y su posible origen. Se realiza un análisis comparativo de la evolución de la calidad bacteriológica de estos productos por año y se estudia la periodicidad estacional de los resultados del muestreo, para observar la influencia de la temperatura en la calidad sanitaria de las cecinas.

Se analiza la relación existente entre la infraestructura, el equipamiento y el grado de entrenamiento del personal, con los resultados de la vigilancia mediante muestras para análisis bacteriológico. Se observan diferencias importantes que permiten determinar cuáles son los elementos básicos indispensables para obtener cecinas de adecuada calidad sanitaria. Se puede concluir también que las fábricas de mayor tamaño, con mayor volumen de producción, representan un riesgo sanitario inferior al de las fábricas pequeñas.

TABLA Nº 1

DISTRIBUCION DE LA INAPTITUD BACTERIOLOGICA GENERAL EN MUESTRAS DE CECINAS TOMADAS EN FABRICAS SEGUN VOLUMEN DE PRODUCCION (1) 1984-1986

Nivel Producción	1984		1985		1986	
	Total Muestras	% Inap- titud	Total Muestras	% Inap- titud	Total Muestras	% Inap- titud
Fábricas de Ma- yor Producción (2)	365	12,6	495	7,2	546	3,3
Fábricas de Me- nor Producción (3)	1.548	18,1	1.680	14,2	1.675	11,0
Total	1.913	17,1	2.175	12,6	2.221	9,1

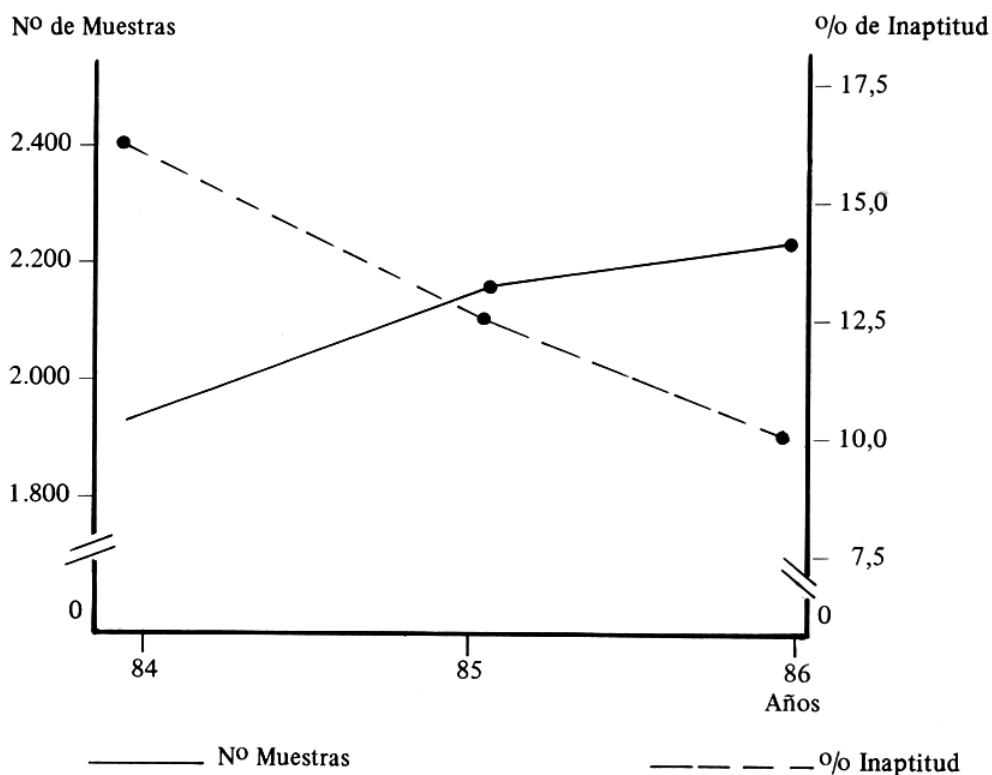
(1) Criterio de Inaptitud: Reglamento Sanitario de los Alimentos Chile. 1982

(2) Más de 100 toneladas al mes

(3) Hasta 100 toneladas al mes

GRAFICO Nº 1

MUESTRAS BACTERIOLOGICAS TOMADAS EN FABRICAS DE CECINAS Y PORCENTAJE DE INAPTITUD – REGION METROPOLITANA 1984 – 1986



78. CONTROL SANITARIO DE PESCADOS Y MARISCOS EN EL TERMINAL PESQUERO DE SANTIAGO

Drs. Luis Roos T., Luis Roos R. y Pedro Núñez
(Servicio de Salud Metropolitano del Ambiente)

Se presenta un resumen estadístico del volumen de pescados y mariscos ingresados al Terminal Pesquero de Santiago durante los años 1980 - 1986, y las cantidades decomisadas por ser inaptas para el consumo humano. El objeto de esta exposición es demostrar el volumen de la comercialización de estos productos en nuestra capital, como también las cantidades que la autoridad sanitaria debe decomisar, impidiendo así su comercialización y el riesgo sanitario implícito, y sus variaciones según la época del año.

Se presentan las cifras de productos del mar ingresados por mes y por año, y el porcentaje de decomisos registrados en el mismo período.

Se señala que el objetivo principal de estas actividades es evitar que productos inaptos para el consumo humano lleguen a la población (405.000 kgr. en promedio anual). El porcentaje de decomisos aumenta en los meses calurosos y disminuye en los meses fríos.

Existe un mayor porcentaje de decomisos de mariscos (1,880/o; 1.812 toneladas) en relación a pescados (0,850/o; 929 toneladas), en el período analizado. Se observa también un aumento de los decomisos durante el período de las festividades religiosas de Semana Santa (Marzo o Abril de cada año), fenómeno tradicional en nuestro medio.

Se analiza otro tipo de contaminación no detectable por la inspección organoléptica, constituida por bacterias del grupo Coliformes y del género Salmonella (Muñoz et al., IX Congreso Chileno de Microbiología. Santiago, 1985).

Se señala la conveniencia de aumentar las medidas preventivas para mejorar la calidad sanitaria de estos productos, desde su captura hasta su llegada al Terminal Pesquero, lo que contribuiría a reducir los decomisos e influir positivamente sobre la contaminación bacteriológica no detectable por inspección profesional.

Se adjunta cuadro resumido de decomisos por año (1980 - 1983 - 1986) y gráfico que muestra la variación estacional de los decomisos.

TABLA Nº 1

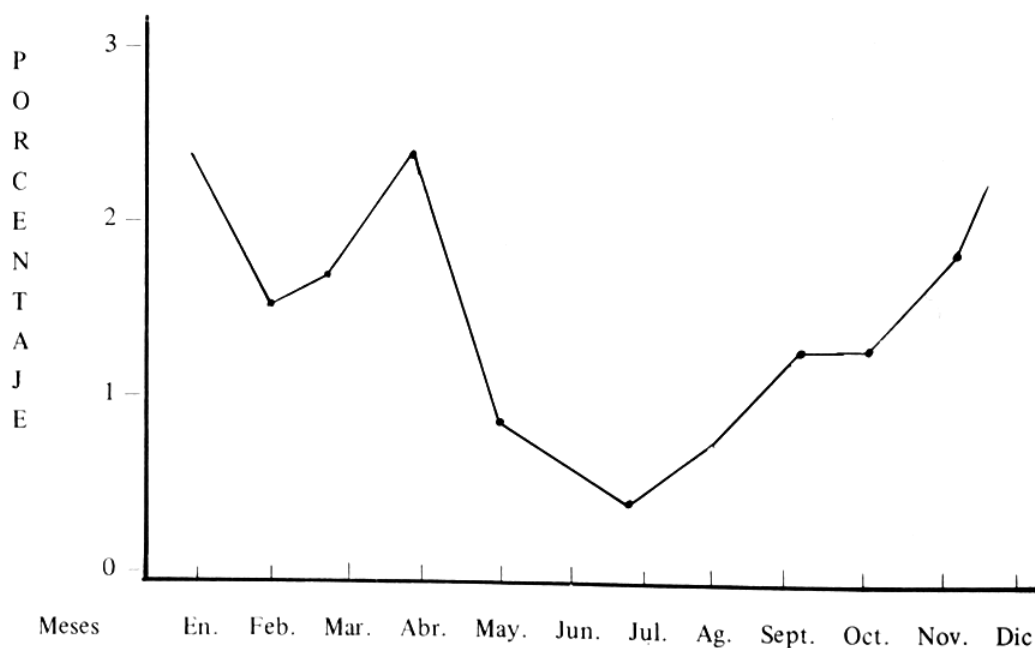
**PRODUCTOS DEL MAR INGRESADOS Y DECOMISADOS 1980, 1983 Y 1986
TERMINAL PESQUERO DE SANTIAGO (*)**

Meses	1980		1983		1986	
	Ingresados	Decomiso o/o	Ingresados	Decomiso o/o	Ingresados	Decomiso o/o
Enero	1.841.992	2,97	1.756.664	2,83	2.024.378	1,42
Febrero	1.794.233	1,24	1.756.367	1,85	2.051.736	1,42
Marzo	2.314.169	2,31	3.126.553	1,83	3.262.083	2,21
Abril	2.828.502	1,77	2.556.904	3,51	2.657.982	1,04
Mayo	2.503.888	0,66	2.237.159	1,10	2.709.580	1,44
Junio	2.181.861	0,49	2.276.935	0,43	2.113.860	0,67
Julio	2.713.026	0,43	2.725.771	0,33	2.466.701	0,28
Agosto	2.878.136	1,13	2.682.659	0,98	2.791.536	0,50
Setbre.	2.773.183	0,96	2.446.505	1,25	2.460.869	0,64
Octbre.	2.889.329	0,78	2.429.438	1,25	2.440.150	1,43
Novbre.	2.769.631	1,89	2.291.461	1,90	2.302.340	0,41
Dicbre.	2.222.671	2,86	1.982.290	3,21	2.208.214	1,89
Total año	29.710.621	1,40	28.268.706	1,65	29.489.429	1,13

(*) Cantidades expresadas en kilogramos

GRAFICO Nº 1

**PORCENTAJE MENSUAL PROMEDIO PRODUCTOS DEL MAR DECOMISADOS
PERIODO 1980-1986. TERMINAL PESQUERO DE SANTIAGO**



79. POBLACION CANINA DE LA REGION METROPOLITANA RIESGO SANITARIO PARA LOS SERES HUMANOS

Drs. Pedro Núñez, Mario Muñoz y Sonia Escobar
(Servicio de Salud Metropolitano del Ambiente)

Se ha estimado para la Región Metropolitana al año 1986 una población canina cercana a los 487.000 perros, aplicando a la población humana la razón perro-hombre de 1:10. No obstante, otros antecedentes indican que esta población podría ser considerablemente menor.

El hecho de tener en la Región una población canina elevada implica diversos riesgos para la salud de los habitantes, especialmente el riesgo de enfermar de rabia, con una letalidad cercana al 100%, y mordeduras de gravedad diversa, especialmente de niños. Otras zoonosis y contagio de parásitos representan riesgos menores.

El Programa Nacional de Prevención de la Rabia ha fijado como objetivo eliminar el riesgo para las personas de enfermar de rabia. La situación epidemiológica del país es de ausencia de casos humanos de rabia desde 1972, año en que se presentó el último caso. Para mantener esta situación se han planteado metas, estrategias y actividades para ser desarrolladas por los distintos órganos del Sistema Nacional de Servicios de Salud dentro de su jurisdicción, conforme a su normativa y de acuerdo con su realidad, en cada caso.

En este estudio se muestra el número de personas mordidas y el porcentaje de personas tratadas (vacunadas) en la Región Metropolitana en el período 1982 - 1986.

Se hace un análisis de las tasas de personas mordidas en el territorio jurisdiccional de cada Servicio de Salud Metropolitano en el período.

Se analiza, además, el riesgo de ser mordido y las consecuencias que este hecho implica para la integridad física de las personas, así como para la atención de salud.

Se presentan tablas y gráficos con la información, y se describen las acciones y estrategias desarrolladas durante el período en cumplimiento del Programa que se menciona, en la Región Metropolitana.

TABLA Nº 1

PERSONAS MORDIDAS Y PORCENTAJE DE TRATAMIENTOS POR SERVICIOS DE SALUD
REGION METROPOLITANA. PERIODO 1982-1986

Servicios de Salud	1982		1983		1984		1985		1986	
	Personas Mordidas	% Tratamientos	Personas Mordidas	% Tratamientos	Personas Mordidas	% Tratamientos	Personas Mordidas	% Tratamientos	Personas Mordidas	% Tratamientos
Total Región	12.394	29,8	15.025	45,2	12.219	29,0	13.280	35,5	13.451	37,6
Oriente	1.774	42,1	2.174	62,3	1.895	36,3	2.003	33,2	2.029	37,2
Central	879	54,9	1.209	43,8	925	35,1	985	47,2	937	46,6
Sur	4.455	11,8	5.385	35,6	3.221	13,1	3.188	9,7	3.533	9,8
Norte	2.444	29,9	2.590	43,7	2.277	22,4	2.252	21,1	1.943	20,7
Occidente	1.841	24,2	2.407	42,3	2.723	32,8	3.636	45,2	3.899	54,7
Suroriente	1.001	75,4	1.260	66,2	1.178	59,9	1.216	95,0	1.100	88,3

TABLA Nº 2

**TASAS DE PERSONAS MORDIDAS (*) POR SERVICIO DE SALUD
REGION METROPOLITANA. PERIODO 1982-1986**

Servicios de Salud	1982	1983	1984	1985	1986
Región	277,1	328,6	261,5	278,2	276,0
Oriente	191,1	222,3	188,0	202,7	201,2
Central	174,9	234,6	177,2	189,0	176,1
Sur	436,7	522,8	307,4	321,0	348,5
Norte	462,9	525,1	458,0	383,8	324,3
Occidente	206,0	259,9	287,7	374,8	393,7
Suroriente	169,7	200,1	180,9	170,3	152,3

(*) Casos de personas mordidas por cada 100.000 habitantes.



80. DESTINO DE ANTIBIOTICOS Y QUIMIOTERAPICOS ANTIBACTERIANOS CHILE, 1986

Drs. Sergio Alcayaga, Eliana Cañas y Q.F. Isabel Melo
(Agrolog. Chile e Instituto Traumatológico de Santiago)

Los antibióticos y quimioterápicos antibacterianos internados al país se utilizan en terapéutica humana, terapéutica veterinaria y como promotores de crecimiento en producción animal.

Aunque existen normativas técnicas precisas con respecto al uso de estos elementos en medicina veterinaria y producción animal, éstas no se controlan adecuadamente.

Los estudios en el país y el extranjero han demostrado fehacientemente que el uso inadecuado de antibióticos y quimioterápicos producen diversos problemas entre los que se deben mencionar:

- Persistencia de residuos en órganos y musculatura de animales con posterioridad a su sacrificio.
- Generación de reacciones alérgicas en humanos susceptibles, por residuos y metabolitos.
- Desarrollo de microorganismos resistentes a estas drogas, siendo capaces de transferir la resistencia adquirida a patógenos, o ellos mismos ser agentes causales en el hombre y los animales.
- Algunas drogas causan tumores en animales de laboratorio, sospechándose que son carcinogénicas para el hombre.

Como una manera de estimar el volumen de estos productos utilizados durante 1986, se procedió a revisar los informes diarios de importación, publicados por la Cámara de Comercio de Santiago.

Esta información fue condensada por grupos de productos y según el uso declarado por el importador, pudiendo ser éste para terapéutica humana, terapéutica veterinaria, alimentación animal, o no especificado en el informe de importación.

La clasificación según grupo de productos y sus componentes fue la siguiente:

- Penicilinas: bencilpenicilinas, fenoximetilpenicilinas, amoxicilina, cloxacilina, epicilina y flucloxacilina.
- Tetraciclinas: clortetraciclina, doxiciclina, oxitetraciclina y tetraciclina.
- Macrólidos: eritromicina, espiramicina y tilosina.
- Aminoglicósidos: amikacina, dihidroestreptomicina, espectinomicina, estreptomicina, gentamicina, kanamicina y neomicina.
- Polipéptidos: bacitracina, colistina y gramicidina.
- Cefalosporinas: cefalexina, cefradina y otras cefalosporinas de primera, segunda y tercera generación.
- Lincosamidas: clindamicina y lincomicina.
- Nitrofuranos: furadaltona, furazolidona y nitrofurazona.
- Sulfonamidas: ftalilsulfatiazol, sulfacloropiridazina, sulfadiazina, sulfadimetoxina, sulfaguanidina, sulfamerazina, sulfametazina, sulfametoxipirazina, sulfametoxazol, sulfanilamida, sulfametizol, sulfaquinoxalina, sulfatiazol y sulfisoxazol.
- Cloramfenicol.
- Otros: aztreonam, carbadox, dimetridazol, flavomicina, novobiocina, olaquinox, rifampicina, salinomina, tiamulina, trimetoprima y virginiamicina.

En la Tabla 1 se aprecian los volúmenes (en toneladas de droga pura) y la participación porcentual de cada uno de los grupos, según uso. De estos antecedentes es necesario destacar los grandes volúmenes que alcanza el uso de antibióticos y quimioterápicos antibacterianos en terapéutica veterinaria y alimentación animal, pues en conjunto suman 84.75 toneladas de droga pura, correspondiendo a un 48,6% del total importado durante el año 1986.

Al analizar el desglose por grupo de productos se aprecian valores interesantes para la salud pública. El 13% del cloramfenicol, el 46% de las tetraciclinas, el 99% de los polipeptídicos, el 21% de las sulfonamidas y el 38% de los nitrofuranos son utilizados en alimentación animal.

Debido a que la legislación vigente ha liberalizado la comercialización de estos productos, no existen normativas que controlen el expendio, llegándose al extremo que los laboratorios entregan directamente estos medicamentos a los productores pecuarios.

Por lo anteriormente expuesto, se supone que durante 1986 se destinaron aproximadamente 59 toneladas de antibióticos y quimioterápicos, como droga pura, a alimentación animal, desconociéndose el volumen de residuos, agentes carcinogénicos, alérgenos y cepas bacterianas resistentes que han pasado a la población humana a través de la cadena trófica.

En terapéutica veterinaria se presentan situaciones similares, pues no existe control sobre la venta de estos productos, existiendo en el mercado antibióticos específicos de libre venta, como rifampicina y lincomicina para el tratamiento de mastitis en ganado lechero. Entre los productos importados para terapéutica veterinaria destacan las lincosamidas y nitrofuranos, que ascienden a un 48 y 67% del total, así como los aminoglicósidos, con un 42%.

El presente trabajo sólo pretende ser un llamado de atención sobre un problema que, por sus repercusiones en salud pública, debe ser analizado en profundidad, con el fin de generar los mecanismos de control que se hacen imperiosamente necesarios.

TABLA Nº 1
ANTIBIOTICOS Y QUIMIOTERAPICOS IMPORTADOS DURANTE 1986,
SEGUN TIPO Y DESTINO

	Terapéutica Humana		Terapéutica Veterinaria		Alimentación Animal		No especificado		Total	
	Ton.	o/o	Ton.	o/o	Ton.	o/o	Ton.	o/o	Ton.	o/o
Penicilinas	32,23	57,6	0,91	1,6	1,00	1,8	21,79	39,9	55,93	100
Tetraciclina	2,68	15,6	3,98	23,1	7,88	45,8	2,68	15,5	17,22	100
Macrólidos	2,78	62,5	0,37	8,3	0,37	8,3	0,93	20,9	4,45	100
Aminoglicósidos	1,29	31,7	1,71	42,0	0,06	1,5	1,01	24,8	4,07	100
Polipeptídicos	0,05	0,6	0,05	0,6	7,68	98,8	0,00	0,0	7,78	100
Cefalosporinas	0,59	70,2	0,00	0,0	0,00	0,0	0,25	29,8	0,84	100
Lincosamidas	0,27	26,0	0,50	48,0	0,00	0,0	0,27	26,0	1,04	100
Cloramfenicol	1,22	22,6	0,38	7,0	0,70	12,9	3,11	57,5	5,41	100
Nitrofuranos	0,10	0,8	7,66	61,1	4,75	37,9	0,03	0,2	12,54	100
Sulfonamidas	9,58	32,3	6,70	22,6	6,27	21,1	7,12	24,0	29,67	100
Otros	1,06	3,0	3,62	10,2	30,16	84,9	0,67	1,9	35,51	100
Total	51,85	29,7	25,88	14,8	58,87	33,8	37,86	21,7	174,46	100

81. HEPATITIS Y FIEBRE TIFOIDEA EN LOS ULTIMOS 10 AÑOS ENFOQUE EPIDEMIOLOGICO. CHILE 1975-1984

Drs. Sonia González, Gladys Guevara y María de la Fuente
(Escuela de Salud Pública, Universidad de Chile y Servicio de Salud Metropolitano Sur)

Se describe la morbimortalidad de Fiebre Tifoidea y Hepatitis y su distribución en el tiempo, el espacio y las personas en el decenio 1975-84.

La información se obtuvo de los anuarios de defunciones, de declaración de enfermedades infecciosas, del Demographic Year Book y de publicaciones del Ministerio de Obras Públicas (SENDOS).

En el período estudiado se observó una tendencia al aumento de la morbilidad y disminución de la mortalidad en ambas patologías, siendo el fenómeno anotado más evidente para Tifoidea (Tabla 1).

La letalidad descendió en ambas, siendo más acentuado y constante el descenso en Tifoidea, lo que se puede atribuir a un diagnóstico precoz y a la existencia de un tratamiento específico.

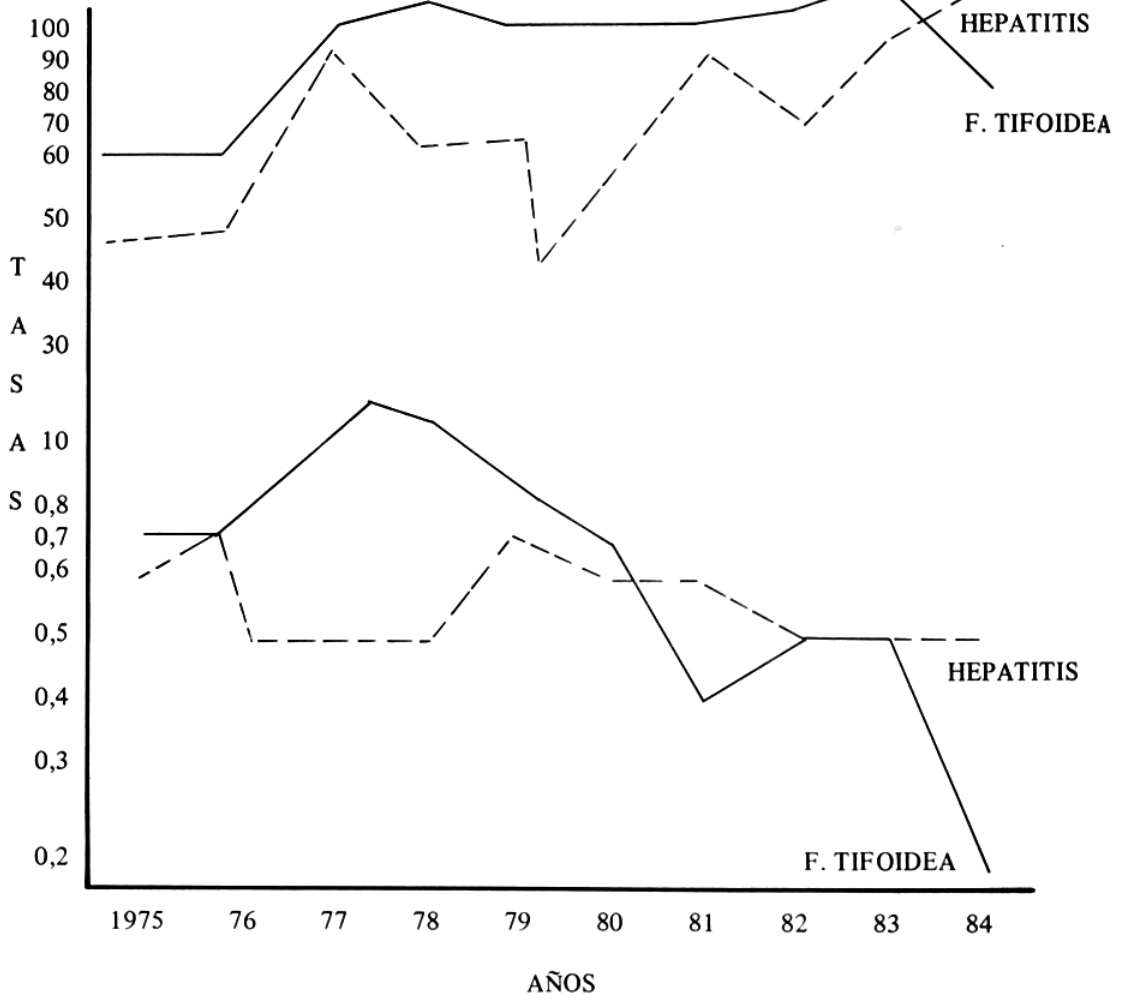
En cuanto a la distribución etérea, se aprecia un paralelismo en las tasas de morbilidad por edades de la Tifoidea y Hepatitis, con mayor letalidad en las edades extremas, a pesar del bajo riesgo de enfermar en estas últimas.

Geográficamente la más afectada es la IV Región que, sin embargo, tiene una cobertura de agua potable y alcantarillado sobre el promedio nacional.

Aparentemente el mejor nivel de saneamiento no guarda relación con el riesgo de enfermar de las enfermedades entéricas estudiadas, tal vez porque las coberturas de agua potable y alcantarillado son relativamente altas y uniformes en el país como para permitir visualizar diferencias.

GRAFICO Nº 1

MORBILIDAD Y MORTALIDAD POR HEPATITIS Y FIEBRE TIFOIDEA
TASAS POR 100.000 HBT. CHILE 1975-1984



82. EVOLUCION DE LA PREVALENCIA DE ENFERMEDADES TIFICAS Y HEPATITIS VIRAL EN LA REGION METROPOLITANA ANALISIS DEL PERIODO 1982-1987

Drs. Mario Muñoz y Pedro Núñez
(Servicio de Salud Metropolitano del Ambiente)

Es conocida la mayor incidencia de casos de hepatitis viral, fiebre tifoidea y paratifoidea en la Región Metropolitana, en relación con las tasas observadas en el resto del país.

Al comparar el número de casos notificados en el país por semana, es posible observar que el mayor número de casos se registra en la Región Metropolitana, y además es posible observar que la incidencia es mayor en determinadas zonas de la Región, especialmente en el sector sur.

Se analiza la evolución del número de casos semanales, observándose una disminución de los casos de fiebre tifoidea y fiebre paratifoidea, ininterrumpida y sostenida desde 1983, lo que se atribuye a diversas medidas sanitarias que se detallan en el texto del trabajo.

Se analiza igualmente la evolución de la hepatitis viral, observándose que, si bien existe una curva decreciente, esta curva no presenta la misma regularidad de la fiebre tifoidea y paratifoidea. Se estudian las causas posibles de la diversa evolución de estas patologías cuya epidemiología parece similar.

Se analizan las medidas adoptadas para combatir la fiebre tifoidea y paratifoidea dentro de un contexto general, que incluye tanto acciones sobre el medio ambiente como sobre las personas.

GRAFICO Nº 1

TENDENCIA DE LOS CASOS DE TIFOIDEA Y PARATIFOIDEA NOTIFICADOS POR SEMANA REGION METROPOLITANA 1982-1987

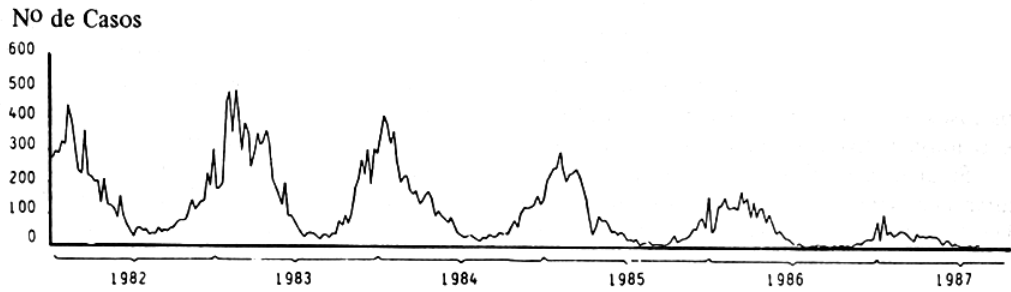
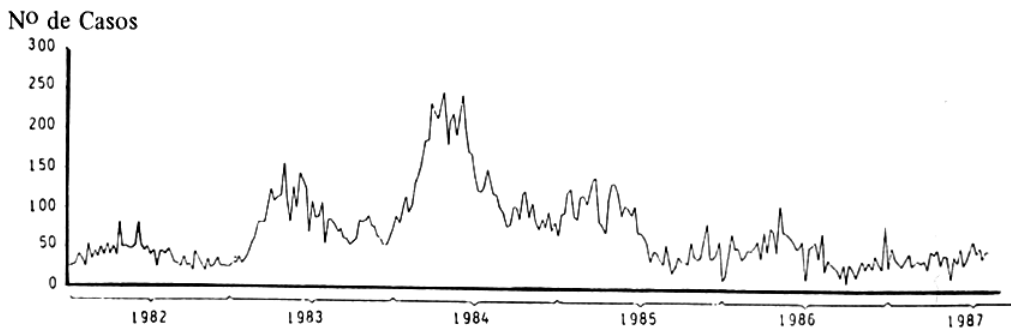


GRAFICO Nº 2

TENDENCIA DE CASOS DE HEPATITIS NOTIFICADOS POR SEMANA REGION METROPOLITANA AÑOS 1982-1987



83. ESTUDIO CLINICO Y EPIDEMIOLOGICO DE UN BROTE DE DIFTERIA EN LA LOCALIDAD DE SALAMANCA

Dra. María Susana Mansilla
(Hospital de Salamanca)

Se describe clásicamente la difteria como una enfermedad infectocontagiosa aguda, transmisible, altamente difusible, que se mantiene en forma endémica, presentando brotes epidémicos de carácter estacional.

Este análisis surgió del aumento inesperado del número de casos de difteria que se presentó en la localidad de Salamanca, en la IV Región, entre los meses de Mayo de 1986 y Mayo de 1987, que obligó a nuestro Servicio de Salud Coquimbo a tomar medidas de control masivo de la población, que serán analizadas en la segunda parte de este trabajo.

El estudio retrospectivo fue del total de enfermos hospitalizados en Salamanca, en las fechas antes descritas, con el diagnóstico clínico presuntivo al ingreso de difteria, para luego realizar su confirmación bacteriológica, enviando las muestras de cultivo al Instituto de Salud Pública de Chile, y tinción directa en nuestro Laboratorio.

La muestra está formada por 23 casos, 10 varones y 13 mujeres, siendo el rango etáreo entre 6 y 46 años, y el 78% de los casos provenientes de zona urbana.

En estos pacientes el tratamiento de ingreso fue normado con reposo absoluto, aislamiento del paciente y de sus secreciones, cuidados de enfermería y tratamiento con antitoxina diftérica y penicilina sódica, según pauta, en forma precoz. Además, control periódico ambulatorio de los enfermos al alta.

Resultados

El 43% corresponde a varones, y 57% a mujeres, cuyas edades fluctuaron entre los 6 a 46 años (Tabla 1). Sólo falleció 1 paciente que llegó a nuestro Hospital en muy malas condiciones, y en su tercer día de evolución.

Este paciente, al igual que otros cinco más, requirieron traslado a Coquimbo o Santiago, siendo el 74% restante manejado en forma completa y precoz en nuestro establecimiento, sin necesidad de derivación, y con mejoría absoluta de su cuadro clínico, sin secuelas.

El promedio de hospitalización fue de 10 días. Las características clínicas de la enfermedad en relación a extensión del exudado faríngeo, compromiso ganglionar cervical y toxemia, se analizan en la Tabla 2.

La vacunación, según dato anamnésico obtenido al momento de realizar la auditoría, demostró ser completa en 4 casos, que correspondieron a niños de 6, 7, 12 y 17 años respectivamente.

En el 74% de los casos se ignoraba el antecedente y sólo un caso presentó difteria luego de haber recibido la primera dosis en la campaña de vacunación antidiftérica, que fue una de las medidas de control del Servicio de Salud Coquimbo, realizada en Febrero de 1987.

En cuanto a la confirmación bacteriológica por cultivo en medio ad-hoc, observamos los resultados en la Tabla 3.

En 6 casos de difteria (26%) había existido contacto con casos similares enfermos, en el domicilio o escuela. Para el tratamiento de los contactos directos, se utilizó penicilina benzatina, dosis según edad o eritromicina si eran alérgicos, y refuerzo de toxoide.

A diferencia de lo esperado para estos brotes, el 40% de los casos se observó en época fría del año.

Conclusiones

- Las características etáreas del grupo analizado destacan un desplazamiento de la enfermedad hacia edades mayores, siendo ésta clásicamente una enfermedad de la infancia.
- Es posible concluir que en Salamanca, se da una situación especial de ruralidad y aislamiento que favoreció un brote de este tipo.
- La capacidad resolutive de este Hospital tipo D fue adecuada, logrando establecer precozmente el diagnóstico y tratamiento oportuno, lo cual permitió una baja letalidad y restringir el traslado a aquellos casos más severos.
- No se observaron casos de miocarditis, polineuritis o secuelas graves, debido a la precocidad en establecer el tratamiento con antitoxina específica.
- Se confirma la necesidad de lograr una cobertura superior al 70% de la población, para observar la desaparición de los brotes epidémicos.
- Se constató el antecedente de contacto positivo en el 26% de los casos, lo cual coincide con otros estudios.
- Se obtuvo confirmación bacteriológica positiva del diagnóstico en el 57% de los casos, destacándose además la utilidad del frotis directo.

TABLA Nº 1
CASOS DE DIFTERIA SEGUN EDAD

Edad (años)	Casos	%
Menor 15	7	30,4
15 – 24	9	39,1
25 – 34	3	13,0
35 – 64	4	17,4
Total	23	100,0

TABLA Nº 2**CARACTERISTICAS CLINICAS DE 23 CASOS DE DIFTERIA**

Exudado amigdaliano	21 casos	91,30/o
sobrepasa amígdala	2 casos	8,70/o
Adenitis	6 casos	
Toxemia	1 caso (fallecido)	
Fiebre	12 casos	

TABLA Nº 3**CONFIRMACION BACTERIOLOGICA DE 23 CASOS DE DIFTERIA**

Positiva	13 casos
Negativa	4 casos
Sin confirmación	2 casos
Morfología altamente sospechosa	4 casos

84. LAS ENFERMEDADES DE TRANSMISION SEXUAL EN CHILE ALGUNOS ASPECTOS EPIDEMIOLOGICOS

Enf. Ana María San Martín y Dra. Aída Kirschbaum
(Ministerio de Salud y Escuela de Salud Pública, Universidad de Chile)

El continuo y alarmante incremento de la prevalencia de las Enfermedades de Transmisión Sexual ha acaparado la atención mundial en los últimos años debido al aumento de la gama de enfermedades consideradas hoy como E.T.S. y a las dificultades con que se tropieza para tratarlas y controlarlas.

Más de 20 microorganismos, virus, bacterias, chlamideas, parásitos y hongos, son agentes de E.T.S.

Las personas afectadas son, por lo general, sexualmente activas. No tienen riesgos los muy jóvenes, muy añosos y los que practican el voto de castidad. El alto riesgo corresponde a los grupos promiscuos de la población, ya que generalmente se adquieren por contacto sexual con una persona infectada.

En los países desarrollados ha disminuido la incidencia de la sífilis, sin embargo, esta enfermedad en los Estados Unidos figura después de la blenorragia y la varicela, entre las enfermedades transmisibles más frecuentemente notificadas, con una incidencia estimada de 4 a 6 casos por 10.000, mientras que en el Reino Unido la incidencia es aproximadamente de 1 caso por 10.000. En Africa se registran tasas mucho más elevadas. También son altas las tasas del Asia suroriental, el Pacífico Occidental, América del Sur y los países del Caribe.

Por otra parte, es sabido que estas enfermedades son altamente trascendentes porque ocasionan muertes, enfermedad congénita, abortos y partos prematuros, retardo del crecimiento, retardo mental y motor, ceguera, sordera, enfermedades inflamatorias pelvianas y esterilidad.

Estos antecedentes justifican sobradamente nuestro interés por determinar cuál es la magnitud, las tendencias y las características epidemiológicas de la sífilis, gonorrea y otras ETS que en nuestro país son notificables, analizando el quinquenio 1982-1986, lo que constituye nuestros objetivos.

Material y Método

El material corresponde al total de la notificación obligatoria que los Servicios de Salud del país enviaron al Ministerio de Salud en los años 1982 a 1986.

Estas enfermedades corresponden al rubro 090 al 099 de la Clasificación Internacional de Enfermedades.

La tabulación de los datos fue realizada por computador, después de lo cual se procedió a elaborar cuadros y gráficos, de esta manera la Unidad de Análisis corresponde a cada caso de E.T.S. notificado en el país durante el quinquenio señalado.

Se trabajó el universo de las notificaciones de E.T.S.

El diseño corresponde a un estudio de prevalencia de E.T.S. en las notificaciones del país.

Las variables independientes fueron grupo de edad, sexo, región y años de ocurrencia. Las variables dependientes fueron: sífilis, gonorrea, uretritis no gonocócica, herpes genital, linfogranuloma venéreo y SIDA.

Resultados

De todas las ETS notificadas en Chile en 1986, la gonorrea correspondió al 73,50%, ocupando el primer lugar en importancia relativa; la sífilis corresponde al 18,10% de los casos notificados; la uretritis no gonocócica ocupa el tercer lugar con 7,10%; el herpes genital ocupa el cuarto lugar con 1,20% y el SIDA, hasta 1986, 0,080%, ya que hasta este último año sólo se habían diagnosticado 22 casos (Tabla 1).

Según sexo, la notificación de varones es superior a los casos notificados en mujeres en todas las E.T.S.

La sífilis presenta en el país una tasa de 27,1 por 100.000 habitantes en 1986, con una tendencia descendente desde 1982 que corresponde a 62,60% de decrecimiento del riesgo.

La totalidad de las Regiones del país, con excepción de la X, presentan un decrecimiento de la tasa; la X Región presenta un aumento de la tasa de sífilis en 1986 que alcanza a 25,30/o más que el año 1985. Este aumento de los casos notificados puede deberse a un aumento real de los casos de sífilis pero también puede corresponder a una mejoría del registro y de la notificación, y también a una mejor pesquisa de los casos como parte del Programa de Control. Las tasas más altas del país las presenta la II Región con 33,8 y la Región Metropolitana con 32,4 por 100.000 habitantes.

El descenso de las tasas de sífilis en el quinquenio se observa en forma pareja en todas las Regiones, fluctuando entre 410/o de decrecimiento en la Región Metropolitana y 870/o en la XII Región.

En esta enfermedad, la diferencia entre varones y mujeres es discreta, de sólo 50/o.

Las tasas más altas se observan en el grupo de 20-24 años, seguido del de 25 a 29 años. El mayor porcentaje de casos se observa en el grupo de 20 a 24 años con 240/o. En el menor de 1 año se observan 70 casos que corresponden al 2,10/o.

La gonorrea presenta en 1986, en el país, una tasa de 110,2 que tiene una tendencia ascendente desde 1982 con 110/o de aumento. La tasa más alta del país se presenta en la XI Región con una tasa de 256,6 por 100.000 habitantes. Las Regiones del país con tasas de tendencia ascendente son las V, VI, VII, VIII, IX. La VII Región representa un aumento de la tasa de gonorrea de 6270/o en el quinquenio; la VIII Región presenta un aumento de 1330/o; la XI Región presenta un aumento de 610/o y la V Región un aumento de 130/o.

El país sólo aumenta 110/o durante el quinquenio porque las otras Regiones mantienen sus tasas o las reducen. La reducción mayor se observa en la I Región con 250/o de decrecimiento de la tasa; la XII Región decrece su tasa un 220/o. La Región Metropolitana y la X Región decrecen sus tasas en 120/o cada una. La IV, III y II Regiones decrecen 8,70/o y 60/o respectivamente. La IX Región permanece estacionaria (Tabla 2).

Las tasas más altas de gonorrea se observan en el grupo de 20 a 24 años, alcanzando en el grupo masculino a 555 por 100.000. En 1986 se notificaron 86 casos en menores de 1 año y 78 casos de 1 a 4 años.

En gonorrea, así como también en herpes genital, tres cuartas partes de los casos notificados corresponden a varones; en linfogranuloma venéreo, el 880/o de los casos son varones y en uretritis no gonocócica, el 940/o.

El herpes genital en 1986 presentó una tasa de 1,8 por 100.000 habitantes con 2,8 en varones y 0,9 en mujeres. Los grupos de edad con las tasas más altas corresponden a los de 20 a 24 años con 7,2 y 25 a 29 años con 6,9 por 100.000. Los casos se presentan desde el grupo de 1 a 4 años de edad.

Todas las Regiones, con excepción de la XI y la XII notifican casos. Las tasas más altas las presentan la V Región con 4,2 y la I con 3,4 por 100.000.

En cuanto a la uretritis no gonocócica, se notificaron 1.307 casos en el país con una tasa de 10,7 por 100.000, correspondiendo una tasa de 20,3 al sexo masculino y 1,2 al femenino. Se notificaron casos en todas las Regiones, con excepción de la XI Región. La tasa más alta correspondió a la Región Metropolitana con 16,3, seguida por la XII Región con 14,7 por 100.000. Se notificaron 8 casos en menores de 1 año.

Con respecto al linfogranuloma venéreo, en 1986 se notificaron 16 casos, con una tasa de 0,13 por 100.000. El grupo de edad más precoz de aparición fue el de 15 a 19 años. La tasa más alta corresponde a los 20 a 29 años con 0,7 por 100.000 en los varones y 0,2 por 100.000 en las mujeres de 20 a 24 años.

TABLA Nº 1
DISTRIBUCION POR SEXO E.T.S.
CHILE 1986

Sexo	Sífilis		Gonorrea		Herpes		Linfogranuloma		Uretritis no Gonocócica	
	Casos	o/o	Casos	o/o	Casos	o/o	Casos	o/o	Casos	o/o
Mujeres	1.586	47,7	3.378	25,0	56	24,9	2	12,5	76	5,8
Hombres	1.737	52,3	10.147	75,0	169	75,1	14	87,5	1.231	94,2
Total	3.323	100,0	13.525	100,0	225	100,0	16	100,0	1.307	100,0

TABLA Nº 2
NOTIFICACION E.T.S. POR SEXO Y EDAD
(TASAS Y PORCENTAJE) – CHILE 1986.

Grupo Etario	Linfogranuloma Venéreo					Uretritis No Gonocócica				
	Femenino		Masculino		o/o	Femenino		Masculino		o/o
	Nº	Tasa	Nº	Tasa		Nº	Tasa	Nº	Tasa	
– de 1 año	–	–	–	–	–	–	–	8	1,4	0,6
1 - 4 años	–	–	–	–	–	1	0,2	2	0,4	0,2
5 - 14 "	–	–	–	–	–	–	–	4	0,3	0,3
15 - 19 "	–	–	1	0,2	6,3	12	2,1	96	16,2	8,2
20 - 24 "	1	0,2	4	0,7	31,2	17	2,8	337	55,2	27,0
25 - 29 "	–	–	4	0,7	25,0	22	3,9	329	58,2	26,9
30 - 34 "	–	–	1	0,2	6,3	11	2,4	206	44,8	16,6
35 - 49 "	1	0,09	4	0,4	31,2	9	0,8	188	18,3	15,0
50 - 54 "	–	–	–	–	–	–	–	27	11,8	2,1
55 - 59 "	–	–	–	–	–	2	0,9	13	6,3	1,4
60 y más	–	–	–	–	–	1	0,2	7	1,6	0,6
Edad desc.	–	–	–	–	–	1	–	14	–	1,1
Total	2	0,03	14	0,2	100,0	76	1,2	1.231	20,3	100,0

85.— CONOCIMIENTO DE LA COMUNIDAD (LOS DUEÑOS DE GANADO Y LOS ESCOLARES) SOBRE LAS ZOONOSIS (MAS IMPORTANTES) EN OSORNO

Dra. Carmen Gloria Zamorano y Aída Kirschbaum
(Escuela de Salud Pública, Facultad de Medicina, Universidad de Chile)

Es conocido que el hombre, en su diaria convivencia con los animales, si bien obtiene numerosos beneficios, ha creado las condiciones que han permitido la adaptación de numerosos agentes causales de enfermedades del hombre a los animales y viceversa. Estas zoonosis provocan perjuicio económico derivado, por una parte, de la disminución de la producción cárnica, láctea, de lana y cuero, y por su impacto en la salud pública.

La realización de programas y campañas para combatir las zoonosis, parecen ser el método más eficaz para su disminución, lo que sugiere que el componente educacional, orientado hacia el autodiagnóstico, mejorías en las instalaciones de mataderos y la supresión de mercados de carne clandestinos, deberían ser considerados como prioridades. De acuerdo con esto y considerando que Osorno es una zona eminentemente ganadera, se estimó necesario estudiar el grado de conocimiento que tiene la comunidad, representada por dueños de ganado y escolares, acerca de Hidatidosis, Cisticercosis, Triquinosis, Tuberculosis y Distomatosis, encuestándose a 351 ganaderos usuarios del "Matadero Frigorífico de Osorno", durante el primer semestre de 1987. De ellos, 69 tienen Educación Superior, 186, Educación Media y 96, Educación Básica. Se encuestó también a 1.564 alumnos de 7º y 8º año básico, de 44 cursos sorteados de 21 establecimientos municipales y particulares urbanos de la ciudad de Osorno.

Resultados

HIDATIDOSIS: En la encuesta, se debían reconocer los siguientes ítems: I. Tipo de agente causal; II. Vía de transmisión; III. Riesgo a que se somete una persona si consume quistes hidatídicos crudos; IV. Animal que transmite la enfermedad al hombre; V. Profilaxis para evitar que los animales enfermen.

- I. El 76,80/o de los ganaderos con Educación Superior; el 45,20/o de los con Educación Media; el 42,90/o de los con Educación Básica y el 300/o de los estudiantes, reconoció que se trata de un agente parasitario.
- II. El 56,50/o de los ganaderos con Educación Superior; el 43,50/o de los con Educación Media; el 33,30/o de los con Educación Básica y el 8,80/o de los estudiantes, sabe que se transmite la enfermedad por vía digestiva.
- III. El 10,10/o de los ganaderos con Educación Superior; el 11,30/o de los con Educación Media; el 10,40/o de los con Educación Básica y el 5,70/o de los estudiantes, reconoce que no existe riesgo si una persona consume quistes hidatídicos crudos.
- IV. El 710/o de los ganaderos con Educación Superior; el 45,20/o de los con Educación Media, el 33,30/o de los con Educación Básica y el 33,80/o de los estudiantes, saben que el perro es el animal que transmite la enfermedad al hombre.
- V. El 15,40/o de los ganaderos con Educación Superior; el 11,30/o de los con Educación Media; el 00/o de los con Educación Básica y sólo el 1,70/o de los estudiantes, sabe qué hacer para evitar que los animales adquieran la enfermedad.

CISTICERCOSIS: En la encuesta, se debían reconocer los siguientes ítems: I. Tipo de agente causal; II. Vía de transmisión; III. Riesgo que se corre al consumir carne cruda con cisticercos; IV. Animal que transmite la enfermedad al hombre; V. Profilaxis en animales; VI. Cómo el cerdo adquiere la enfermedad; VII. Cómo el vacuno adquiere la enfermedad; VIII. Cómo enferma el hombre.

- I. El 52,20/o de los ganaderos con Educación Superior; el 41,90/o de los con Educación Media; el 16,70/o de los con Educación Básica y el 21,20/o de los estudiantes, saben que es una enfermedad parasitaria.
- II. El 49,30/o de los ganaderos con Educación Superior; el 45,20/o de los con Educación Media; el 16,70/o de los con Educación Básica y el 100/o de los estudiantes, saben que se transmite por vía digestiva.

- III. El 58,0% de los ganaderos con Educación Superior; el 45,2% de los con Educación Media; el 22,9% de los con Educación Básica y el 17,5% de los estudiantes, reconocen que se adquiere una teniasis al consumir carne cruda con cisticerco.
- IV. El 53,6% de los ganaderos con Educación Superior; el 50,0% de los con Educación Media; el 22,9% de los con Educación Básica y el 32,5% de los estudiantes, saben que la enfermedad es transmitida al hombre por consumo de cerdo y vacuno infestado.
- V. El 13,0% de los ganaderos con Educación Superior; el 6,5% de los con Educación Media; el 10,4% de los con Educación Básica y el 1,1% de los estudiantes, saben cómo evitar que los animales adquieran la enfermedad.
- VI. El 21,7% de los ganaderos con Educación Superior; el 16,1% de los con Educación Media; el 8,3% de los con Educación Básica y el 3,8% de los estudiantes, saben cómo el cerdo adquiere la enfermedad.
- VII. El 17,4% de los ganaderos con Educación Superior; el 16,1% de los con Educación Media; el 18,8% de los con Educación Básica y el 14,0% de los estudiantes, saben cómo el vacuno adquiere la enfermedad.
- VIII. El 58,0% de los ganaderos con Educación Superior; el 48,4% de los con Educación Media; el 31,3% de los con Educación Básica y el 29,8% de los estudiantes, saben cómo el hombre adquiere la cisticercosis.

TRIQUINOSIS: En la encuesta, se debían reconocer los siguientes ítems: I. Tipo de agente causal; II. Vía de transmisión; III. Riesgo a que se somete un individuo al consumir carne semi cruda con triquina; IV. Profilaxis para evitar que el cerdo enferme; V. Forma cómo el cerdo adquiere la enfermedad. VI. Forma en que el hombre se enferma.

- I. El 81,2% de los ganaderos con Educación Superior; el 62,9% de los con Educación Media; el 31,3% de los con Educación Básica y el 32,7% de los estudiantes, reconocen que la enfermedad es producida por un parásito.
- II. El 91,3% de los ganaderos con Educación Superior; el 75,8% de los con Educación Media; el 22,9% de los con Educación Básica y el 20,5% de los estudiantes, reconocen que la vía de transmisión es la digestiva.
- III. El 40,6% de los ganaderos con Educación Superior; el 37,1% de los con Educación Media; el 31,3% de los con Educación Básica y el 53,3% de los estudiantes, saben el riesgo que se corre al consumir carne infestada semi cruda.
- IV. El 31,6% de los ganaderos con Educación Superior; el 24,2% de los con Educación Media; el 6,3% de los con Educación Básica y el 1,8% de los estudiantes, saben cómo evitar que el cerdo adquiera Triquina.
- V. El 81,2% de los ganaderos con Educación Superior; el 69,4% de los con Educación Media; el 39,6% de los con Educación Básica y el 33,2% de los estudiantes, reconocen la forma en que el cerdo adquiere la Triquinosis.
- VI. El 87,0% de los ganaderos con Educación Superior; el 67,7% de los con Educación Media; el 33,3% de los con Educación Básica y el 34,9% de los estudiantes, reconocen la forma en que el hombre adquiere la enfermedad.

DISTOMATOSIS: En la encuesta, se debían reconocer los siguientes ítems: I. Profilaxis en animales; II. Ciclo de transmisión; III. Forma en que el hombre adquiere Distomatosis.

- I. El 72,5% de los ganaderos con Educación Superior; el 56,5% de los con Educación Media; el 35,4% de los con Educación Básica y el 22,4% de los estudiantes, conoce la forma de evitar que los animales enfermen de Distomatosis.
- II. El 66,7% de los ganaderos con Educación Superior; el 45,2% de los con Educación Media; el 20,8% de los con Educación Básica y el 10,4% de los estudiantes, conocen de la existencia de un caracol en el ciclo de transmisión de la enfermedad.
- III. El 42,0% de los ganaderos con Educación Superior; el 33,9% de los con Educación Media; el 18,8% de los con Educación Básica y el 9,8% de los estudiantes, saben que el hombre se infesta principalmente por el consumo de berros.

TUBERCULOSIS: En la encuesta, se debían reconocer los siguientes ítems: I. Tipo de agente causal; II. Medidas sanitarias a adoptar cuando los animales tienen Tuberculosis; III. Formas de infección que tiene el hombre.

- I. El 50,70% de los ganaderos con Educación Superior; el 38,70% de los con Educación Media; el 16,70% de los con Educación Básica y el 10,40% de los estudiantes, saben que se trata de una enfermedad bacteriana.
- II. El 56,50% de los ganaderos con Educación Superior; el 48,40% de los con Educación Media; el 20,80% de los con Educación Básica y el 13,60% de los estudiantes, sabe que es necesario eliminar los animales enfermos.
- III. El 56,50% de los ganaderos con Educación Superior; el 53,20% de los con Educación Media; el 29,20% de los con Educación Básica y el 23,70% de los estudiantes, reconocen las diferentes formas de infección que tiene el hombre.

De acuerdo con los resultados anteriores, es indudable la importancia del nivel educacional del grupo estudiado en la calidad de los conocimientos que ellos poseen sobre las diversas zoonosis y su transmisión, comprobándose, además, el grado de desconocimiento que existe a este respecto en la comunidad.

Se hace indispensable, por lo tanto, introducir y/o mejorar los contenidos de las unidades de enseñanza sobre esta materia en las escuelas públicas y privadas de la Región y del país, como así mismo, incentivar la creación y/o continuación de programas de difusión a través de los medios de información, sobre estas zoonosis.

TABLA Nº 1
RESULTADOS DE ENCUESTA SOBRE ZOONOSIS
OSORNO, 1987

Items	Tenedores de Ganado						Estudiantes	
	Ed. Superior (n: 69)		Ed. Media (n: 186)		Ed. Básica (n: 96)		7º y 8º (n: 1.564)	
	Sabe	%	Sabe	%	Sabe	%	Sabe	%
Hidatidosis								
I	53	76,8	84	45,2	42	42,9	469	30,0
II	39	56,5	81	43,5	32	33,3	138	8,8
III	7	10,1	21	11,3	10	10,4	89	5,7
IV	49	71,0	84	45,2	32	33,3	529	33,8
V	12	17,4	21	11,3	0	0,0	27	1,7
Total	160	46,3	291	31,3	116	24,2	1.252	16,0
Cisticercosis								
I	36	52,2	78	41,9	16	16,7	331	21,2
II	34	49,3	84	45,2	16	16,7	157	10,0
III	40	58,0	84	45,2	22	22,9	274	17,5
IV	37	53,6	93	50,0	22	22,9	508	32,5
V	9	13,0	12	6,5	10	10,4	18	1,1
VI	15	21,7	30	16,1	8	8,3	59	3,8
VII	12	17,4	30	16,1	18	18,8	219	14,0
VIII	40	58,0	90	48,4	30	31,3	466	29,8
Total	223	40,4	501	33,7	142	18,5	2.032	16,2
Triquinosis								
I	56	81,2	117	62,9	30	31,3	511	32,7
II	63	91,3	141	75,8	22	22,9	320	20,5
III	28	40,6	69	37,1	30	31,3	833	53,3
IV	22	31,6	45	24,2	6	6,3	29	1,8
V	56	81,2	129	69,4	38	39,6	520	33,2
VI	60	87,0	126	67,7	32	33,3	546	34,9
Total	282	68,1	627	56,2	158	27,4	2.759	29,4
Distomatosis								
I	50	72,5	105	56,5	34	35,4	351	22,4
II	46	66,7	84	45,2	20	20,8	162	10,4
III	29	42,0	63	33,9	18	18,8	153	9,8
Total	125	60,4	252	45,2	72	25,0	666	14,2
Tuberculosis								
I	35	50,7	72	38,7	16	16,7	162	10,4
II	39	56,5	90	48,4	20	20,8	212	13,6
III	39	56,5	99	53,2	28	29,2	370	23,7
Total	113	54,6	261	45,0	64	22,2	744	15,9

86. CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y NECESIDAD DE INFORMACION ACERCA DEL SIDA, DE LOS FUNCIONARIOS (PROFESIONALES Y NO PROFESIONALES) DE DOS CONSULTORIOS DE ATENCION PRIMARIA DE LOS SERVICIOS DE SALUD ORIENTE Y SUR ORIENTE DE LA REGION METROPOLITANA

Psicol. Ana María Tomasevic y Dra. Lorna Luco
(Departamento de Programa de las Personas, Servicios de Salud Metropolitanos Oriente y Suroriente)

Introducción

El Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida (SIDA), derivado de una alteración de la inmunidad celular, ha suscitado el interés y preocupación de todas las organizaciones de Salud, a nivel mundial, por su condición de enfermedad infecciosa y de alta letalidad. Las investigaciones han mostrado gran avance en el conocimiento de la etiología y etiopatogenia, sin respuesta satisfactoria en cuanto al tratamiento, aunque se intenta el uso de drogas antivirales que estimulen la inmunidad.

Nuestro país no está ajeno a esta preocupación y las autoridades de salud han establecido estrategias destinadas a la prevención de la enfermedad y al manejo del paciente portador de SIDA. La capacitación del personal de salud, tanto en aspectos generales como específicos (en especial, los mecanismos de transmisión), es una de las medidas más importantes recomendadas para ser efectuadas en cada Servicio de Salud.

Previo a esta capacitación nos interesó averiguar qué sabían, cuál era la actitud frente a los grupos de alto riesgo y la necesidad de información acerca de esta enfermedad, de los funcionarios de dos Consultorios de Atención Primaria.

Objetivos

1. **Objetivo General:** Determinar el nivel de conocimientos, la necesidad de información y las actitudes acerca del SIDA, de los funcionarios de dos Consultorios de Atención Primaria de la Región Metropolitana.
2. **Objetivos Específicos:**
 - Señalar el nivel de conocimientos de dichos funcionarios sobre la forma como se adquiere el SIDA.
 - Indicar el grado de conocimientos de dichos funcionarios de las medidas preventivas generales para evitar el contagio del SIDA.
 - Averiguar qué conducta seguirían dichos funcionarios al tomar contacto con un paciente de los grupos de alto riesgo.
 - Investigar la actitud de dichos funcionarios al tomar contacto con un paciente en que se sospecha SIDA.
 - Determinar el tipo de información sobre el SIDA que adquieren dichos funcionarios.

Material y Método

Para la recolección de información se diseñó instrumento correspondiente a una entrevista estructurada con preguntas abiertas. La entrevista, de 25 preguntas, consideró cuatro aspectos: identificación del entrevistado, conocimientos acerca de la enfermedad, actitudes en la atención de pacientes de los grupos de alto riesgo y en que se sospeche SIDA y necesidad de información.

La encuesta fue aplicada en forma simultánea en dos Consultorios de Atención Primaria, uno del Servicio Oriente (Comuna de Ñuñoa) y otro del Servicio Sur Oriente (comuna de La Granja). Ambos establecimientos atienden un número de población similar y cuentan con una infraestructura semejante.

Los entrevistados correspondieron a un total de 20 profesionales y 7 no profesionales.

Una vez recogida la información, se tabuló lo correspondiente a identificación del entrevistado; en el rubro conocimientos, se realizaron 17 preguntas, asignando un máximo de 6 puntos para cada una. Con "Conocimiento Adecuado" se designó al entrevistado que obtenía entre 75 y 102 puntos (750/o), con "Conocimiento Regular", al que obtenía entre 36 y 74 puntos, y con "Conocimiento Inadecuado", entre los 0 y los 35 puntos (0-350/o) del total. Las categorías para asignar puntaje a cada pregunta se determinaron de acuerdo a las "Normas Técnicas del Ministerio de Salud" y a bibliografía de aparición reciente.

En el aspecto de "Actitud" ésta se definió como "Positiva", "Regular" o "Negativa".

En la "Necesidad de información" se consideraron todas las respuestas de los entrevistados frente a la pregunta: ¿Qué les gustaría saber sobre el SIDA?

Resultados

Se realizaron 27 encuestas, las que fueron anónimas, registrando sólo la actividad o profesión del entrevistado, edad, sexo y años en el Servicio de Salud.

En cuanto a la distribución por sexo, la mayoría (85,20/o) corresponde a mujeres. El promedio de edad es de 34,8 años con una desviación standard de ± 8.6 . Los años de servicio correspondieron a un promedio de 7,9 años.

En "Conocimientos" ningún entrevistado alcanzó el puntaje de "Adecuado". Tres funcionarios del Servicio Oriente y dos del Servicio Sur Oriente alcanzaron puntajes de "Conocimiento regular". Para el total de entrevistados, en general, el puntaje máximo alcanzado correspondió al 24,20/o del puntaje máximo esperado.

Los aspectos más conocidos se refieren al método diagnóstico (Pruebas de detección de Acs) para el SIDA; a la forma de contagio; a la conducta respecto de las visitas para el paciente hospitalizado y al tratamiento de heridas y abscesos.

En cuanto a actitudes, la mayoría de los funcionarios manifiesta una disposición positiva para atender a los pacientes de grupos de alto riesgo (homosexuales, bisexuales, prostitutas, drogadictos). Esta actitud positiva tiende a negatizarse frente al paciente en que se sospeche SIDA, registrándose algunas respuestas en la categoría: "Nunca lo atendería".

En todos los entrevistados habría una conducta positiva en relación a educar en el momento de consulta, tanto al paciente de grupos de alto riesgo, como a aquel en que se sospeche SIDA.

Frente a la interrogante acerca de la necesidad de información, el 960/o de los encuestados manifestó interés por conocer uno o varios aspectos acerca del SIDA. La mayor frecuencia se registró en cuanto a conocer la "Forma de contagio" (66,60/o). Un 48,10/o solicita información acerca del tratamiento y un 55,50/o indica que es importante conocer las medidas de prevención ya sean a nivel personal, familiar o de la comunidad.

Comentario

Todos los funcionarios entrevistados coincidieron en que la entrevista fue interesante y útil para darse cuenta del conocimiento y de cómo enfrentarían a un paciente con SIDA. Consideraron que la entrega de información hacia ellos es básica y muy importante, dado los riesgos de la enfermedad y el rol educativo que tiene el personal de salud hacia la población.

La encuesta demostró que el nivel de conocimiento es inadecuado y que la actitud para atender y en especial para educar a los grupos de riesgo es positiva.

Actualmente en ambos servicios se realiza capacitación funcionaria en relación al SIDA. Es interesante pensar en la posibilidad de evaluar a futuro mediante una entrevista similar, los resultados de esta educación.

TABLA Nº 1

**NUMERO Y PORCENTAJE DE FUNCIONARIOS DE LOS SERVICIOS
Y DISTRIBUCION SEGUN CONOCIMIENTO. AGOSTO 1987**

Nivel de Conocimiento	Metropolitano Oriente		Metropolitano Sur Oriente		Total	
	Nº	o/o	Nº	o/o	Nº	o/o
Conocimiento Adecuado	—	—	—	—	—	—
Conocimiento Regular	3	25	2	13	5	18,5
Conocimiento Inadecuado	9	75	13	87	22	81,5
Total	12	100	15	100	27	100,0

TABLA Nº 2

**NECESIDAD DE INFORMACION ACERCA DEL SIDA
DE LOS FUNCIONARIOS DE AMBOS SERVICIOS**

Tipo de Información	Respuestas	
	Nº	o/o
Definición	3	11,1
Carácter del agente	3	11,1
Síntomas de la enfermedad	5	18,5
Signos	5	18,5
Antecedentes históricos de la enfermedad	1	3,7
Situación actual de la enfermedad en Chile	3	11,1
Forma de contagio	18	66,6
Pronóstico	3	11,1
Tratamiento	13	48,1
Medidas de prevención (personal, familiar y de la comunidad)	15	55,5
Pesquisa de portadores y enfermos	4	14,8
Derivación del paciente	3	11,1

87. OBTENCION DE CEPA DE CLOSTRIDIUM TETANI PARA LA ELABORACION DE TOXOIDE TETANICO. I. DENSIDAD Y DISTRIBUCION EN SUELOS DE LA REGION METROPOLITANA (CHILE)

Drs. Fernando Fábrega, Vilma Napoli, Gastón Hernández y M. Eugenia Valenzuela
(Instituto de Salud Pública de Chile)

Para la elaboración de Toxoide tetánico, factor presente en la Vacuna Antitetánica, Vacuna Triple DPT y Vacuna Diftérica-tetánica, se requiere el uso de una cepa de *Clostridium tetani* altamente toxigenica y que reúna ciertas características de laboratorio.

La búsqueda de la cepa más apta para el cumplimiento de este propósito, se ha centrado en el estudio de aquellas actualmente en uso en el laboratorio y además, en cepas obtenidas de diversos suelos de la Región Metropolitana (Chile), tanto urbanos como rurales.

En esta primera parte se presentan los resultados de densidad y distribución en terreno de *Clostridium tetani*, a partir de muestras de suelo colectadas de 5 diferentes lugares, tanto urbanos como rurales.

Las muestras de suelo se obtuvieron a nivel de superficie, 5-10 y 15 cm. de profundidad, en lugares habitados por el hombre o por el hombre y el equino, con y sin antecedentes de la ocurrencia de la enfermedad clínica.

El tratamiento de las muestras consistió en un procesamiento que incluye secado y tamizado y luego fueron tratadas a 60°C o sin calor, e inoculadas en medios selectivos de aislamiento. De esta manera, se logró la obtención de colonias puras, las que fueron aisladas e identificadas mediante pruebas estereoscópicas, microscópicas, bio-químicas y biológicas.

A partir de los lugares en que se encontraron cultivos de *Clostridium tetani*, se analizan los resultados considerando la profundidad encontrada, las características del lugar del hallazgo, algunas caracterizaciones de dinámica de población y de caracterización del agente, esto último tendiente a la obtención de una cepa apta para la elaboración de Toxoide tetánico.

88. RABIA EN QUIRÓPTEROS, ESTRATEGIA DE CONTROL DE UN FOCO URBANO

Drs. Fernando Fábrega, Carlos Sepúlveda, Vilma Napoli y Carlos Sanhueza
(Instituto de Salud Pública)

La rabia ha sido enzoótica en Chile desde principios de siglo, afectando a la especie humana y a un gran número de especies animales domésticas. Sin embargo, sólo a partir de 1985 se diagnosticó rabia en animales silvestres (quirópteros insectívoros), en circunstancias que en el último decenio no se habían registrado casos de la enfermedad en seres humanos y la rabia animal se consideraba esporádica.

En la actualidad, los quirópteros se han convertido en la especie animal más altamente infectada, con el mayor número de casos en el país y corresponde, a no dudar, al reservorio del virus más importante en la región central del país.

La rabia en quirópteros ha sido diganosticada en Chile desde la V a la VII Región, incluyendo la Región Metropolitana, y debido a que la especie se encuentra ampliamente difundida a nivel urbano y rural, en colonias de diverso número de ejemplares, se diseñó una estrategia de control de un foco de rabia en particular, aprovechando ciertas características de él.

El procedimiento consiste en efectuar primeramente, un detallado estudio del lugar que ocupa la colonia de quirópteros que ha sido confirmada como infectada con virus rábico, y luego del análisis, se procede a provocar un semi-aislamiento de ella mediante medios mecánicos.

Una vez provocado el acostumbramiento de la colonia a la nueva situación, se procede a capturar algunos ejemplares sanos, a los cuales se les aplica en el lomo un preparado en base a warfarina, y se les libera.

Transcurrido un tiempo prudencial, se procede a actuar sobre los ejemplares sobrevivientes de la colonia mediante la acción combinada de sustancias químicas y captura manual, para posterior sacrificio.

Finalmente, se clausura el lugar de ingreso a la colonia para evitar su repoblamiento a través de la llegada de ejemplares provenientes de otras colonias.

El procedimiento demostró ser altamente eficiente, sin riesgo para los seres humanos que convivían con la colonia de quirópteros, de bajo costo, y aplicable en situaciones análogas.

89. EXPERIENCIA EN EL TRATAMIENTO DE SARNA Y PEDICULOSIS A NIVEL COMUNAL EN EL SERVICIO DE SALUD METROPOLITANO SURORIENTE. 1984-1986

Drs. Luis Mella y Fernando Araos
(DAP, Servicio de Salud Metropolitano Suroriente)

Introducción

La sarna se ha constituido, en los últimos años, en una de las afecciones dermatológicas más frecuentes y se asocia, en general, a deficientes condiciones de vida.

A pesar de existir medicamentos muy eficaces contra el *Sarcoptes scabiei*, se ha asistido a un aumento sostenido de esta parasitosis en nuestro país.

La pediculosis del cuero cabelludo es también una parasitosis muy frecuente, y se ha determinado, en escolares, prevalencias que fluctúan entre el 21,70/o (1) y el 24,90/o (2).

La población del S.S.M.S.O., que en el último quinquenio ha experimentado un notable incremento principalmente a expensas de población de extrema pobreza proveniente de erradicaciones de campamentos de otros sectores de la Región Metropolitana, no ha estado ajena a estas parasitosis, las que constituyen, actualmente, uno de los principales problemas de salud pública.

Ante esta situación, el S.S.M.S.O., en conjunto con las Municipalidades del área, implementaron proyectos para la prevención y tratamiento de estas enfermedades.

Estos proyectos están estructurados básicamente utilizando personal POJH, el que fue capacitado por profesionales del área de la salud (médicos, veterinarios, enfermeras), el que además estaba a cargo de la dirección de estos proyectos. Se realizó educación y tratamiento casa por casa, contándose además con postas para el tratamiento y educación grupal.

El S.S.M.S.O. aportó asesoría técnica y el tratamiento de las complicaciones.

Material y Método

Se efectuó una recolección y revisión sistemática de toda la información disponible sobre diagnóstico y tratamiento de sarna y pediculosis en los Departamentos de Higiene Ambiental y Zoonosis de las comunas de La Florida, Puente Alto y La Pintana, ubicados en el sector Suroriente de la Región Metropolitana.

La revisión abarcó el trienio 1984-1986.

Resultados

En el trienio 1984-1986 se examinaron 497.165 personas, encontrándose 52.172 casos de sarna (10,50/o) y 69.732 casos de pediculosis (14,00/o).

No hubo una diferencia significativa en la prevalencia de sarna comparando población general (11,10/o) y población escolar (8,10/o), pero sí la hubo respecto a pediculosis, 11,70/o en población general y 23,30/o en población escolar.

Cabe destacar (Tabla 1) que en 1984 el trabajo se focalizó en los campamentos de las respectivas comunas, encontrándose prevalencias para sarna entre 40-500/o, y para pediculosis entre 20-400/o, por lo tanto este año no es muy comparable con 1985-1986, en que el trabajo se abocó a población general y escolares.

También en la Tabla Nº 1 puede apreciarse el importante aumento de la prevalencia de pediculosis en población general, la que se duplicó en el año 1986 respecto de 1985.

En la Tabla Nº 2 se muestra el importante descenso de sarna y pediculosis en Campamento Raúl Silva H., de 52,20/o de sarna en 1984 a 3,20/o en 1985, y pediculosis de 19,70/o en 1984 a 4,70/o en 1985. El mismo fenómeno se aprecia en Unidades Vecinales.

Comentario

El éxito logrado en la comuna de La Pintana en la disminución de ambas patologías, puede deberse a que cuenta con una superficie pequeña, densamente poblada, fácil de cubrir en poco tiempo y tratar al 1000/o de la población.

No ha pasado lo mismo en las otras comunas en que no ha habido un impacto importante en disminuir estas patologías, lo que plantea revisar las líneas de trabajo de estos proyectos y realizar evaluaciones periódicas de su marcha.

En el trienio analizado se encontró una prevalencia para sarna del 10,50/o y pediculosis del 14,00/o; dadas las altas prevalencias encontradas, nos parece que la única manera de atacar el problema con posibilidades de éxito es la formulación de proyectos intersectoriales con otras instituciones de la comunidad, especialmente Municipalidades, para aunar esfuerzos y recursos y aumentar la cobertura de estos programas.

TABLA Nº 1

**PREVALENCIA DE SARNA Y PEDICULOSIS EN POBLACION GENERAL Y ESCOLARES
DE TRES COMUNAS DEL AREA SUR ORIENTE DE LA REGION METROPOLITANA
EN LOS AÑOS 1984-1985-1986**

Población	Año	Personas Examinadas Nº	Casos de Sarna		Casos de Pediculosis	
			Nº	o/o	Nº	o/o
Población General	1984	75.613	14.445	19,1	11.098	14,7
Escolares	1984	15.404	2.414	15,7	3.729	24,2
Población General	1985	218.017	18.490	8,5	18.228	8,4
Escolares	1985	44.309	3.400	7,7	8.748	19,2
Población General	1986	105.149	11.266	10,7	17.530	16,7
Escolares	1986	38.673	2.157	5,6	10.399	26,9

TABLA Nº 2

**ANALISIS COMPARATIVO DE LA PREVALENCIA DE SARNA Y PEDICULOSIS
EN LA COMUNA DE LA PINTANA ANTES (1984) Y DESPUES (1985) DE LA
IMPLEMENTACION DE UN PROGRAMA DE PREVENCION Y TRATAMIENTO
DE ESTAS PARASITOSIS A NIVEL COMUNAL**

Tipo de Población	Personas Examinadas Nº	Casos de Sarna		Casos de Pediculosis	
		Nº	o/o	Nº	o/o
C. Raúl Silva H. (1984)	9.580	5.006	52,2	1.889	19,7
C. Raúl Silva H. (1985)	7.694	247	3,2	360	4,7
U. Vecinales (1984)	38.330	2.979	7,8	1.898	5,0
U. Vecinales (1985)	31.797	530	1,7	223	0,7

90. PREVALENCIA DE LOS PROBLEMAS SOMATICOS EN TRABAJADORES DE LA PEQUEÑA INDUSTRIA DE LA REGION METROPOLITANA

Drs. Arlene Jacial y Enrique Cancec y Srta. Elfrida Guzmán
(Instituto de Salud Pública, Ministerio de Salud, y Escuela de Salud Pública, Facultad de Medicina,
Universidad de Chile)

La población industrial afiliada al Servicio de Seguro Social para efectos de prevención de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales, alcanza en Chile, en 1984, a 805.407 trabajadores, quienes deben acudir para beneficios médicos preventivos y curativos a los establecimientos del Sistema Nacional de Servicios de Salud.

La gran mayoría de la pequeña industria se encuentra afiliada a este sistema y no cuenta con las condiciones laborales adecuadas, agregándose a ello, en cuanto a la organización y programas del Sistema Nacional de Servicios de Salud, la postergación en la atención primaria de los programas de adulto y la falta de abordaje en los programas de Salud Ocupacional en cuanto a Diagnóstico Precoz y detección de expuestos, con el consiguiente riesgo para la salud del trabajador.

El propósito de este trabajo es determinar los principales problemas somáticos de los trabajadores y cuantificarlos en términos de prevalencia.

Material y Método

El material está constituido por el universo de trabajadores de la Región Metropolitana, pertenecientes a diferentes rubros de la pequeña industria, obteniéndose una muestra de 616 trabajadores. La información fue recogida a través de una encuesta, seguida de examen clínico, realización de espirometrías y análisis de materiales biológicos.

Resultados

Entre las características generales observamos que el promedio de edad es de 37,6, con una desviación standard de 13,1; posee estudios primarios el 56,70/o y el 34,70/o, estudios secundarios.

La prevalencia de las alteraciones en el estado de salud se presenta en la Tabla 1, donde se muestra que la principal patología es de responsabilidad del Sistema Locomotor (Lumbagos y Artralgias), con una prevalencia de 340/o, seguidos del Sistema Nervioso Central (Neurológicos y Mentales) con 22,60/o; Aparato Respiratorio (Bronquitis Crónica y Síndrome Obstructivo) con 18,30/o; Dermatológicos con 18,50/o; Circulatorio (Hipertensión Arterial), 16,40/o; Ocular 16,10/o y Digestivo con el 15,80/o.

La prevalencia de alteraciones por sistemas según rubro industrial se muestra en la Tabla 2. En ella se observa que las mayores prevalencias de alteraciones del aparato locomotor están representadas por barracas con el 59,60/o, y por minerales no metálicos con un 40,60/o; del sistema nervioso central por la industria de calzado, con un 31,10/o; de piel por barracas, textiles e industrias de minerales no metálicos, con 33,30/o, 23,60/o y 21,90/o respectivamente; Sistema Ocular por barracas y minerales no metálicos con 370/o y 270/o respectivamente; Sistema Respiratorio por textiles, mueblerías y barracas con 28,20/o, 24,10/o y 22,80/o respectivamente; Sistema Digestivo, sin diferencias significativas entre las industrias; Sistema Circulatorio por barracas con 23,80/o.

Conclusiones y Comentarios

La prevalencia de los diferentes tipos de morbilidad es de 76,10/o, cifra muy alta para este grupo etéreo.

La prevalencia de ciertos problemas de salud se encuentra asociada con el tipo de industria donde se desempeñan los trabajadores.

Con los recursos actuales se hace difícil entregar una atención integral de Salud Ocupacional al trabajador, siendo ésta una necesidad prioritaria.

TABLA Nº 1

**TASA DE PREVALENCIA DE SISTEMAS ALTERADOS EN TRABAJADORES
DE DIVERSOS RUBROS INDUSTRIALES DE LA PEQUEÑA EMPRESA
AFILIADA AL S.N.S.S. - SANTIAGO, 1987**

Sistemas Alterados (Síntomas y Signos)	Casos Nº	Tasa de Prevalencia o/o	Total Nº
Locomotor	147	34,0	433
Respiratorio	113	18,3	616
Piel	114	18,5	616
Ocular	99	16,1	616
Nervioso Central	139	22,6	616
Digestivo	97	15,6	616
Circulatorio	101	16,4	616

TABLA Nº 2

TASA DE PREVALENCIA (%) DE ALTERACIONES POR SISTEMAS EN TRABAJADORES
SEGUN RUBRO INDUSTRIAL. SANTIAGO, 1987

Sistemas	R U B R O I N D U S T R I A L										T O T A L	
	Textil		Calzado		Minería no Metálica		Barracas		Mueblerías		Casos	Tasa
Locomotor	Casos	Tasa	Casos	Tasa	Casos	Tasa	Casos	Tasa	Casos	Tasa	Casos	Tasa
	38	34,6	—	—	39	40,6	34	59,6	36	21,2	147	34,0
Respiratorio	31	28,2	19	8,2	15	15,6	11	22,8	41	24,1	113	18,4
	26	23,6	10	10,4	21	21,9	19	33,3	29	17,1	114	18,5
Piel	19	17,3	57	31,1	19	19,8	11	19,2	33	19,4	139	22,6
	21	19,1	13	14,5	22	22,9	12	21,0	29	17,1	97	15,8
Digestivo	17	15,5	27	14,8	19	19,8	13	23,8	25	14,7	101	16,4
	16	14,6	17	9,3	26	27,0	20	35,0	20	11,8	99	16,1
Circulatorio												
Oculares												

91. PREVALENCIA DE LA MORBILIDAD MENTAL EN TRABAJADORES DE LA PEQUEÑA INDUSTRIA DE LA REGION METROPOLITANA

Drs. Arlene Jacial y Enrique Cancec y Srta. Elfrida Guzmán
(Instituto de Salud Pública, Ministerio de Salud y Escuela de Salud Pública, Facultad de Medicina, Universidad de Chile)

El lugar de trabajo es uno de los principales escenarios donde transcurre la vida del adulto y es también el contexto en el cual se desarrollan o manifiestan buena parte de sus problemas.

El tipo y organización de trabajo que realicen facilitará o no la convergencia de determinadas enfermedades.

La gran mayoría de la pequeña industria no cuenta con los medios adecuados, tanto físicos, ambiente social, como de contenido y organización del trabajo. Esta industria se encuentra también mayoritariamente afiliada al Sistema Nacional de Servicios de Salud, los cuales han ido postergando la atención primaria de los programas del adulto de Salud Mental, y no han abordado los programas de Salud Ocupacional en cuanto a Diagnóstico Precoz y detección de expuestos.

De ahí que el propósito de este trabajo sea el determinar la prevalencia de la morbilidad mental en trabajadores de la pequeña industria pertenecientes a la Región Metropolitana.

Material y Método

El material está constituido por el universo de trabajadores de la Región Metropolitana, pertenecientes a diferentes rubros de la pequeña industria, obteniéndose una muestra de 616 trabajadores. La información fue recogida a través de una encuesta seguida de examen clínico y realización de exámenes de materiales biológicos.

Resultados

La prevalencia de los problemas de origen mental es de 22,60%. El grupo de mayor riesgo está representado por la industria de calzado y que a la vez está expuesto a solventes, con una prevalencia de 31,10% y un riesgo relativo de 1,8 (Tabla 1).

La prevalencia de expuestos a Tolueno, según niveles de ácido hipúrico en trabajadores de calzado, muestra que el 74,70% tenía niveles inferiores a 2,4 mg/lit, lo que se considera no expuesto, mientras que el 25,10% estaría expuesto, pudiendo asociarse esta alta prevalencia a las alteraciones mentales.

La prevalencia del consumo de tabaco es declarada en el 530%. Entre 0 y 9 paquetes de tabaco anuales lo consume el 420%; entre 10 y 19, el 7,60%, y 20 o más, el 3,30% de trabajadores.

La prevalencia de los hábitos de ingestión de bebidas alcohólicas se distribuyen en: Bebedores excesivos con el 9,10% (siendo mayores en trabajadores de barraca, 140%, y minerales no metálicos con un 13,50%); Moderados, 52,30% y Abstemios, 34,40% (Tabla 2).

Comentarios y Conclusiones

La tasa de prevalencia de la Morbilidad Mental aparece como muy alta, 22,60%, debido a neurosis, trastornos del sueño vigilia, desórdenes emocionales, agregando a ello el 9,10% de bebedores excesivos.

El estudio muestra la asociación entre prevalencia de ciertos problemas mentales y el tipo de oficio que desempeñan los trabajadores.

Se hace necesario crear una mayor conciencia de los problemas de salud del trabajador a fin de otorgar la atención que éstos tanto necesitan.

TABLA Nº 1

**TASA DE PREVALENCIA Y RIESGO RELATIVO DE ALTERACIONES MENTALES
EN TRABAJADORES SEGUN RUBRO INDUSTRIAL
SANTIAGO, 1987**

Rubro Industrial	Alteraciones Mentales		
	Casos	Tasa de Prevalencia o/o	Riesgo Relativo
Textil	19	17,3	1,0
Calzado	57	31,1	1,8
Minerales no Metálicos	19	19,8	1,2
Barracas	11	19,2	1,1
Mueblerías	33	19,4	1,1
Totales	139	22,6	1,3

TABLA Nº 2

**PREVALENCIA DE INGESTION DE BEBIDAS ALCOHOLICAS
SEGUN RUBRO INDUSTRIAL
SANTIAGO, 1987**

Rubro Industrial	Hábito de Ingestión de Bebidas Alcohólicas							
	Abstemios		Bebedores Moderados		Bebedores Excesivos		Sin Respuesta	
	Nº	o/o	Nº	o/o	Nº	o/o	Nº	o/o
Textil	74	67,3	30	27,3	5	4,5	1	0,9
Calzados	65	35,5	95	52,0	11	6,0	12	6,5
Minerales no Metálicos	22	22,9	57	59,4	13	13,5	4	4,2
Barracas	8	14,0	39	68,4	8	14,0	2	3,6
Mueblerías	43	25,3	107	62,9	19	11,2	1	0,6
Total	212	34,4	328	53,2	56	9,1	20	3,2

92. PROBLEMAS GENERADOS POR EL DORMIR MAL Y ATRIBUCION DE CAUSAS EN UNA POBLACION LABORAL

Drs. Enrique Cancec, Aída Kirschbaum y Arlene Jacial
(Escuela de Salud Pública, Facultad de Medicina, Universidad de Chile e Instituto de Salud Pública,
Ministerio de Salud)

La eficiencia del individuo en su trabajo y en sus realizaciones depende en parte muy importante de los hábitos del proceso sueño-vigilia y de sus alteraciones. 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 influenciadas 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 tratamiento aplicado 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, depresión, de los problemas cardíacos, broncopulmonares y de las patologías dolorosas que determinan un aumento de la magnitud de los trastornos del sueño.

La complejidad del proceso sueño-vigilia es alta, ya que dependería de aspectos biológicos (entorno interno) como psicológicos (entorno externo) relacionado con el mundo psicosocial, sus presiones, demandas y necesidades.

En la literatura, existe sólo un trabajo de los hábitos y patología de este proceso de interacción en adultos, que fue presentado por nosotros en 1986. En él se encontró que la población de trabajadores estudiada, tenía una prevalencia de alteraciones del proceso sueño-vigilia de 62,40%.

Nuestro propósito es determinar la prevalencia de los factores causales en el sentir de la población encuestada, como también los problemas generados por el dormir mal en la 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. La unidad de análisis es el funcionario de dicha institución.

La información fue recogida a través de 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 al 100% de las encuestas para verificar su consistencia.

Se codificaron las respuestas, vaciando la totalidad de los códigos a formularios de digitación. La tabulación de los datos se realizó mediante computación.

Resultados

Se obtuvieron 532 encuestas (92,20% del universo).

La primera prioridad como causa de dormir mal, fue atribuida a problemas económicos en algo más de un tercio, seguidos por problemas familiares en algo menos de un tercio (Tabla 1).

Al analizar según la variable sexo se encuentran diferencias significativas, representando problemas económicos el 45,60% de estas causas en los hombres y el 26,20% en las mujeres, mientras que las causas familiares son el 24,00% en los hombres y el 35,10% en las mujeres.

En relación a la profesión o actividad los factores económicos representan el 52,40% en el personal de mantención, seguidos por el 50,00% en auxiliares de servicios. En los profesionales sólo significa el 14,10%. Estas diferencias son estadísticamente significativas.

Los encuestados declaran como primera prioridad que el dormir mal genera problemas de salud en algo más de un tercio, mientras que un sexto estima que ocasiona dificultades en el trabajo, y un quinto, que genera problemas familiares (Tabla 2).

En cuanto a la variante sexo se observan diferencias estadísticamente significativas generando mayores dificultades económicas y de trabajo en los hombres, mientras que en las mujeres son mayores los problemas de salud y familiares.

Con respecto a la profesión o actividad los problemas generados en la salud son declarados por el 43,50% de auxiliares de servicio, 39,70% oficiales administrativos y 38,10% personal de mantención. Los profesionales ocupan el último lugar con el 23,10%. Los problemas generados en el trabajo son mayores en los profesionales en el 30,80%, seguidos por el personal de mantención con el 23,80% y los auxiliares paramédicos y de párvulos. Todas estas diferencias son estadísticamente significativas.

Conclusiones y Comentarios

El 68,10% de la población encuestada declara reconocer causas y consecuencias del dormir mal.

Los que más reconocen estas causas y consecuencias son los auxiliares de párvulos y paramédicos con el 88,60%, seguidos por los oficiales administrativos en el 80,60%.

Las mujeres declararon en mayor proporción que los hombres, 82,90% y 73,40% respectivamente.

El conocimiento de las causas y las consecuencias por esta población permite interpretar algunos de los desajustes o desadaptaciones de los sujetos a su medio laboral, psicológico y social, y programar actividades que les permitan aliviar sus tensiones.

TABLA Nº 1

**FACTORES CAUSALES DEL DORMIR MAL
SEGUN PRIORIDAD**

Factores Causales	Prioridad						Total	
	Primera		Segunda		Tercera			
	Nº	o/o	Nº	o/o	Nº	o/o	Nº	o/o
Económicos	147	35,1	70	16,7	0	0,0	217	17,3
Enfermedad	43	10,3	47	11,2	9	2,1	99	7,9
De trabajo	42	10,0	39	9,3	20	4,8	101	8,0
Familiares	128	30,5	0	0,0	0	0,0	128	10,2
Otros	58	13,8	32	7,6	16	3,8	106	8,4
No responde	1	0,2	231	55,1	374	89,3	606	48,2
Total	419	100,0	419	100,0	419	100,0	1.257	100,0

TABLA Nº 2

**PROBLEMAS GENERADOS POR EL DORMIR MAL
SEGUN PRIORIDAD**

Problemas Generados	Prioridad						Total	
	Primera		Segunda		Tercera			
	No	o/o	No	o/o	No	o/o	No	o/o
De salud	143	34,1	33	7,9	5	1,2	181	14,4
Económicos	37	8,8	13	3,1	0	0,0	50	4,0
De trabajo	69	16,5	22	5,2	8	1,9	99	7,9
Familiares	64	15,3	0	0,0	0	0,0	64	5,1
Otros	66	15,8	20	4,8	3	0,7	89	7,1
No responde	40	9,5	331	79,0	403	96,2	774	61,5
Total	419	100,0	419	100,0	419	100,0	1.257	100,0

93. SITUACION ACTUAL DE LA PROTECCION RADIOLOGICA EN LA REGION METROPOLITANA

Ing. René A. Prado
(Servicio de Salud Metropolitano del Ambiente)

Se presenta un análisis de los aspectos relacionados directamente con la protección contra las radiaciones ionizantes de uso médico en el campo laboral de la Región Metropolitana, en ambientes de trabajo donde se utilizan equipos o fuentes generadoras de radiaciones ionizantes.

El universo conocido de equipos y fuentes de radiaciones ionizantes corresponde en un 67% a instituciones y profesionales privados y en el 33% restante, al Sistema Nacional de Servicios de Salud.

En la primera parte, se analiza el rol del Servicio de Salud Metropolitano del Ambiente como Institución encargada de lograr la reducción del grado de exposición ocupacional de los trabajadores que utilizan equipos o fuentes emisoras de radiaciones ionizantes, así como asegurar la protección de los pacientes que deben ser sometidos a procedimientos que involucran el uso de estos equipos.

Para ello se aplica la reglamentación vigente en la cual se establecen las condiciones y requisitos que deben cumplir las instalaciones radiactivas y el personal que se desempeña en ellas. Esta reglamentación se refiere a las autorizaciones de instalación, operación, adquisición, posesión, uso, manejo, manipulación, almacenamiento, importación, exportación, distribución y venta de sustancias y material radiactivo.

En la segunda parte se desarrolla un análisis comparativo de dos grupos de usuarios de equipos y fuentes emisoras de radiaciones ionizantes para uso médico: las instituciones y profesionales privados y los del Sistema Nacional de Servicios de Salud, estableciéndose un paralelo del desarrollo experimentado en relación a dos aspectos fundamentales de la protección radiológica, como son la dosimetría, técnica usada para medir las dosis absorbidas por una persona expuesta a las radiaciones ionizantes, en un determinado período, y la capacitación en radioprotección de las personas que laboran directamente en ambientes con riesgo ocupacional de radiaciones ionizantes.

Finalmente, se sugieren algunas soluciones específicas tendientes al mejoramiento de las condiciones de protección y disminución de dosis absorbidas innecesariamente.



94. CARACTERISTICAS DE LAS LICENCIAS MEDICAS DE LOS TRABAJADORES DE DOS EMPRESAS DE SANTIAGO

Drs. Mario Montecinos y Miguel Valenzuela

(Departamento de Salud Pública, División Occidente, Facultad de Medicina, Universidad de Chile)

La licencia médica es un documento médico-administrativo, que tiene por objeto permitirle al trabajador gozar de reposo laboral cuando éste enfrenta un problema de salud, conservando ciertas garantías desde el punto de vista remunerativo y asegurando su estabilidad en su fuente de trabajo. Además, las madres que trabajan tienen derecho a reposo pre y post natal y por enfermedad de hijo menor de 1 año.

El propósito del siguiente trabajo es aportar información al respecto, describiendo las características de las licencias médicas del personal de 2 industrias de Santiago.

Objetivos

Los objetivos que se plantearon fueron: a) determinar frecuencia de licencias de tipo curativas, preventivas o maternales; b) calcular promedios de días y desviación standar (DE) según tipo de licencia, por sexo; c) calcular la variación trimestral de licencias con diagnósticos relativos al área de salud mental y al área de afecciones traumatológicas, según sexo.

Material y Método

Se revisaron los antecedentes de 409 licencias médicas de un total de 259 trabajadores pertenecientes a 2 industrias de Santiago, en el período comprendido entre el 1 de Enero y el 30 de Junio del presente año.

Se consignaron datos en relación a sexo, diagnóstico y período de reposo.

Respecto al análisis de diagnósticos relativos a salud mental y afecciones traumatológicas de probable origen laboral, el período analizado se subdividió en 2 trimestres, ya que debido al aparente mayor número de licencias por este grupo de causas, la jornada de trabajo con turnos de 14 horas durante los 3 primeros meses, fueron reducidos en el mes de Abril a las 8 horas legales.

Resultados

Se analizaron 409 licencias médicas, de las cuales 141 pertenecían a la Industria A (34,50/o) y 268 a la Industria B (65,50/o). Respecto a la distribución por sexo, en la I.A los hombres tuvieron el 28,40/o de las licencias ($n = 40$) y las mujeres el 71,60/o ($n = 101$). En la I. B los hombres presentaron el 92,90/o de ellas ($n = 249$) y las mujeres el 7,10/o ($n = 19$). Esto motivado fundamentalmente por la estructura de la población laboral, en cuanto a sexo se refiere, de estas 2 empresas.

En relación a los tipos de licencia en la I. A, las curativas presentaron un 83,70/o, con un 33,90/o para los hombres y un 66,10/o para las mujeres (significativo, p menor que 0,0001). Las maternales tuvieron el 16,30/o. El promedio de días de reposo \pm DE fueron: curativas hombres 9,4 días \pm 8,0; curativas mujeres 7,0 días \pm 6,0; maternales 29,9 días \pm 24,9 (Tabla 1).

En la I. B las curativas presentaron el 98,50/o, con un 94,30/o para los hombres y un 5,70/o para las mujeres (significativo, p menor que 0,0001). Las maternales presentaron un 1,50/o. El promedio de días de reposo \pm DE fue: curativas hombres 6,8 días \pm 5,8; curativas mujeres 10,6 días \pm 9,3; maternales 42,3 días \pm 31,5 (Tabla 1).

En lo relativo a variación trimestral de diagnósticos del área de salud mental y afecciones traumáticas de probable origen laboral, se observó lo siguiente: en I. A, en el primer trimestre, las mentales presentaron un 35,40/o y las traumáticas un 3,70/o. En el segundo trimestre las frecuencias fueron: mentales 6,00/o (significativo respecto a primer trimestre, p menor que 0,0001) y traumáticas 2,40/o. En I. B, durante el primer trimestre, las mentales presentaron un 5,10/o y las traumáticas un 22,30/o. Durante el segundo trimestre las frecuencias fueron: mentales 2,70/o y traumáticas 18,00/o (no significativo).

TABLA Nº 1

**TIPO DE LICENCIAS MEDICAS, DIAS PROMEDIO DE REPOSO \pm Y DESVIACION
STANDAR DE LOS TRABAJADORES DE 2 EMPRESAS DE SANTIAGO. 1987**

Tipo Licencia y sexo	Empresa A			Empresa B		
	o/o	\bar{X} días	DE	o/o	\bar{X} días	DE
Curativas:	83,7			98,5		
Hombres	33,9	9,4	8,0	94,3	6,8	5,8
Mujeres	66,1	7,0	6,0	5,7	10,6	9,3
Maternales	16,3	29,9	24,9	1,5	42,3	31,5



95. CARACTERISTICAS DE ADULTOS CON ALTA DEMANDA EN UN CENTRO DE MEDICINA FAMILIAR. CHAPEL HILL - EE.UU.

Dra. Isabel Segovia

(Departamento de Salud Pública, División Sur, Facultad de Medicina, Universidad de Chile)

La atención que el médico general o de familia otorga debe partir del conocimiento de la población que atiende. Esta necesidad despertó el interés de conocer las características que presentan los pacientes con alta demanda en los centros de Atención Primaria.

Pocos estudios se han hecho al respecto, pero se sabe que una pequeña cantidad de pacientes genera un alto porcentaje de las consultas. La edad, el sexo, el nivel socioeconómico y factores de tipo físico, social y/o emocional, han sido asociados con alta demanda en centros ambulatorios.

Este estudio describe algunas características de adultos con alta demanda en el Centro de Medicina Familiar (C.M.F.) en Chapel Hill.

Métodos

Este fue un estudio descriptivo retrospectivo que utilizó registros clínicos como fuente de datos.

Se definió como paciente con alta demanda a toda persona que haya consultado al C.M.F. siete o más veces, y paciente con baja demanda al que consultó una vez durante el año en estudio.

Se tomó una muestra al azar del 60,00% de los pacientes con alta demanda y 25,00% de los con baja demanda desde el 1º de Julio de 1985 al 30 de Junio de 1986. Se excluyó a las personas menores de 21 años y a todas las personas que hayan usado el C.M.F. por primera vez después del inicio del año del estudio.

La población final correspondió a 257 adultos con alta demanda y 188 con baja demanda.

Las variables dependientes fueron alta y baja demanda según se definió anteriormente.

Las siguientes variables independientes se recolectaron de los registros clínicos de los pacientes: edad; sexo; raza; tiempo de uso del C.M.F.; nivel educacional; ocupación; estado civil; número de adultos, niños y personas no relacionadas en el mismo hogar; estructura familiar, uso del C.M.F. durante el año y problemas crónicos presentes durante el año del estudio.

La información sobre el tipo de seguro de salud se recogió del Medical Faculty Practice Plan (Plan de Práctica Médica Docente) de Enero de 1986.

Para la codificación de los problemas de salud se usó la Clasificación Internacional de los Problemas de Salud en la Atención Primaria (I.C.M. P.P.C. - 2), 2a. Edición Wonca.

Para análisis estadístico se usó la comparación de proporciones.

La información sobre las consultas no se analizó en este trabajo.

Resultados y Conclusiones

Al igual que otros estudios, éste demuestra que un pequeño porcentaje de pacientes efectúa un gran número de consultas.

44 de los 257 pacientes con alta demanda y 2 de los 188 pacientes con baja demanda tuvieron embarazo como problema crónico y fueron excluidos del análisis restante.

Los pacientes con alta demanda tuvieron mayor edad que los de menor demanda. Esta diferencia en edad de ambos grupos de pacientes podría explicar la diferencia encontrada en el sistema de previsión de salud en lo que se refiere a Medicare. También en parte esto explicaría el mayor número de enfermedades crónicas en el grupo con alta demanda, aunque este factor por sí solo apareció asociado a una alta demanda. Los problemas crónicos pueden haber estado subestimados en los pacientes con baja demanda dada su menor asistencia al C.M.F., a pesar que no hubo diferencia en ambos grupos en los años de uso del C.M.F.

Las mujeres consultaron más que los hombres en ambos grupos, pero sólo las mujeres de 21-44 años estuvieron más representadas en el grupo con alta demanda en comparación al con baja demanda. Esto era especialmente valedero para las pacientes con más de 20 consultas.

Los pacientes de raza caucásica usaron el C.M.F. más, salvo en el grupo de pacientes con alta demanda de 45-64 años. Este hecho se podría deber a la menor expectativa de vida de los pacientes de raza no caucásica, y a la presencia de enfermedades crónicas a edades más tempranas y con características más severas.

El tiempo de uso del C.M.F. no diferenció ambos grupos. Controlando por esta variable nuevamente figuraron como factores de riesgo para una alta demanda el ser de mayor edad, el sexo femenino durante los 21-44 años de edad, y ser de raza caucásica.

Como este estudio fue de tipo retrospectivo, no sabemos si las características mencionadas fueron causales o variables confundentes para las asociaciones encontradas. El ser de sexo femenino y de edad joven es probablemente una variable confundente para uno o más factores no bien estudiados aún, incluyendo factores socio-familiares.

La mayor limitación de este estudio fue el uso de registros clínicos como fuente de datos. La información no fue lo exacta que se habría esperado, y no me permitió estudiar los factores sociales ni familiares, dado el subregistro existente.

Me parece que este estudio servirá como estudio piloto para un nuevo trabajo que incluya estos factores y que permita ayudar a caracterizar aún mejor a los pacientes con alta demanda. Superada esta etapa descriptiva se deberá formular un estudio prospectivo que aclare las causas de una alta demanda en los servicios ambulatorios de atención primaria con el propósito último de organizar bien la atención.

TABLA Nº 1

DISTRIBUCION DE PACIENTES Y DE LAS ATENCIONES POR TIPO DE DEMANDA

Tipo de demanda	Pacientes		Atenciones	
	Nº	o/o	Nº	o/o
Alta demanda (7 ó más)	712	13,5	8.195	43,7
Sin alta ni baja demanda (2-6)	2.729	51,7	8.731	46,5
Baja demanda (1)	1.838	34,8	1.838	9,8
Total	5.279	100,0	18.764	100,0

TABLA Nº 2

RAZON SEXO FEMENINO/SEXO MASCULINO POR GRUPO ETARIO Y TIPO DE DEMANDA

Edad (años)	Pacientes con Alta demanda	Pacientes con Baja demanda
	$\text{Razón } \frac{\text{Sexo femenino}}{\text{Sexo masculino}}$	$\text{Razón } \frac{\text{Sexo Femenino}}{\text{Sexo masculino}}$
21 - 44	2,7 : 1	1,6 : 1
45 - 64	1,9 : 1	1,8 : 1
65 o más	1,9 : 1	1,6 : 1
Total	2,2 : 1	1,6 : 1

96. CERTIFICACION DE LA MUERTE EN PERSONAS DE 65 AÑOS Y MAS

Enf. Edith Cornejo, Srtas. Paola Castillo, Valeria Salinas, y Sra. Verónica Botteselle
(Escuela de Salud Pública, Facultad de Medicina, Universidad de Chile)

El certificado de defunción es un documento tanto legal como estadístico. Por una parte, indispensable para obtener autorización para el sepelio, y por otra, la información médica que aporta permite realizar investigaciones epidemiológicas, describir sus características, estudiar la prevalencia de los problemas de salud no resueltos y obtener información que constituye el punto final de un estudio de cohorte, entre otros. La información médica se focaliza en la secuencia de condiciones patológicas que culminan con la muerte; la parte I es para las condiciones que contribuyen directamente y la II es para otras condiciones que también colaboran, pero no tan directamente, a la causa inmediata. Las enfermedades listadas en la parte I deben formar una cadena iniciada en la causa Ic, "debida a" o "como consecuencia de", o en su defecto en Ib, "causa originaria". La idea es identificar la causa fundamental, puesto que si se conoce el punto de partida de las condiciones que llevan a la muerte, ésta se puede posponer previniendo la causa que originó la cadena fatal. Sólo la condición considerada como originaria es la que se tabula para efectos estadísticos y aporta la información que permite medir la mortalidad, pero ella no transmite la complejidad de las condiciones médicas en el momento de la muerte; es así como una sola causa, excluye mucha información que puede ser útil en relación a condiciones contribuyentes, especialmente en las personas adultas y senescentes.

El objetivo de este trabajo es describir las condiciones médicas registradas en la parte I y II de las causas de muerte del certificado de defunción de personas de 65 años y más, la información demográfica que en él aparecen, como también la calidad del médico que certifica y el fundamento de la causa de muerte, con el propósito de conocer todas las causas que han contribuido a su muerte y no sólo la única causa tabulada e incluida en un gran grupo de causa. Los datos se obtuvieron del total de certificados de defunción de personas de 65 años y más, emitidos los meses de Febrero y Marzo de 1984 en la V Región, por superar ésta el promedio nacional en cuanto a la proporción de personas de esta edad. Los diagnósticos se clasificaron de acuerdo a la Clasificación Internacional de Enfermedades (9^o revisión).

Resultados

El 53% de los certificados corresponde a mujeres; la proporción de defunciones aumenta con la edad, concentrándose con un 36% en el grupo de 80 años y más. El médico tratante certifica el 50% de los casos, otro médico el 38,6%, el médico legista el 8,8% correspondiendo en su mayoría a accidentados, y en 12 casos (2,4%) la información emanó de un testigo. El cuadro clínico fundamenta la causa de muerte en un 59% de los casos, los exámenes de laboratorio en el 15% y aquellos procedimientos que permiten afinar los diagnósticos no superan el 9%. El 59% de las defunciones ocurrió en Valparaíso, casi un 15% en Viña del Mar y los decesos ocurridos en otras localidades de la región no superan el 7,8% del total.

Causas de muerte (Tabla 1):

a) Causa inmediata: el paro cardíaco aparece como causa inmediata de defunción en el 29,2% de los certificados, triplicando al infarto agudo del miocardio; el shock séptico, la bronconeumonía, el accidente vascular encefálico y la insuficiencia respiratoria presentan proporciones que fluctúan entre 4,9% y 4,1%. Hay 220 causas inmediatas que no superan, cada una, el 4%.

b) Causa Originaria: En 413 certificados se registra alguna causa en este ítem, con una gran variedad de diagnósticos de los cuales la aterosclerosis coronaria es la más señalada y supera el 5,6% de los casos; le sigue el infarto agudo del miocardio (5,1%), la bronconeumonía (4,8%), cardiopatía esquémica (4,4%) y otros; el 72% de los diagnósticos registrados presentan individualmente porcentajes inferiores a 3,9%.

c) "Debido a" o "Como consecuencia de": En este ítem, llenado en 291 certificados, la hipertensión arterial concentra el 10% de las menciones, la aterosclerosis coronaria el 8,9%, la senilidad el 6,5% y en casi dos tercios de los diagnósticos de este rubro la frecuencia individual no alcanza el 3,8% del total.

Con respecto a "estados morbosos concomitantes" (ítem II), considerado sólo en 210 casos (42,80/o), la senilidad se destaca en primer lugar con un 19,50/o, le sigue la diabetes (12,50/o) y, entre las causas más frecuentes de este rubro, se destaca la caquexia no secundaria a otros diagnósticos. La gran variedad de otros diagnósticos se expresa en los bajos porcentajes que alcanza cada uno de ellos (inferiores a 3,20/o).

En los diferentes rubros del certificado de defunción, destacan siempre los mismos grupos de causa, encabezados en los tres primeros ítems por patología del aparato cardiovascular, la cual es sólo relegada a un segundo lugar en frecuencia en el ítem II "estados morbosos concomitantes". El segundo lugar lo ocupan enfermedades calificadas como "mal definidas" en el ítem de causa inmediata y los tumores en el de causa originaria y "como consecuencia de", destacando dentro de estos el cáncer pulmonar con un 12,70/o y 200/o respectivamente. El paro cardíaco, que constituye casi un tercio del total de causas específicas inmediatas (Tabla 1), es un 55,20/o del grupo de cardiovasculares de este ítem; en cambio la septicemia como causa específica representa casi un 1000/o de las infecciosas y parasitarias.

En el ítem "causa originaria" la aterosclerosis coronaria constituye el 12,40/o de las causas cardiovasculares, destaca también la septicemia como causa específica en este ítem con un 750/o de las infecciosas y parasitarias.

Dentro del rubro "debida a" o "como consecuencia de", la hipertensión arterial, con un 22,60/o del grupo de cardiovasculares, es destacable; al igual la diabetes, que constituye un 920/o del grupo de causas endocrinas y metabólicas.

Ahora, dentro del ítem II, "estados morbosos concomitantes", el primer lugar en grupos de causa es para las mal definidas, y de éstas el 93,20/o corresponde al diagnóstico de "senilidad". El grupo de causas cardiovasculares es relegado a un segundo lugar destacando en él la aterosclerosis coronaria con un 19,50/o, sin dejar de mencionar la diabetes mellitus que corresponde a un 710/o del grupo de causas endocrinometabólicas.

TABLA Nº 1
PRINCIPALES CAUSAS ESPECIFICAS DE DEFUNCION.
ADULTO MAYOR, V REGION 1984

Causas		Nº	o/o
Ia	Causa Inmediata	490	100,0
—	Paro Cardio-respiratorio	143	29,2
—	Infarto Agudo Miocardio	42	8,6
—	Shock Séptico	24	4,9
—	Bronconeumonia	21	4,3
—	A.V.E.	20	4,1
—	Insuficiencia Respiratoria	20	4,1
—	Otras	220	44,8
Ib	Causa Originaria	413	100,0
—	Ateroesclerosis Coronaria	23	5,6
—	Infarto Agudo Miocardio	21	5,1
—	Bronconeumonia	20	4,8
—	Cardiopatía Isquémica	18	4,4
—	A.V.E.	17	4,1
—	Hipertensión Arterial	16	3,9
—	Otras	298	72,1
Ic	"Debida A"	291	100,0
—	Hipertensión Arterial	29	10,0
—	Aterosclerosis Coronaria	26	8,9
—	Senilidad	19	6,5
—	A.E. Generalizada	18	6,2
—	A.V.E.	11	3,8
—	Otras	188	64,6
II	Estados Morbosos Concomitantes	210	100,0
—	Senilidad	41	19,5
—	Diabetes	27	12,5
—	Aterosclerosis Coronaria	8	3,8
—	Caquexia	7	3,3
—	Otros	134	63,8

TABLA Nº 2

IMPORTANCIA RELATIVA DE CADA CAUSA ESPECIFICA DE MUERTE EN SU GRUPO DE CAUSA, POR ITEM DEL CERTIFICADO DE DEFUNCION

Item de Causa de Muerte	Grupo de Causa	Total del Grupo	Causa Específica Cada Grupo	% del Grupo
Ia) Inmediata	Circulatorias	259	Paro Cardíaco	55,2
	Mal Definidas	58	Anormalidad Resp.	35,0
	Tumores	38	Cáncer Gástrico	18,0
	Respiratorias	36	Bronconeumonía	58,0
	Digestivas	30	Hepatitis Tóxica	30,0
	Infecc. y Parasitarias	25	Septicemia	96,0
Ib) Originaria	Circulatorias	186	A. E. Coronaria	12,4
	Tumores	55	Cáncer Pulmonar	12,7
	Respiratorias	40	Bronconeumonía	50,0
	Digestivas	33	Cirrosis Hepática	7,0
	Genitourinaria	22	Inf. Urinaria	59,0
	Infecc. y Parasitarias	12	Septicemia	75,0
Ic) Debida a o como Consecuencia de	Circulatorias	128	Hipertensión Arterial	22,6
	Tumores	35	Cáncer Pulmonar	20,0
	Mal Definidas	26	Senilidad	73,1
	Digestiva	22	Cirrosis Hepática	13,6
	Respiratorias	18	Bronq. Crón. Obstruc.	28,0
	Acc. y Violencias	18	Fractura Fémur	17,0
	Endocr. y Metab.	13	Diabetes	92,0
II Estados Morbosos Concomitantes	Mal definidas	44	Senilidad	93,2
	Circulatorias	41	A. E. Coronaria	19,5
	Endoc. y Metab.	38	Diabetes	71,0
	Respiratorias	20	Bronconeumonía	20,0
	Genitourinaria	13	Infecc. Urinaria	54,8

97. SENILIDAD. ¿CAUSA DE MUERTE EN PERSONAS DE 65 AÑOS O MAS?

Enf. Edith Cornejo, Srtas. Paola Castillo y Valeria Salinas y Sra. Verónica Botteselle
(Escuela de Salud Pública, Facultad de Medicina, Universidad de Chile)

El diccionario Carroccio de la Lengua Española (1982), define Senil como "perteneciente a los viejos", Senilidad como "cualidad de senil" y Senectud como "edad senil". A su vez, el Diccionario Terminológico de Ciencias Médicas Salvat (1984) la define como: "vejez, debilidad orgánica y mental inherente a la vejez". La Clasificación Internacional de Enfermedades y Causas de Muerte, como instrumento estadístico, debe limitarse a un número restringido de categorías que incluya la totalidad de las afecciones morbosas, y si bien se ha intentado reducir al mínimo las categorías misceláneas, no ha sido posible descartar un grupo de causas mal definidas de morbilidad y mortalidad, las que adquieren especial importancia en los ancianos, entre las cuales se encuentra "Senilidad" codificada con el N° 797.

¿Se puede morir de viejo? Fries plantea que esto será posible en la medida que se logre evitar causas de muerte prematura y las personas vivan libres de enfermedad en forma autónoma hasta su "muerte natural" determinada por su potencial biológico. Esto es sólo teoría; en el momento presente la polipatología que el ser humano va acumulando a lo largo de su vida, hace cada vez más difícil aislar cada una de las causas que contribuyen a la muerte de los adultos mayores, dificultad que se acentúa en los muy viejos. Aún el médico tratante, que ha tenido oportunidad de conocer por más tiempo al enfermo, rotula "Senilidad" en alguno de los ítems de las causas de muerte en el certificado de defunción. ¿Irá a aumentar este diagnóstico en la medida que aumente nuestra expectativa de vida?

El objetivo de este estudio preliminar es cuantificar el diagnóstico "Senilidad" o "Senectud" que aparece registrado en los certificados de defunción, describiéndolos según grupos de edad, calidad del médico que certifica y fundamento de la causa de muerte. Se analiza 490 certificados de defunción, los que constituyen el universo, emitidos los meses de Febrero y Marzo de 1984 en la V Región a personas de 65 años y más, cuantificando el diagnóstico de "Senilidad" o "Senectud" cuando aparece en alguno de los ítems de causa de muerte. Los datos fueron transferidos a una hoja precodificada y procesados por el Departamento de Servicios de Computación e Informática de la Universidad de Chile.

Resultados

Del total de 490 certificados, el diagnóstico "Senilidad" o "Senectud" aparece mencionado sólo una vez en el 14,30% de los casos, en dos oportunidades se le menciona en dos ítems: causa inmediata y originaria, y causa inmediata y "debida a"; en el análisis que sigue se le considera en estos casos sólo como causa inmediata (Tabla 1).

I a) Causa Inmediata: De todos los certificados en que la "Senilidad" es considerada la causa inmediata de defunción, 7 casos (1,40%) corresponden a fallecidos de 80 años y más, y la mitad de ellos es certificada por el médico tratante, quien se fundamenta en el cuadro clínico; el resto por otro médico, quien también se basa en el cuadro clínico. Llama la atención un caso en que es el médico legista el que certifica la muerte fundamentándose en la autopsia.

I b) Causa Originaria: En 6 oportunidades (1,50%), de 413 casos en que aparece algún diagnóstico en este rubro, "Senilidad" se consigna como causa originaria de defunción; de ellos, en 4 casos el diagnóstico es hecho por el médico tratante en personas entre 75 y 79 años, basándose respectivamente en el cuadro clínico, exámenes de laboratorio, informe de testigo, y en uno de los certificados no se registró el dato del fundamento. Los 2 casos restantes corresponden a personas de 80 años y más, 1 certificado por el médico tratante basado en el cuadro clínico, y el otro, por otro médico según informe de testigo.

I c) "Debido a" o "Como consecuencia de": En este ítem, "Senilidad" se registra en 18 de 291 casos (6,20%): 2 en personas de 75 a 79 años por el médico tratante y otro médico respectivamente, basándose ambos en el cuadro clínico. El resto, 16 casos, corresponde a fallecidos de 80 y más años, en que el médico tratante certifica 9: 8 por el cuadro clínico y 1 por informe de testigo; otro médico certifica 5 casos fundamentados todos en el cuadro clínico, en 2 ocasiones el informe de testigo califica la "Senilidad" en este ítem.

II Estados Morbosos Concomitantes: De un total de 210 certificados en que este ítem fue llenado, el diagnóstico de "Senilidad" se menciona en 41 (10,50%). Dado que el fundamento de la causa de muerte suele no referirse a este aspecto del certificado, se omitirá su análisis. En el grupo de 65 a 69 años, el médico tratante diagnostica "Senilidad" en los únicos dos casos que aparece. En 6 certificados correspondientes a fallecidos entre 70 y 74 años, el médico tratante y otro médico registran "Senilidad" en igual proporción. En el grupo de 75 a 79 años, "Senilidad" está mencionado 7 veces, por el médico tratante 4, otro médico 2 y en una oportunidad es un testigo el que da la información. En el grupo mayor, 80 y más, el diagnóstico en estudio aparece en 26 ocasiones, el médico tratante rotula 10, otro médico 13 y en 3 casos es el médico legista el que firma el certificado.

La proporción de "Senilidad" como diagnóstico de muerte va aumentando con la edad, desde 2,50% en el grupo de 65 a 69 años, hasta casi un tercio en los de 80 años y más (Tabla 2).

Si bien las instrucciones del certificado de defunción recomiendan colocar sólo un diagnóstico en cada ítem relativo a las causas de muerte, por lo que en rigor no debería aparecer más de 4 por certificado, en este estudio se contabilizan hasta 7 diagnósticos en total. Es así como el diagnóstico "Senilidad" en los más jóvenes, 65 a 69 años, aparece vinculado a 1 y 3 diagnósticos, en el grupo de 70 a 74 años, con 2 y 4 y más; en el grupo de 75 a 79 "Senilidad" se acompaña de 1, 2, 3, 4 y más diagnósticos; en los más ancianos, la "Senilidad" se registra como única causa de muerte en 2 oportunidades; en este grupo se observa que hay más diagnósticos registrados por certificado.

Cuando "Senilidad" es registrado en el ítem Ia) Causa inmediata, es el único diagnóstico en 2 ocasiones; en el resto se vincula principalmente con: Aterosclerosis generalizada, y otras enfermedades cerebrovasculares mal definidas. Si aparece como causa originaria (Ib), hay gran variedad en los diagnósticos que lo acompañan como: aterosclerosis generalizada, cáncer de estómago, desnutrición, diabetes y úlceras de decúbito. Si se registra en el ítem Ic "debido a" o "como consecuencia de", el paro cardíaco, la aterosclerosis generalizada, el infarto agudo al miocardio son los diagnósticos que más frecuentemente lo acompañan. Ahora, si la senilidad aparece como estado morbooso concomitante (ítem II), los diagnósticos asociados más señalados son: paro cardíaco, bronconeumonía, aterosclerosis, infarto agudo al miocardio, enfermedad cerebrovascular aguda y síntomas mal definidos relacionados con el aparato cardiovascular, existiendo una gran variedad de otros diagnósticos que afectan distintos sistemas.

Comentario

El diagnóstico "Senilidad" es cada vez más frecuente al ir aumentando la edad y se vincula también con un mayor número de diagnósticos, como si el ser más viejo se asociara inevitablemente con más enfermedades. No obstante, es también en los grupos de mayor edad donde más encontramos el diagnóstico "Senilidad" usado en los rubros de causa de muerte originaria o inmediata, incluso como única causa y registrada por el médico tratante, quizás utilizada como una forma simplificada de referirse a "polipatología"

La mayoría de los diagnósticos de "Senilidad", en los distintos ítems, fueron hechos por médico tratante y el fundamento principal para el diagnóstico fue el cuadro clínico. Ante esto cabe preguntarnos: ¿existe una sintomatología clara que caracterice un "cuadro de Senilidad"? y más aún, ¿puede este causar la muerte?

TABLA Nº 1

**SENILIDAD COMO DIAGNOSTICO EN LOS ITEMS DEL CERTIFICADO DE DEFUNCION
SEGUN EDAD, CALIDAD DEL MEDICO Y FUNDAMENTO DE CAUSA.
V REGION. FEBRERO Y MARZO DE 1984**

Item	Nº	Edad	Nº	Calidad Médico	Nº	Fundamento Causa	Nº						
Ia. Inmediata	7	80 y más	7	Médico Tratante	3	Cuadro Clínico	3						
				Otro Médico	3	Cuadro Clínico	3						
				Médico Legista	1	Autopsia	1						
Ib Originaria	6	75-79	4	Médico Tratante	4	Cuadro Clínico	1						
						Ex. Laboratorio	1						
						Inf. Testigo	1						
						Sin Dato	1						
		80 y más	2	Médico Tratante	1	Cuadro Clínico	1						
						Otro Médico	1	Inf. Testigo	1				
						Ic. Debido a	18	75-79	2	Médico Tratante	1	Cuadro Clínico	1
												Otro Médico	1
		80 y más	16	Médico Tratante	9							Cuadro Clínico	8
												Otro Médico	5
						Testigo	2	Inf. Testigo	2				
						II. Est. Morbosos Concomitantes	41	65-69	2	Médico Tratante	2	Cuadro Clínico	2
70-74	6	Médico Tratante	3	Cuadro Clínico	2								
								75-79	7	Otro Médico	2	Cuadro Clínico	1
		80 y más	26									Médico Tratante	10
								75-79	7	Otro Médico	13		
		80 y más	26									Médico Legista	3
								75-79	7	Otro Médico	2		
		80 y más	26									Médico Legista	3
								75-79	7	Otro Médico	2		
		80 y más	26									Médico Legista	3
								75-79	7	Otro Médico	2		
		80 y más	26									Médico Legista	3
						75-79	7	Otro Médico	2	Inf. Testigo	1		
		80 y más	26							Médico Legista	3	Sin Dato	1
						75-79	7	Otro Médico	2			Cuadro Clínico	1
		80 y más	26							Médico Legista	3	Inf. Testigo	1
						75-79	7	Otro Médico	2			Sin Dato	1
		80 y más	26							Médico Legista	3	Cuadro Clínico	1
						75-79	7	Otro Médico	2			Inf. Testigo	1
		80 y más	26							Médico Legista	3	Sin Dato	1
						75-79	7	Otro Médico	2			Cuadro Clínico	1
		80 y más	26							Médico Legista	3	Inf. Testigo	1
						75-79	7	Otro Médico	2			Sin Dato	1
		80 y más	26							Médico Legista	3	Cuadro Clínico	1
						75-79	7	Otro Médico	2			Inf. Testigo	1
		80 y más	26							Médico Legista	3	Sin Dato	1
						75-79	7	Otro Médico	2			Cuadro Clínico	1
		80 y más	26							Médico Legista	3	Inf. Testigo	1
						75-79	7	Otro Médico	2			Sin Dato	1
		80 y más	26							Médico Legista	3	Cuadro Clínico	1
						75-79	7	Otro Médico	2			Inf. Testigo	1
		80 y más	26							Médico Legista	3	Sin Dato	1
						75-79	7	Otro Médico	2			Cuadro Clínico	1
		80 y más	26							Médico Legista	3	Inf. Testigo	1
						75-79	7	Otro Médico	2			Sin Dato	1
		80 y más	26							Médico Legista	3	Cuadro Clínico	1
						75-79	7	Otro Médico	2			Inf. Testigo	1
		80 y más	26							Médico Legista	3	Sin Dato	1
						75-79	7	Otro Médico	2			Cuadro Clínico	1
		80 y más	26							Médico Legista	3	Inf. Testigo	1
						75-79	7	Otro Médico	2			Sin Dato	1
		80 y más	26							Médico Legista	3	Cuadro Clínico	1
						75-79	7	Otro Médico	2			Inf. Testigo	1
		80 y más	26							Médico Legista	3	Sin Dato	1
						75-79	7	Otro Médico	2			Cuadro Clínico	1
		80 y más	26							Médico Legista	3	Inf. Testigo	1
						75-79	7	Otro Médico	2			Sin Dato	1
		80 y más	26							Médico Legista	3	Cuadro Clínico	1
						75-79	7	Otro Médico	2			Inf. Testigo	1
		80 y más	26							Médico Legista	3	Sin Dato	1
						75-79	7	Otro Médico	2			Cuadro Clínico	1
		80 y más	26							Médico Legista	3	Inf. Testigo	1
						75-79	7	Otro Médico	2			Sin Dato	1
		80 y más	26							Médico Legista	3	Cuadro Clínico	1
						75-79	7	Otro Médico	2			Inf. Testigo	1
		80 y más	26							Médico Legista	3	Sin Dato	1
						75-79	7	Otro Médico	2			Cuadro Clínico	1
		80 y más	26							Médico Legista	3	Inf. Testigo	1
						75-79	7	Otro Médico	2			Sin Dato	1
		80 y más	26							Médico Legista	3	Cuadro Clínico	1
						75-79	7	Otro Médico	2			Inf. Testigo	1
		80 y más	26							Médico Legista	3	Sin Dato	1
						75-79	7	Otro Médico	2			Cuadro Clínico	1
		80 y más	26							Médico Legista	3	Inf. Testigo	1
						75-79	7	Otro Médico	2			Sin Dato	1
		80 y más	26							Médico Legista	3	Cuadro Clínico	1
						75-79	7	Otro Médico	2			Inf. Testigo	1
		80 y más	26							Médico Legista	3	Sin Dato	1
						75-79	7	Otro Médico	2			Cuadro Clínico	1
		80 y más	26							Médico Legista	3	Inf. Testigo	1
						75-79	7	Otro Médico	2			Sin Dato	1
		80 y más	26							Médico Legista	3	Cuadro Clínico	1
						75-79	7	Otro Médico	2			Inf. Testigo	1
		80 y más	26							Médico Legista	3	Sin Dato	1
						75-79	7	Otro Médico	2			Cuadro Clínico	1
		80 y más	26							Médico Legista	3	Inf. Testigo	1
						75-79	7	Otro Médico	2			Sin Dato	1
		80 y más	26							Médico Legista	3	Cuadro Clínico	1
						75-79	7	Otro Médico	2			Inf. Testigo	1
		80 y más	26							Médico Legista	3	Sin Dato	1
						75-79	7	Otro Médico	2			Cuadro Clínico	1
		80 y más	26							Médico Legista	3	Inf. Testigo	1
						75-79	7	Otro Médico	2			Sin Dato	1
		80 y más	26							Médico Legista	3	Cuadro Clínico	1
						75-79	7	Otro Médico	2			Inf. Testigo	1
		80 y más	26							Médico Legista	3	Sin Dato	1
						75-79	7	Otro Médico	2			Cuadro Clínico	1
		80 y más	26							Médico Legista	3	Inf. Testigo	1
						75-79	7	Otro Médico	2			Sin Dato	1
		80 y más	26							Médico Legista	3	Cuadro Clínico	1
						75-79	7	Otro Médico	2			Inf. Testigo	1
		80 y más	26							Médico Legista	3	Sin Dato	1
						75-79	7	Otro Médico	2			Cuadro Clínico	1
		80 y más	26							Médico Legista	3	Inf. Testigo	1
						75-79	7	Otro Médico	2			Sin Dato	1
		80 y más	26							Médico Legista	3	Cuadro Clínico	1
						75-79	7	Otro Médico	2			Inf. Testigo	1
		80 y más	26							Médico Legista	3	Sin Dato	1
						75-79	7	Otro Médico	2			Cuadro Clínico	1
		80 y más	26							Médico Legista	3	Inf. Testigo	1
						75-79	7	Otro Médico	2			Sin Dato	1
		80 y más	26							Médico Legista	3	Cuadro Clínico	1
						75-79	7	Otro Médico	2			Inf. Testigo	1
		80 y más	26							Médico Legista	3	Sin Dato	1
						75-79	7	Otro Médico	2			Cuadro Clínico	1
		80 y más	26							Médico Legista	3	Inf. Testigo	1
						75-79	7	Otro Médico	2			Sin Dato	1
		80 y más	26							Médico Legista	3	Cuadro Clínico	1
						75-79	7	Otro Médico	2			Inf. Testigo	1
		80 y más	26							Médico Legista	3	Sin Dato	1
						75-79	7	Otro Médico	2			Cuadro Clínico	1
		80 y más	26							Médico Legista	3	Inf. Testigo	1
						75-79	7	Otro Médico	2			Sin Dato	1
		80 y más	26							Médico Legista	3	Cuadro Clínico	1
						75-79	7	Otro Médico	2			Inf. Testigo	1
		80 y más	26							Médico Legista	3	Sin Dato	1
						75-79	7	Otro Médico	2			Cuadro Clínico	1
		80 y más	26							Médico Legista	3	Inf. Testigo	1
						75-79	7	Otro Médico	2			Sin Dato	1
		80 y más	26							Médico Legista	3	Cuadro Clínico	1
						75-79	7	Otro Médico	2			Inf. Testigo	1
		80 y más	26							Médico Legista	3	Sin Dato	1
						75-79	7	Otro Médico	2			Cuadro Clínico	1
		80 y más	26							Médico Legista	3	Inf. Testigo	1
						75-79	7	Otro Médico	2			Sin Dato	1
		80 y más	26							Médico Legista	3	Cuadro Clínico	1
						75-79	7	Otro Médico	2			Inf. Testigo	1
		80 y más	26							Médico Legista	3	Sin Dato	1
						75-79	7	Otro Médico	2			Cuadro Clínico	1
		80 y más	26							Médico Legista	3	Inf. Testigo	1
						75-79	7	Otro Médico	2			Sin Dato	1
		80 y más	26							Médico Legista	3	Cuadro Clínico	1
						75-79	7	Otro Médico	2			Inf. Testigo	1
		80 y más	26							Médico Legista	3	Sin Dato	1
						75-79	7	Otro Médico	2			Cuadro Clínico	1
		80 y más	26							Médico Legista	3	Inf. Testigo	1
						75-79	7	Otro Médico	2			Sin Dato	1
		80 y más	26							Médico Legista	3	Cuadro Clínico	1
						75-79	7	Otro Médico	2			Inf. Testigo	1
		80 y más	26							Médico Legista	3	Sin Dato	1
						75-79	7	Otro Médico	2			Cuadro Clínico	1
		80 y más	26							Médico Legista	3	Inf. Testigo	1
						75-79	7	Otro Médico	2			Sin Dato	1
		80 y más	26							Médico Legista	3	Cuadro Clínico	1
						75-79	7	Otro Médico	2			Inf. Testigo	1
		80 y más	26							Médico Legista	3	Sin Dato	1
						75-79	7	Otro Médico	2			Cuadro Clínico	1
		80 y más	26							Médico Legista	3	Inf. Testigo	1
						75-79	7	Otro Médico	2			Sin Dato	1
		80 y más	26							Médico Legista	3	Cuadro Clínico	1
						75-79	7	Otro Médico	2			Inf. Testigo	1
		80 y más	26							Médico Legista	3	Sin Dato	1
						75-79	7	Otro Médico	2			Cuadro Clínico	1
		80 y más	26							Médico Legista	3	Inf. Testigo	1

TABLA Nº 2

**SENILIDAD REGISTRADA EN CERTIFICADO DE DEFUNCION POR GRUPO DE EDAD
NUMEROS DE DIAGNOSTICOS EN LOS QUE APARECE**

E d a d e s

Grupos Edad	65 - 69	70 - 74	75 - 79	80 y más
Número Total	81 - 1000/o	109 - 1000/o	125 - 1000/o	175 - 1000/o
Diagnósticos Senilidad	2 - 2,5	6 - 5,5	13 - 10,4	51 - 29,1
Nº Diagnósticos:				
0				2
1	1		3	4
2		5	2	21
3	1		4	17
4 y más		1	4	7

98. MUERTES MAL DEFINIDAS EN PERSONAS DE 65 AÑOS Y MAS

Enf. Edith Cornejo, Srtas. Valeria Salinas y Paola Castillo, y Sra. Verónica Botteselle
(Escuela de Salud Pública, Facultad de Medicina, Universidad de Chile)

Al enfrentar el deceso de un adulto mayor, surge de inmediato el problema de atribuirle a una, o un conjunto de causas, la responsabilidad de la muerte. Cuando existen múltiples patologías previamente conocidas, el diagnóstico está hecho y sólo se presenta el dilema de describir precisamente la secuencia de ellas; pero, cuando se trata de la muerte de un anciano aparentemente sin grandes complicaciones, aparece, inevitablemente, la interrogante: ¿qué registrar en el certificado? Entonces surgen signos, síntomas y... "Senilidad", claro, un diagnóstico fácil y deducible de sólo ver al paciente, quizás para muchos, el más adecuado a registrar como causa de muerte en personas de 65 años y más, además que parece justificar cualquier otra condición morbosa que se le asocie y no se haya registrado, ideal cuando no se encuentra otra causa a la cual atribuir su deceso. Sin embargo, "Senilidad", como un alto número de otros síntomas y signos que se registran con frecuencia en el certificado de defunción, pertenece a la categoría de estados patológicos mal definidos (Nº 780-799) de la Clasificación Internacional de Enfermedades (C.I.E.). Esta sección comprende signos, síntomas, resultados anormales de laboratorio u otros procedimientos de investigación y estados patológicos cuyo diagnóstico no puede ser clasificado en otra sección; y prácticamente todos los títulos del grupo podrían ser clasificados de "sin otra especificación" o "de etiología desconocida". Una entidad morbosa específica adquiere un título propio dentro de la clasificación sólo cuando se justifica por su magnitud, y es, seguramente, por la frecuencia con que se utilizan los términos como diagnóstico, que aún no se ha podido descartar un grupo de "mal definidas" en la C.I.E.

En Chile, en 1983, las causas mal definidas correspondieron a un 90% del total de decesos. Aún cuando estas causas afectaron todos los grupos etarios, ellas fueron particularmente destacables en menores de 15 años y en mayores de 65, donde constituyeron un 11,90%, con una distribución semejante en hombres y mujeres. Sin embargo, cabe recordar que, en general, el mayor número de defunciones ocurre en personas de 65 años y más, que en 1983 significó el 53,30% del total de decesos del país.

Tal vez sea la mayor cantidad de estados patológicos que se asocian en los adultos mayores lo que dificulta la posibilidad de registrar todas las causas de muerte, y la que lleva a quien extiende el certificado a valerse de síntomas, signos y términos inespecíficos para describir la afección. El problema radica en que todas aquellas defunciones clasificadas como mal definidas restan importancia en frecuencia a otros grupos de causa a los que quizás corresponden realmente; además, son las estadísticas sobre causas de defunción el eje que orienta el accionar de la política sanitaria, desviando así la atención a otros aspectos que pueden ser de menor importancia, al parecer este grupo "mal definido", algo sobre lo cual poco se puede hacer. ¿Será la polipatología, la mayor complejidad de los procesos mórbidos presentes en el anciano, o bien la falta de acuciosidad y ligereza al registrar la causa de muerte, la responsable de este alto porcentaje de causas mal definidas presentes en el adulto mayor?

Objetivos

1. Describir los signos y síntomas "mal definidos" registrados en los diferentes rubros del ítem causa de muerte del certificado de defunción (I y II).
2. Señalar con qué otros diagnósticos aparecen vinculados cuando se registra como causa originaria y "debido a" o "como consecuencia de".
3. Vincularlos con la calidad del médico que certifica y el fundamento de la causa de muerte.

Material y Método

Se analiza el universo, 490 certificados de defunción que constituyen la unidad de análisis, extendidos durante los meses de Febrero y Marzo de 1984 en la V Región del país.

Las diferentes patologías fueron codificadas según la C.I.E. (9^o revisión) y, al igual que el resto de los datos demográficos del certificado, procesados en el Departamento de Servicios de Computación e Informática de la Universidad de Chile. La información básica se refiere a las causas mal definidas, rubricas 780 a 799 de la C.I.E.

Resultados

De un total de 1.404 diagnósticos registrados en 490 certificados de defunción, 165 (el 11,70%) corresponden a signos y síntomas mal definidos y de éstos, sólo hay 12 diagnósticos diferentes; la C.I.E. considera en este grupo de causas por lo menos 163 códigos distintos. La causa originaria debe ser considerada como la fundamental si no hay otro diagnóstico en el rubro "debido a", siendo la causa previa o condicionante de la causa inmediata (Tabla 1).

"Senilidad" es la causa mal definida que aparece con más frecuencia como causa originaria; se asocia con cáncer de estómago, desnutrición, trastorno de los líquidos, bronconeumonía, úlceras de decúbito, coma y senilidad como causa inmediata; con aterosclerosis y diabetes como "debido a" y estado morbosos concomitantes respectivamente, casi todos certificados por el médico tratante, fundamentado por el cuadro clínico y exámenes de laboratorio. Le sigue en importancia la "Disnea", vinculada a bronconeumonía, bronquitis aguda, paro cardíaco y core pulmonar como causa inmediata y otras causas respiratorias como "debido a", cardiopatía y senilidad como estado morbosos concomitantes, la mayoría certificada por el médico tratante basándose en el cuadro clínico, exámenes de laboratorio, una por el médico legista fundamentándose en la autopsia. "Causa desconocida" aparece certificado en 5 oportunidades como causa originaria, la mayoría según informe de testigo. Shock, caquexia y ascitis son otras condiciones médicas que aparecen en este rubro, causa originaria, certificadas por el médico tratante según el cuadro clínico; el primero vinculado a paro cardíaco (causa inmediata), anemia perniciosa, insuficiencia renal crónica y celulitis facial (debido a), y senilidad, úlceras de decúbito y diabetes como estado morbosos concomitantes. La caquexia aparece con bronconeumonía, paro cardíaco y cáncer de vesícula; aterosclerosis cerebral, cáncer pulmonar; anemia como causa inmediata, debida a y concomitante respectivamente. Ascitis aparece certificado como causa originaria, causante de un trastorno mixto de equilibrio ácido base con cáncer peritoneal, certificado por el médico tratante según cuadro clínico.

El rubro "debido a" o "como consecuencia de" es la causa fundamental que inicia la cadena causal (Tabla 2), de ahí la importancia que encierra la calidad de la información que aporta. En este estudio se menciona 26 veces una condición calificada por la C.I.E. como mal definida; las causas registradas en este rubro no difieren de las analizadas anteriormente como causa originaria, salvo un caso que aparece calificado como asfixia. Aquí, nuevamente, aparece "Senilidad" como la condición más frecuentemente señalada, con 19 casos, certificada tanto por el médico tratante, otro médico e informe de testigo según cuadro clínico. Se la asocia a: aterosclerosis generalizada, enfermedad isquémica crónica del corazón, hipertensión arterial como las causas más destacables. En general, la Tabla 2 es autoexplicativa.

Comentario

Dado que la proporción de defunciones aumenta con la edad, especialmente en los mayores de 80 años, es interesante destacar que las causas mal definidas ocupan los primeros lugares en los distintos rubros del certificado, junto con las patologías que actualmente son reconocidas como los más frecuentes grupos de causa de muerte, como son: cardiovasculares y tumores. Resalta el hecho que el 50% de los certificados fueron extendidos por el médico tratante, el más apto para emitir un juicio sobre la causa de muerte de su paciente. A pesar de esto, es frecuente encontrar diagnósticos de causa de muerte tales como: senilidad, caquexia, ascitis y otros términos mal definidos. Si bien es cierto que la clínica en los ancianos es algo más compleja que en otras edades, y muchas veces hay sobreposición de cuadros patológicos, existe la necesidad de afinar los diagnósticos de manera de otorgar una información más certera y que haga más confiables las estadísticas.

TABLA No 1

CAUSAS MAL DEFINIDAS REGISTRADAS EN EL RUBRO CAUSA ORIGINARIA DEL CERTIFICADO DE DEFUNCION,
VINCULADOS CON OTROS DIAGNOSTICOS SEGUN CALIDAD DEL MEDICO
Y FUNDAMENTO DE LA CAUSA DE MUERTE

Ib Causa Originaria	No	Ia Causa Inmediata	No	Ic Debido a	II. Estado Concomit.	Calidad del Médico	Fundamento de la Causa de Muerte
1. Senilidad	7	Ca. Estómago Desnutrición Trastorno de los líquidos Bronconeumonía Úlcera decúbito Coma Senilidad		Aterosclerosis Aterosclerosis	Diabetes	Méd. Tratante Méd. Tratante Méd. Tratante Otro Médico Méd. Tratante Otro Médico	Ex. Laboratorio Sin dato Inf. Testigo Inf. Testigo Inf. Testigo Cuad. Clínico Cuad. Clínico Cuad. Clínico
Disnea	5	Bronconeumonía	2	Infecc. Aguda Vía. Respiratoria Asfixia Enfisema Bronconeumonía Bronquitis Cr.	Cardiopatía Senilidad Senilidad	Méd. Tratante Méd. Tratante Otro Médico Otro Médico Méd. Tratante	Cuad. Clínico Sin Dato Cuad. Clínico Autopsia Ex. Laboratorio
Causa Desconocida	5	Bronconeumonía		Senilidad	Enf. Parkinson	Méd. Tratante Inf. Test. (4)	Cuad. Clínico Inf. Test. (4)
Shock	4	Paro Cardíaco	4	Anemia Pernic. Neumonía Ins. Renal Cr. Cel. Facial	Senilidad Úlc. decúbito Diabetes	Méd. Tratante Méd. Tratante Méd. Tratante Otro Médico	Cuad. Clínico Cuad. Clínico Cuad. Clínico Cuad. Clínico
Caquexia	3	Bronconeumonía Paro Cardíaco Ca. Vesicular		ATE. Cerebral Ca. Pulmonar	Anemia Megal.	Méd. Tratante Otro Médico Méd. Tratante	Cuad. Clínico Cuad. Clínico Cuad. Clínico
Ascitis	1	Trast. Mixto del Equil. Ac.-Base		Ca. Peritoneal		Méd. Tratante	Cuad. Clínico

TABLA Nº 2

CAUSAS MAL DEFINIDAS REGISTRADAS EN EL RUBRO "DEBIDO A" DEL CERTIFICADO DE DEFUNCION
VINCULADAS CON OTROS DIAGNOSTICOS SEGUN CALIDAD DEL MEDICO Y FUNDAMENTO DE LA CAUSA DE MUERTE

Ic Debido a	Nº	la Causa Inmediata	Nº	Ib Causa Originaria	Nº	Estado Morboso Concomit.	Nº	Calidad del Médico	Fundamento de la Causa de Muerte
1. Senilidad	19	Paro Cardíaco	6	Enf. Isquémica Cr. del Corazón	1	Ulc. Decúbito	1	Méd. Tratante	Inf. Testigo
				ATE. Generalizada	1			Inf. Testigo	Inf. Testigo
				Bronconeumonía	1			Méd. Tratante	Cuad. Clínico
				Fractura Cuello de Femur	1			Méd. Tratante	Cuad. Clínico
		Infarto Agudo del Miocardio	4	Enf. Cardíaca HT.	1	Disnea	1	Otro Médico	Cuad. Clínico
				Enf. Isquémica Cr. del Corazón	1			Otro Médico	Cuad. Clínico
				ATE. Generalizada	3			Méd. Tratante	Cuad. Clínico
								Otro Médico	Cuad. Clínico
								Inf. Testigo	Inf. Testigo
								Méd. Tratante	Cuad. Clínico
								Otro Médico	Cuad. Clínico
2. Caquexia	4	Insuf. Cardíaca	2	Hipert. Arterial	1	Marasmo HTA.	1	Méd. Tratante	Cuad. Clínico
				Enfisema	1			Otro Médico	Cuad. Clínico
				HTA.	1			Otro Médico	Cuad. Clínico
				ATE. Generalizada	1			Méd. Tratante	Cuad. Clínico
		Cardiopatía A.V.F.	1	Causa Desconocida	1	Hemiplejía Enf. Parkinson	1	Méd. Tratante	Cuad. Clínico
				Bronconeumonía	1			Otro Médico	Cuad. Clínico
				Neumonía	1			Méd. Tratante	Cuad. Clínico
				Infec. Urinaria	1			Méd. Tratante	Cuad. Clínico
		Senilidad	1	Sind. Cola Caballo	1	Infec. Urinaria	1	Méd. Tratante	Cuad. Clínico
				ATE. Cerebral	1			Méd. Tratante	Cuad. Clínico
3. Disnea o Dif. Respiratoria	2	Septicemia	1	Infec. Urinaria	1	Senilidad	1	Méd. Tratante	Cuad. Clínico
				Diabetes	1			Otro Médico	Cuad. Clínico
				CA. Uretra	1			Méd. Tratante	Biopsia
				Carbunco Faringeo	1			Méd. Tratante	Biopsia
		Bronconeumonía	1	CA. Cervicouterino	1	Desnutrición Caloricoprot.	1	Méd. Tratante	Biopsia
				Neumonía	1			Méd. Tratante	Cuad. Clínico
				CA. Vejiga	1			Otro Médico	Cuad. Clínico
				CA. Abdominal	1			Méd. Tratante	Cuad. Clínico
		Paro Cardíaco	1	Disnea	1	Senilidad	1	Méd. Tratante	Sin Dato
				Bronconeumonía	1			Méd. Tratante	Sin Dato

99. MORBILIDAD POR CANCER Y OTRAS PATOLOGIAS DE LA VESICULA BILIAR Y VIAS BILIARES EXTRAHEPATICAS. CHILE, 1983

Dra. Aída Kirschbaum, Srta. Sylvia Benedetto y Sr. Germán Gutiérrez
(Escuela de Salud Pública, Facultad de Medicina, Universidad de Chile)

La medición de la morbilidad de una población y su tendencia, constituye un problema mucho más complejo que la medición de la mortalidad. Esta complejidad deriva de variables socioeconómicas y culturales que determinan la percepción de enfermedad por los individuos y, por otra parte, la gradiente de evolución de las enfermedades presenta una fase inaparente. En la práctica, la atención médica del país se otorga a los casos clínicos que constituyen la demanda real de los servicios, la que no siempre es satisfecha y ésta no siempre es registrada. Este problema se observa inclusive en los países desarrollados.

De la demanda satisfecha, una parte importante corresponde a la información hospitalaria, que representa la porción de mayor gravedad.

En nuestro país esta información existe desde hace más de 30 años. El sector público es responsable del 90% de las camas hospitalarias del país y el resto corresponde a otras instituciones y al extra sistema privado.

Por otra parte, debe tenerse presente que en el caso de la morbilidad, un incremento de las tasas de egreso no necesariamente significa que la población sea más enferma, sino que puede explicarse por un aumento de la demanda satisfecha, una mejoría del registro o una mejor percepción de enfermedad por mejoramiento del nivel educacional, de la accesibilidad o de la ampliación de servicios asistenciales, así como también una disminución de las tasas de egreso pueden ser consecuencia de una innovación tecnológica, como ocurre con la tuberculosis, que se trata y controla ambulatoriamente.

Desde 1961 se ha producido un aumento del número de egresos en nuestro país en todos los grupos de causas, con excepción del grupo de mal definidas, que disminuyó entre 1961 y 1981 en un 37%. El grupo de enfermedades digestivas tuvo un aumento de la tasa de egresos de 130%. En 1981, los egresos por enfermedades del aparato digestivo ocupan el segundo lugar después del parto y puerperio, con 122.701 egresos y con 998.472 días de estada, superados sólo por el grupo XI de causas, las complicaciones del embarazo, parto y puerperio, que también corresponden al primer lugar en cuanto a ocupación en días-cama.

El análisis de las tasas de egresos constituye, con las limitaciones expuestas, una aproximación a la medición de la morbilidad del país.

Considerando que sólo el 28% de la tasa del grupo XI corresponde a morbilidad, la tasa del grupo IX, digestivo, emerge como primera causa de morbilidad hospitalaria con una tasa de 1.086,4 egresos por 100.000 habitantes en 1981.

Entre los egresos por enfermedades del aparato digestivo, la primera causa corresponde a los problemas de la vesícula biliar con 39.239 egresos en 1983. La segunda causa son las hernias con 24.000 egresos; la tercera, apendicitis aguda con 17.700 egresos; luego cirrosis, con 7.236 y en seguida úlcera gastroduodenal con 6.500 egresos.

Esta situación nos ha motivado para conocer mejor las características epidemiológicas de las enfermedades de la vesícula y vías biliares extrahepáticas.

Además, el cáncer de vesícula biliar y vías extrahepáticas, 156 de la C.I.E., 9ª revisión, es uno de los cánceres cuya incidencia aumenta en nuestro país, de aquí que se hace necesario determinar las características epidemiológicas de los egresos por esta causa, así como también los egresos por las otras patologías biliares.

Objetivos Específicos

1. Determinar la magnitud de los egresos por patologías de la vesícula biliar y vías extrahepáticas en 1983 en Chile, según sexo, grupos de edad y causas específicas de morbilidad.
2. Determinar la magnitud de los egresos por cáncer de la vesícula biliar y vías extrahepáticas en 1983 en Chile, según sexo y grupos de edad.

Material y Método

Se revisó el universo de los egresos hospitalarios de 1983, tabulados por el Ministerio de Salud, vaciando en un formulario especial los datos correspondientes a los egresos por enfermedades de la vesícula biliar y vías extrahepáticas, 574 a 576, y por cáncer biliar, 156 de la C.I.E., 90 revisión.

La tabulación se efectuó en forma manual. El estudio realizado es de prevalencia, en el total de los egresos del sector público del país.

Resultados

Los egresos hospitalarios por patología de la vesícula biliar y vías extrahepáticas en 1983 fueron 39.239, con una tasa de 335,9 por 100.000 habitantes. Hay un claro predominio del sexo femenino, al que le corresponde un 74,40% y una tasa de 495,3. La tasa femenina es 190% más alta que la masculina (Tabla 1).

Los egresos por grupos de edad presentan un aumento creciente de las tasas con la edad hasta los 74 años. Las proporciones aumentan hasta los 64 años, produciéndose luego un descenso en el grupo senescente. 86% de los egresos se producen entre los 15 y los 64 años, y 72% entre los 25 y los 64 años (Tabla 2).

Al comparar los egresos por sexo y grupos de edad se aprecia que las proporciones son más altas en las mujeres sólo entre 15 y 44 años, pero las tasas son más altas en las mujeres en todos los grupos de edades.

Al analizar los egresos por causa específica, observamos que el 65,30% corresponde a otros trastornos de la vesícula biliar, con una tasa de 219,2. La coledocistitis sólo representa 2,80% del problema con una tasa de 9,5 por 100.000 habitantes.

Al estudiar los egresos por causa específica y sexo destaca que las tasas son mayores en el sexo femenino en todos los diagnósticos del grupo, desde 150% más alta en la coledocistitis, a 204% más en otros trastornos de la vesícula biliar.

Si se analizan las causas específicas por grupos de edad, más del 60% del problema en todos los grupos de edad está dado por otros trastornos de la vesícula biliar. La coledocistitis representa un 4% en el grupo de 45 a 64 años, 10% en el de 65 a 74 años y 12% en el de 75 años y más.

El análisis de los egresos por cáncer de vesícula biliar y vías extrahepáticas en 1983, permite observar que se trata de 2.539 egresos, con una tasa de 21,7 por 100.000 habitantes, existiendo un claro predominio de la tasa del sexo femenino, de 63%.

Por grupos de edad, los egresos presentan un aumento creciente de las tasas. 76% de los egresos ocurre entre los 25 y 74 años.

Con respecto al sexo, las tasas son más altas en las mujeres entre 15 y 74 años. El grupo mayor de 75 años tiene una tasa 44% más alta en el sexo masculino.

Comentario

Las enfermedades digestivas tienen gran importancia, debido principalmente a su alta frecuencia: constituyen la segunda causa de egresos hospitalarios. En ellas destacan en primer lugar los problemas de la vesícula biliar y vías extrahepáticas. Hemos podido comprobar que los egresos por esta última causa tienen mayor riesgo en mujeres en todos los diagnósticos del grupo y en todos los grupos de edad. De estos, más del 97% corresponde a otros trastornos de la vesícula y vías extrahepáticas con una tasa de 326 por 100.000 habitantes, y sólo 2,8% a coledocistitis, con una tasa de 9,5 por 100.000 habitantes.

También es importante analizar el cáncer de vesícula y vías biliares extrahepáticas por el incremento que ha presentado, observándose que las tasas van aumentando con la edad, y son más altas en mujeres, excepto sobre los 75 años.

TABLA Nº 1

**EGRESOS POR PATOLOGIAS DE LA VESICULA BILIAR Y VIAS EXTRAHEPATICAS SEGUN GRUPOS
DE EDAD Y SEXO, CHILE 1983. TASAS x 100.000 HABITANTES**

Grupos de Edad	Masculino			Femenino			Total		
	No	O/o	Tasa	No	O/o	Tasa	No	O/o	Tasa
15	134	1,3	7,1	330	1,1	18,1	464	1,2	12,6
15 - 24	859	8,6	71,4	4.450	15,2	377,0	5.317	13,6	223,0
25 - 44	3.851	38,4	237,1	12.512	42,8	762,7	16.363	41,7	501,2
45 - 64	3.414	34,0	423,2	8.445	28,9	963,3	11.859	30,2	704,5
65 - 74	1.199	12,0	630,9	2.330	8,0	958,5	3.529	9,0	814,7
75	569	5,7	671,3	1.168	4,0	853,3	1.707	4,3	770,2
Total	10.026	100,0	173,3	29.213	100,0	495,3	39.239	100,0	335,9

TABLA Nº 2

EGRESOS POR PATOLOGIA DE LA VESICULA BILIAR Y VIAS EXTRAHEPATICAS SEGUN SEXO Y CAUSA ESPECIFICA, CHILE 1983 TASAS x 100.000 HABITANTES

Causa Específica	Masculino		Femenino		Total	
	Nº	o/o Tasa	Nº	o/o Tasa	Nº	o/o Tasa
Colelitiasis	299	3,0 5,2	814	2,8 13,8	1.113	2,8 9,5
Otros trastornos de la Vesícula Biliar	6.147	61,3 106,3	19.457	66,6 323,0	25.604	65,3 219,2
Otros trastornos de las Vías Biliares	3.580	35,7 61,9	8.942	30,6 151,6	12.522	31,9 107,2
Total	10.026	100,0 173,3	29.213	100,0 495,3	39.239	100,0 335,9

100. MORTALIDAD POR CANCER EN LAS 13 REGIONES DE CHILE, 1984.

Drs. Aída Kirschbaum, May Chomali y Sonia Medina
(Escuela de Salud Pública, Facultad de Medicina, Universidad de Chile)

El cáncer, 140 a 209 de la C.I.E. 9a. Revisión, corresponde a más de 100 cuadros patológicos que tienen predominios y tendencias diferentes en las distintas regiones de la tierra.

En nuestro país, la tasa global de mortalidad por cáncer se mantiene estacionaria desde la década del sesenta, aún cuando el número de muertes ha aumentado de 6.762 en ese año a 11.831 en 1981, lo que corresponde a un incremento de las cifras absolutas de 75%.

Los cánceres de esófago y estómago que en conjunto contribuyen al 25% de las muertes del grupo, presentan una significativa disminución de sus tasas en el último decenio, del orden del 36%. Los demás cánceres han aumentado sus tasas de mortalidad en forma desigual: tráquea, bronquios y pulmón aumentan 451%; hígado y vías biliares intrahepáticas, 1000%; vesícula y vías biliares extrahepáticas, 870%; próstata, 820%; mama, 360% y cérvico uterino, 220%. El descenso de las tasas de mortalidad por cáncer de estómago y esófago disminuyó el incremento global, pero el aumento de los demás cánceres anuló este efecto, y la tasa global en 1981 alcanzó a 102,4 por 100.000 habitantes (Tabla 1).

Siendo Chile "un país Norte a Sur de gran longura", con importantes diferencias climáticas, culturales y genéticas en sus diferentes Regiones, es muy interesante establecer los riesgos que tiene cada tipo de cáncer en ellas. De aquí nuestro propósito: determinar las tasas de mortalidad de cada localización topográfica en las 13 Regiones del país.

Objetivos Específicos

1. Establecer la tasa de mortalidad por cáncer en 1984, para cada una de las Regiones del país, según sexo, grupos de edad y distribución topográfica.
2. Establecer los Riesgos Relativos de Mortalidad por Cáncer en cada una de las 13 Regiones del país según distribución topográfica.

Material y Método

Se analizaron todas las defunciones por cáncer del país durante el año 1984, en cada una de las 13 Regiones, según grupos de edad y localización (topografía). Se trata del universo de las defunciones, siendo la unidad de análisis el certificado de defunción de cada persona fallecida en 1984.

El diseño es de prevalencia en defunciones. El Riesgo Relativo de Mortalidad por Cáncer para cada Región se obtuvo al construir la razón entre la tasa de prevalencia de cada tipo de cáncer en cada Región y la tasa específica de mortalidad por cáncer de cada localización topográfica del país.

La tabulación se realizó en parte por procedimientos computacionales, y en parte manuales.

Resultados

El número de muertes por cáncer del país en 1984 fue de 12.015, que correspondieron al 160% del total de defunciones del país, desglosándose en 14,1% del total de las defunciones de varones y 18,5% de las defunciones de mujeres, y la tasa global de mortalidad fue de 101,1 por 100.000 habitantes. La tasa global para cada Región fluctuó entre 86,3 en la X Región y 118,2 en la II.

Las tasas ajustadas por edad fluctuaron entre 82,8 en la X Región y 125,3 en la II Región, con 51% de diferencia entre ambas.

Las Regiones que incrementaron su tasa de mortalidad al ajustarlas por edad fueron la I, II, III, R.M., VIII, IX y XI. El mayor incremento se observó en la XI Región con 30% de aumento de la tasa ajustada sobre la tasa cruda. El mayor decrecimiento al ajustar las tasas se observó en la V Región con 15,1% de disminución.

El cáncer más importante del país continúa siendo el gástrico (151) con 2.335 defunciones, y una tasa de 19,7 por 100.000 habitantes, que fluctúa entre 12,9 en la XII Región y 28,3 en la VII. Tasas de mortalidad sobre 20 se observan desde la V a la IX Región inclusive, con excepción de la Región Metropolitana. El segundo lugar lo ocupa el cáncer de tráquea, bronquios y pulmón (162), con 1.204 defunciones y una tasa de 10,1 por 100.000 habitantes, fluctuando entre 4,3 en la IX Región y 24,6 en la XI; después de ésta, la II y la I Región tienen las tasas más altas del país, de 23,5 y 20,9 respectivamente. Estos dos primeros cánceres son de marcado predominio masculino, 64% y 74% en varones respectivamente. El tercer lugar corresponde a cáncer de vesícula biliar y vías extrahepáticas (156) con 962 defunciones, con marcado predominio femenino de casi tres cuartos del total, que lo ubica en el segundo lugar entre los cánceres de la mujer, después del cáncer gástrico. La tendencia al incremento de este tumor permite suponer que a muy corto plazo será el primer cáncer de la mujer en Chile. La tasa de mortalidad de 8,1 por 100.000 fluctúa entre 4,3 en la XI y XII Regiones y 11,0 en la IX Región. El cuarto cáncer corresponde al cervicouterino (180) con 682 defunciones y una tasa de 5,7 por 100.000, que fluctúa entre 3,5 en la VI Región y 10,6 en la I. El quinto lugar lo ocupa el cáncer mamario (174) con 664 defunciones y una tasa de 5,6, que fluctúa entre 2,3 en la I Región y 8,2 en la V. El sexto lugar lo ocupa el cáncer de esófago (150) con 570 defunciones y una tasa de 4,8 por 100.000, que fluctúa entre 2,4 en la II Región y 8,9 en la IV. Este cáncer es de predominio masculino, se observa 61% en varones. El séptimo lugar corresponde al cáncer de la próstata (185) con 512 defunciones y una tasa de 4,3 que fluctúa entre 2,1 en la IV Región y 7,2 en la XI. El octavo lugar corresponde a cáncer de hígado y vías biliares intrahepáticas (155), con discreto predominio femenino, con 454 defunciones y una tasa de 3,8 que fluctúa entre 0,9 en la III Región y 8,0 en la I. Cabe destacar, sin embargo, que existen 465 defunciones por cánceres no especificados, con una tasa de 4,9 que fluctúa entre 2,3 en la I y III Regiones y 9,1 en la VII. Este grupo presenta un predominio masculino de 57%. El noveno lugar corresponde al cáncer de páncreas (157) con 427 defunciones y una tasa de 3,6 por 100.000 habitantes, que fluctúa entre la XI Región sin casos y 10,3 en la XII Región. El décimo lugar corresponde a otros cánceres digestivos (159), también con 427 defunciones.

Con respecto a los Riesgos Relativos de cada Región, en la I tienen R.R. iguales a dos veces el del país, los cánceres de hígado y vías biliares intrahepáticas, laringe, pulmón, vejiga urinaria y otros cánceres de piel; tres veces el del país, el melanoma y cuatro veces, el de testículo y la leucemia monocítica.

En la II Región doblan el del país los riesgos de cáncer de pulmón, riñón y otros cánceres de piel, lo triplica el de tiroides, lo cuadruplica el de vejiga urinaria, la quintuplica el de ojo, y es nueve veces mayor que el del país el cáncer de pene.

En la III Región tienen riesgo doble, el cáncer de vejiga urinaria y riesgo triple el de ojo y otras leucemias.

En la IV Región destaca con R.R. doble, la leucemia monocítica, con R.R. triple los cánceres de pene, ojo, linfoma y reticulosarcoma, y con riesgo cuatro veces el del país, otros cánceres de piel.

En la V Región tienen R.R. doble los cánceres de pleura, timo y pene.

En la VI Región tienen R.R. doble la leucemia monocítica y otros cánceres de piel.

En la VII Región tienen R.R. doble los cánceres de intestino delgado y otros cánceres de piel.

En la IX Región tiene R.R. doble el cáncer de tiroides.

En la XI Región tienen R.R. doble los cánceres de pulmón, de huesos y de testículo, tienen R.R. triple, el cáncer bucofaríngeo, la Enfermedad de Hodgkin y el coriocarcinoma.

En la XII Región tienen R.R. doble la leucemia mieloide, R.R. triple el cáncer de páncreas, R.R. de cuatro veces los cánceres de fosas nasales y oídos, laringe y otros cánceres de la piel, y R.R. de cinco veces el de pleura y el coriocarcinoma.

Así actualizado lo que ocurre con la distribución topográfica de los cánceres en nuestro país, se hace necesario lograr que se afine todo lo que sea posible el diagnóstico de los cánceres no especificados que corresponden a 3,9% del total de defunciones por cáncer, y a los que deben sumarse los cánceres mal definidos, cuyo diagnóstico correcto nos permitirá obtener mayor precisión en las tasas.

CUADRO Nº 1

**MORTALIDAD POR CANCER SEGUN REGIONES. TASAS AJUSTADAS
POR EDAD. CHILE 1984**

	Tasa Global	Tasa Ajustada	o/o
I	113,3	117,0	+ 3,3
II	118,2	125,3	+ 6,0
III	85,4	99,2	+ 16,2
IV	103,5	91,7	- 11,4
V	115,9	98,4	- 15,1
R.M.	97,8	101,9	+ 4,2
VI	93,8	89,7	- 4,4
VII	111,7	104,9	- 6,1
VIII	101,8	108,2	+ 6,3
IX	101,1	104,2	+ 3,1
X	83,6	82,8	- 1,0
XI	95,7	124,7	+ 30,3
XII	114,3	111,3	- 2,6
País	101,1		

TABLA Nº 2

MORTALIDAD POR CANCER POR REGIONES SEGUN TOPOGRAFIA, CHILE 1984

	REGIONES												
	1º	2º	3º	4º	5º	R.M.	6º	7º	8º	9º	10º	11º	12º
Bucofaríngeo (140-149)	0											X ³	
Esófago (150)	0		0	0									
Estómago (151)			0										
Intestino Delgado (152)				0		0		X					
Colon Recto (153-154)													0
Hígado (155)	X			0									X ³
Vesícula (156)													
Páncreas (157)													
Peritoneo otros digest. (158-159)							0					0	X ⁴
Fosas nasales, oído (160)													X ⁴
Laringe (161)	X	0			0							X	X ⁴
Pulmón (162)	X	X											
Pleura-Timo otros resp. (163-164-165)					X								X ⁵
Huesos-cart.-conj. (170-171)	0				0							X	0
Melanoma (172)	X ³							0					0
Otros cánceres de la piel (173)	X	X			X ⁴								X ⁴
Mama (174-175)							X						
Cuello Utero (180)	0	0											
Utero, cuerpo y NIE (179 + 182)													
Placenta y otros org. (181-184)							0					X ³	X ⁵

0 = Riesgo Relativo 1,5 a 1,9 veces el Riesgo de Chile.

X = Riesgo Relativo 2,0 veces o más el Riesgo de Chile. (La potencia corresponde al número de veces).

TABLA Nº 3

MORTALIDAD POR CANCER POR REGIONES SEGUN TOPOGRAFIA, CHILE 1984

	1º	2º	3º	4º	5º	R.M.	6º	7º	8º	9º	10º	11º	12º
Ovario (183)												0	0
Próstata (185)												0	0
Testículo (186)	X ⁴	X ⁹		X ³	X							X	0
Pene (187)		X ⁴		0								0	0
Vejiga (188)	X	X	X									0	0
Riñón (189)	0	X										0	0
Ojo (190)		X ⁵	X ³	X ³				0				0	0
S.N.C. (191-192)													
Tiroides (193)		X ³						0		X			
Otros y no especificados (194-195-196-199)		0						0					0
Linfo. y ret. sarc. (200)		0		X ³									
Hodgkin (201)												X ³	
Otros tej. linfo. e histio (202)													
Mieloma múltiple (203)													
Leuc. Linfo (204),										0			0
Leuc. Mielode (205)								0					X
Leuc. Monoc. (206)				X	0		X						
Otras Leuc. no especificadas (207-208)	X ⁴												

0 = Riesgo Relativo 1,5 a 1,9 veces el Riesgo de Chile.

X = Riesgo Relativo 2,0 veces o más el riesgo de Chile. (La potencia corresponde al número de veces).

101. MORTALIDAD POR CANCER DEL SENESCENTE, CHILE 1985

Dra. Aída Kirschbaum, Enf. Edith Cornejo, Dra. Aída Pizzi y Srta. Paola Castillo
(Escuela de Salud Pública, Facultad de Medicina, Universidad de Chile)

La composición de la población, vale decir, la pertenencia de un individuo a un grupo dado de la población, determina un cierto grado de susceptibilidad y de exposición a riesgos para la salud que son inherentes a dicho grupo.

La senescencia corresponde a un período vulnerable de la vida. Después de los lactantes, los ancianos constituyen el grupo de edad más expuesto a riesgos. Debido al cambio en la estructura demográfica del país, los hospitales deberían recibir un número cada vez mayor de ellos, por lo cual es esencial que los Servicios y el equipo de salud estén preparados para su adecuada atención, ya que los ancianos, cuando enferman, necesitan de una asistencia clínica inmediata y oportuna.

Por otra parte, la O.P.S. y los Servicios están dando mayor consideración al cáncer como problema relevante de salud, y a los estudios epidemiológicos sobre el tema. En nuestro país los cánceres constituyen la segunda causa de muerte, de aquí nuestro interés por conocer la magnitud actual del problema y sus características principales en el senescente, vale decir, en el adulto mayor de 65 años, en nuestro país.

Material y Método

Se revisaron todos los certificados de defunción del país, recolectados por el Ministerio de Salud durante 1985, separando a aquellos con diagnóstico de cáncer en los mayores de 65 años de edad, tabulando la información por métodos computacionales y manuales.

Resultados

En esta revisión de los certificados de defunción se encontraron 12.655 personas que fallecieron con diagnóstico de cáncer en el país, lo que representa el 17,20% del total de muertes, correspondiendo al grupo senescente un total de 6.998 que representa el 55,30% del total de muertes por cáncer, con 54,70% del total de los cánceres de varones y 55,90% del total de los cánceres en mujeres. En este grupo de edad, 10 de cada 1.000 personas tienen la probabilidad de morir de cáncer al año. La relación hombre/mujer en el total de defunciones por cáncer fue de 0,97:1. En el grupo senescente esta relación fue 0,95:1, demostrando un ligero predominio global del sexo femenino.

El análisis de los cánceres del senescente por grupos de edad revela que el riesgo se duplica en el grupo mayor de 74 años (R.R. = 2,01). El R.R. (riesgo relativo) del varón más añoso es 2,1 en relación al más joven, y en la mujer este riesgo es de 1,8. La tasa del varón de 65 a 74 años es 290% más alta que la de la mujer de ese grupo de edad, y la tasa del grupo de 75 años y más es 46,80% en el varón. Esta situación se manifiesta en una tasa global 340% mayor en el varón senescente.

Del total de muertes por cáncer de este grupo humano, el cáncer gástrico concentra el 17,90% de los casos. Le sigue en importancia relativa el cáncer pulmonar con 10,40%, el vesicular, 9,60% y el de próstata con 6,30%, proporción alta considerando que afecta sólo al varón (Tabla 1). En un 150% hay un grupo de cánceres, cada uno de los cuales no alcanza al 1,70%. Entre los 15 cánceres más frecuentes en este grupo de edad, 8 son del aparato digestivo, 4 genitourinarios, 1 respiratorio y 1 glandular.

En el análisis por causas específicas aparecen 60 localizaciones en el senescente. De éstas, hay 4 que se presentan en 750% o más en este grupo de edad, y sólo en 250% o menos en grupos más jóvenes; estos son: próstata con 830%, otros piel con 760%, vías respiratorias superiores con 750% y digestivos mal definidos con 770%. Siete localizaciones se presentan en proporciones mayores a 660%: labio con 720%, esófago y colon con 700% cada uno, otros genitales femeninos con 670%, pene con 720%, vejiga con 680% y otros sitios mal definidos. En cambio, con una frecuencia inferior al 200% se presenta el cáncer de testículo y el de otras glándulas endocrinas. En el análisis por causa específica y edad, el cáncer gástrico es el más frecuente, cons-

tituyendo la quinta parte de los cánceres del grupo de 75 años y más, y el 150/o del grupo más joven; éste presenta porcentualmente más cáncer pulmonar (diferencia significativa $p < 0,05$). El cáncer de la próstata y los digestivos mal definidos, en los más añosos casi triplican el riesgo de los más jóvenes, el riesgo de cáncer gástrico y de colon es 2,5 veces mayor cada uno, los de esófago y de vejiga duplican el riesgo de los menores de 74 años (Tabla 2).

En los hombres, el cáncer gástrico, el de pulmón, de próstata y esófago son los más frecuentes, con proporciones que fluctúan entre 19,4 y 7,40/o. En las mujeres también el cáncer gástrico ocupa el primer lugar, le sigue en orden de importancia el cáncer de vesícula, de mama, cervicouterino y colon. Es significativo ($p < 0,01$) el mayor porcentaje del cáncer pulmonar del hombre, como también la mayor proporción de cáncer vesicular en la mujer. Los hombres superan el riesgo de las mujeres en el cáncer pulmonar (RR. 3,8), cáncer de vejiga (RR. 3,1), esófago (RR. 2,1), páncreas y recto (RR. 1,8), cáncer gástrico (RR. 1,6), riñón (RR. 1,5); las mujeres sólo superan en 1,7 veces la probabilidad de cáncer vesicular.

Al comparar ambos sexos de la misma edad, los hombres de 65 a 74 años casi cuadruplican el riesgo de cáncer al pulmón y de vejiga, ambos vinculados al hábito del tabaco, y duplican el cáncer de esófago. En los más ancianos el riesgo de cáncer pulmonar es 5 veces más y el de vejiga, 3 veces más que las ancianas de la misma edad; el cáncer de esófago también duplica el riesgo en el hombre.

Se observa una diferencia significativa ($p < 0,01$) entre la proporción de cáncer pulmonar de varones de 65 a 74 años en comparación con las mujeres de la misma edad, éstas, a su vez, tienen porcentajes significativamente superiores ($p < 0,05$) de cáncer de vesícula; en el grupo mayor se repite la misma diferencia significativa para los mismos cánceres.

TABLA Nº 1

PRINCIPALES CANCERES DEL SENESCENTE POR CAUSA ESPECIFICA Y SEXO.
IMPORTANCIA RELATIVA, TASAS POR 100.000. CHILE 1985.

Causas Especificas	Masculino		Femenino		Total	
	Nº	O/o	Tasa	Nº	O/o	Tasa
Cáncer						
Gástrico	660	19,4	230,9	594	16,5	147,0
Pulmón	532	15,6*	186,1	196	5,4	48,5
Vesícula	192	5,6	67,2	477	13,3*	118,0
Próstata	442	13,0	154,6			
Esófago	251	7,4	87,8	164	4,6	40,6
Mama	1	0,0	0,3	328	9,1	81,2
Colon	121	3,6	42,3	179	5,0	44,3
Digestivo M.D.	157	4,6	54,9	134	3,7	33,2
Hígado	125	3,7	43,7	164	4,6	40,6
No Especificados	141	4,1	49,3	140	3,9	34,6
Páncreas	121	3,6	42,3	157	4,4	38,8
Cervicouterino				274	7,6	67,8
Recto	79	2,3	27,6	62	1,7	15,3
Vejiga	85	2,5	29,7	39	1,1	9,6
Riñón	63	1,8	22,0	58	1,6	14,4
Otros	435	12,8	152,2	627	17,5	155,1
Total	3.405	100,0	1.191,1	3.593	100,0	889,0
				6.998	100,0	1.014,2

* Diferencia Significativa según sexo $p < 0,01$

TABLA Nº 2

**PRINCIPALES CANCERES DEL SENESCENTE POR CAUSA ESPECÍFICA Y EDAD.
IMPORTANCIA RELATIVA, TASAS POR 100.000. CHILE 1985.**

Causas Específicas	65 – 74			75 y más			T R.R.
	Nº	o/o	Tasa	Nº	o/o	Tasa	
Cáncer:							
Gástrico	516	15,2	116,8	738	20,5	297,5	2,5
Pulmón	430	12,7*	97,3	298	8,3	120,1	1,2
Vesícula	338	10,0	76,5	331	9,2	133,4	1,7
Próstata	169	5,0	38,2	273	7,6	110,0	1,9
Esófago	185	5,5	41,8	230	6,4	92,7	2,2
Mama	175	5,2	39,6	154	4,3	62,1	1,6
Colon	124	3,6	28,1	176	4,8	70,9	2,5
Digestivo M.D.	113	3,3	25,6	178	4,9	71,8	2,8
Hígado	142	4,2	32,1	147	4,1	59,3	1,8
No Especificados	139	4,1	31,5	142	3,9	57,2	1,8
Páncreas	158	4,6	35,7	120	3,3	48,4	1,3
Cervicouterino	149	4,4	33,7	125	3,5	50,4	1,5
Recto	69	2,0	15,6	72	2,0	29,0	1,9
Vejiga	59	1,7	13,3	65	1,8	26,2	2,0
Riñón	79	2,3	17,9	42	1,2	169,0	0,9
Otros	546	16,2	130,0	516	14,2	208,0	—
Total	3.391	100,0	767,3	3.607	100,0	1.454,1	1,9

* Diferencia Significativa según sexo $p < 0,05$

102. ASOCIACION ENTRE HIPERTENSION ARTERIAL Y CANCER GASTRICO

Dr. Luis Martínez O., Srs. Claudio Núñez, Danny Oksenberg, Juan Pablo Niedmann, Eduardo Morales y Dr. Ricardo Latorre
(Escuela de Salud Pública y Departamento de Gastroenterología, Hospital Clínico, Universidad de Chile)

El Cáncer Gástrico en Chile constituye un problema de gran relevancia epidemiológica debido a su elevada tasa de mortalidad, de modo de ser responsable de un gran número de muertes anuales, tanto en hombres como en mujeres.

Es por esto que se han realizado múltiples estudios tendientes a esclarecer la etiopatogenia de esta neoplasia, a pesar de lo cual no se han obtenido resultados concluyentes, de manera que tan sólo podemos afirmar que se trata posiblemente de una enfermedad multifactorial donde juegan un rol importante tanto factores dietéticos como no dietéticos.

Entre los dietéticos se han mencionado: la ingesta elevada de sal, de nitratos y nitritos, alta ingesta de cereales y de alimentos ahumados y baja ingesta de frutas frescas y vegetales.

Por otro lado, la primera causa de muerte en Chile la constituyen las enfermedades cardiovasculares, y en ellas la Hipertensión Arterial desempeña un rol muy importante, tanto por su prevalencia en la población adulta como por las mortales complicaciones que de ella derivan.

Joossens, estudiando la tendencia de mortalidad por Accidente Vascular Encefálico y Cáncer Gástrico, ha encontrado una fuerte asociación en la tendencia declinante en la mortalidad para ambas patologías en diversas épocas y lugares (1).

Además, en un trabajo anterior de Martínez y cols. se observó una asociación entre la mortalidad por Cáncer Gástrico y Accidente Vascular Encefálico en países de la región americana, entre la tendencia de la mortalidad por ambas patologías en Chile en los últimos 12 años, y una tendencia declinante en la tasa de producción física de sal refinada en el mismo período, además de una similar variación geográfica dentro del país en los riesgos de muerte por las enfermedades mencionadas (2).

Por otro lado, Gouldbourt, en un estudio prospectivo, encontró que el aumento de la presión sistólica es un factor predictivo a largo plazo en relación a la mortalidad por Cáncer Gástrico (3).

De acuerdo a lo anterior, se ha planteado la hipótesis de la existencia de un factor etiológico común para ambas patologías, el cual se piensa podría corresponder al elevado consumo de sal, el que por un lado es un factor preponderante en la Hipertensión Arterial y a través de ella, factor de riesgo para la mortalidad por patología vascular cerebral, y a su vez, ya sea por daño directo o indirecto de la mucosa gástrica, podría favorecer el desarrollo de una neoplasia en esta localización. En este trabajo nos hemos planteado la hipótesis que la frecuencia de Hipertensión Arterial debiese ser mayor en pacientes con Cáncer Gástrico en relación a un grupo control del cual se excluyen obviamente las afecciones cardiovasculares.

Objetivos

- Observar los niveles de presión arterial sistólica y diastólica en casos con Cáncer Gástrico y en un grupo control.
- Observar la frecuencia de consumo de drogas anti-hipertensivas en casos con Cáncer Gástrico y sus respectivos controles.

Materiales y Método

La población a estudiar se obtuvo de los pacientes hospitalizados en el año 1985 en el Hospital José Joaquín Aguirre. Los casos seleccionados tienen comprobación histológica de Cáncer Gástrico y el grupo control lo constituyen pacientes con colecistopatías, pareados por edad y por sexo (edad promedio = 61,7 años. Rango: 26 - 87 años).

Los datos sobre las variables de interés fueron recogidos de las fichas clínicas y anotados en un instrumento de recolección de datos ad-hoc.

Se registraron tanto las presiones sistólica y diastólica al ingreso y durante la hospitalización, caso en el cual se obtuvo un promedio del total de ellas.

El análisis de los datos consistió en establecer la razón de disparidades para las diversas variables mediante el método de Mantel y Haenszel para muestra pareada.

Resultados y Discusión

En las tablas 1, 2, 3 y 4 se muestran los niveles de presión sistólica y diastólica al ingreso y el promedio durante la hospitalización para cada pareja de caso y control, respectivamente. Los hallazgos no apoyan en nuestra hipótesis de una mayor asociación entre Hipertensión Arterial y Cáncer Gástrico e incluso para las presiones sistólica y diastólica al ingreso, los casos presentan una presión arterial menor que los controles de acuerdo a los límites establecidos internacionalmente de 160 y 95 mm. de Hg respectivamente.

Revisando el antecedente de consumo de drogas anti-hipertensivas, los controles registran una mayor proporción de ingesta de este tipo de medicamentos, lo que sería concordante con su mayor nivel de presión arterial.

Es posible que los resultados negativos de este estudio se derivan fundamentalmente de la fuente de información escogida para conocer la presión arterial de casos y controles. Además de la validez discutible de la fuente de información, puede existir una no representatividad de las presiones de estos pacientes debido a las condiciones ambientales propias de la hospitalización, al efecto variado de las diversas terapéuticas y procedimientos a los que se hayan sometido durante su estadía y a los diversos observadores y probables errores en la toma de la presión arterial.

Junto a lo señalado, es factible que el grupo control elegido (colecistópatas) no sea el más adecuado porque puede existir una asociación mayor y que desconocemos entre Hipertensión Arterial y enfermedades vesiculares.

Referencias

1. Joossens, J.V., Geboers, J. Nutrition and gastric cancer. Proc. Nutr. Soc. 1981; 40: 37-46.
2. Martínez, L., Moreno, I., Morales, C. París, S. Cáncer Gástrico y accidentes vasculares cerebrales. VI Jornadas Chilenas de Salud Pública, 1986. Pág. 298-300.
3. Goldbourt, U., Holtzman, E., Yaari, S., Cohen, L., Katz, L., Neufeld, H.; Elevated systolic blood pressure as a predictor of long-term cancer mortality. JNCI. 1986. 77:63-70.

TABLA Nº 1

PRESION SISTOLICA AL INGRESO DE 69 PARES DE CASOS DE CANCER GASTRICO Y CONTROLES RESPECTIVOS

Caso	Control		Total
	≥ 160	< 160	
≥ 160	0	3	3
< 160	9	57	66
Total	9	60	69

R.D. = 0,33

TABLA Nº 2**PRESION SISTOLICA DURANTE LA HOSPITALIZACION DE 69 PARES DE CASOS DE CANCER GASTRICO Y CONTROLES RESPECTIVOS**

Caso	Control		Total
	≥ 160	< 160	
≥ 160	0	1	1
< 160	1	67	68
Total	1	68	69

R.D. = 1

TABLA Nº 3**PRESION DIASTOLICA AL INGRESO DE 69 PARES DE CASOS DE CANCER GASTRICO Y CONTROLES RESPECTIVOS**

Caso	Control		Total
	≥ 95	< 95	
≥ 95	1	3	4
< 95	6	59	65
Total	7	62	69

R.D. = 0,5

TABLA Nº 4**PRESION DIASTOLICA DURANTE LA HOSPITALIZACION DE 69 PARES DE CASOS DE CANCER GASTRICO Y CONTROLES RESPECTIVOS**

Caso	Control		Total
	≥ 95	< 95	
≥ 95	0	2	2
< 95	0	67	67
Total	0	69	69

R.D. = ∞

103. CONCENTRACIONES PLASMATICAS DE SELENIO EN HABITANTES DE ZONAS DE ALTO Y BAJO RIESGO DE CANCER GASTRICO EN CHILE Y ALEMANIA FEDERAL

Drs. Heiner Boing, Luis Martínez O., Ernesto Medina, Rolando Armijo, J. Geboers y E.B. Thorling
(Centro Alemán del Cáncer, Alemania Federal; Escuela de Salud Pública, Facultad de Medicina, Universidad de Chile, División de Epidemiología, Universidad de San Rafael, Lovaina; Instituto de Investigación del Cáncer, Aarhus, Dinamarca)

El selenio es un elemento traza que actúa en el metabolismo de algunas sustancias, como un cofactor de sistemas enzimáticos esenciales en el hombre y otras especies. Específicamente, en la actividad de la enzima glutatión peroxidasa, protegiendo a los tejidos de la actividad mutagénica de diversas sustancias y, además, como selenio sódico tiene una actividad antioxidante, por lo cual protegería de la acción carcinógena de productos altamente reactivos con el ADN (superóxidos-epóxidos) (1).

En las regiones geográficas donde existe un incremento del selenio en las capas vegetales del suelo, se ha observado una menor incidencia de cáncer en general, y del tubo digestivo en particular (2) (3).

En algunos estudios de casos controles se ha encontrado que los casos con cáncer gástrico e intestinal tienen un nivel plasmático de selenio significativamente más bajo que los controles (4) (5) (6).

Para este estudio, se han seleccionado zonas de alto y bajo riesgo para cáncer gástrico en Chile: Santiago y Chillán, y en Alemania Federal: Giessen y Deggendorf; en ellas se estudió a grupos de 19 a 40 personas, básicamente aquellas que concurren a donar sangre, y personal de la salud de ambos sexos entre 40 y 64 años presuntamente sanos.

Se extrajo una muestra de 5 ml, que una vez coagulada se centrifugó para separar el suero. Este último fue depositado en tubos plásticos herméticamente cerrados y mantenido en congelación (-20°C). Cada frasco fue rotulado con los datos personales básicos de cada individuo y remitido al Instituto de Investigación del Cáncer de Aarhus, Dinamarca, donde se determinaron las concentraciones de selenio por el método fluorimétrico.

Los resultados muestran que la concentración de selenio es en general más baja en Alemania Federal que en Chile (Tabla 1). Dentro de Alemania Federal no se observan diferencias consistentes entre zonas de alto y bajo riesgo para cáncer gástrico.

En Chile se detectan concentraciones más bajas para hombres en la zona de alto riesgo (Chillán), no así para las mujeres. Las desviaciones estándar de los valores dentro de cada subgrupo son relativamente pequeñas a pesar de lo reducido del tamaño muestral.

En la Tabla 2 se muestran las tasas de mortalidad por cáncer gástrico en las cuatro zonas seleccionadas.

Discusión

Los datos preliminares no son concluyentes en términos de apoyar la hipótesis de una concentración sérica más baja en aquellos lugares en que se detecta una mortalidad mayor por cáncer gástrico. Debemos tener en cuenta para una adecuada interpretación de la información, que este trabajo y otros de carácter ecológico, sólo intentan relacionar a nivel grupal valores promedio para una variable independiente, en este caso concentración de selenio y un efecto medido también colectivamente: tasa de mortalidad por cáncer gástrico. Es, por lo tanto, imposible con esta metodología observar a nivel individual la relación entre ambas variables.

Es importante considerar, además, el largo período de latencia entre la exposición a un factor de riesgo y la detección de una neoplasia, y es posible que los niveles actuales de selenio no sean precisamente aquellos que en el pasado pudieron contribuir al desarrollo o a la inhibición de un proceso tumoral.

Finalmente, hay que insistir en que tanto la investigación básica experimental como la epidemiológica apuntan hacia una hipótesis multifactorial en la etiopatogenia del cáncer gástrico, y por lo tanto, junto al nivel sérico de selenio, pueden jugar un rol preponderante otras variables tanto de tipo dietético como no dietético, que pueden actuar como iniciadores, promotores o co-factores en el desarrollo de una neoplasia, y cuya consideración a nivel ecológico o individual ayudan a una correcta interpretación de la acción de un factor determinado.

Referencias

1. Shemberger, R.J., Frost D.V.: Possible protective effect of selenium against human cancer. *Can. Med. Assoc. J.* 100: 682-685; 1969.
2. Griffin. A.C.: Role of selenium in the chemoprevention of cancer. *Adv. cancer. Res.* 29: 419-422; 1977.
3. Schrauzer, G.M.: Trace elements nutrition and cancer; perspectives of prevention. *Adv. Exp. Med. Biol.* 91: 323-344; 1977.
4. Willet, W., Polk B. F., Morris, J.S. et al: Prediagnostic serum selenium and risk of cancer. *Lancet* 11 (Julio 16): 130-133; 1983.
5. Salonen, J.T., Alfthan, G., Huttunen, J.K. et al: Association between serum selenium and the risk of cancer. *Am J. Epidem.* 120: 342-349; 1985.
6. Salonen, J.T., Salonen, R., Lappetelamin, R. et al: Risk of cancer in relation to serum concentration of selenium and vitamin A and E: matched casecontrol analysis of prospective data *Br. Med. J.* 290: 417-420; 1985.

TABLA Nº 1

CONCENTRACION PLASMATICA DE SELENIO (mgr/1) EN ZONAS DE ALTO Y BAJO RIESGO PARA CANCER GASTRICO. CHILE Y ALEMANIA FEDERAL

	Zonas de Alto Riesgo		Zonas de Bajo Riesgo	
	Chillán (n = 17)	Deggendorf (n = 13)	Santiago (n = 19)	Giessen (n = 9)
Hombres	86,2 ± 9,4 (n = 17)	71,1 ± 9,3 (n = 27)	101,5 ± 9,3 (n = 20)	68,8 ± 6,9 (n = 10)
Mujeres	82,5 ± 10,2	68,8 ± 10,2	87,5 ± 10,7	67,4 ± 12,0

TABLA Nº 2

TASAS DE MORTALIDAD POR CANCER GASTRICO EN ZONAS DE ALTO Y BAJO RIESGO EN CHILE Y ALEMANIA FEDERAL

Alto Riesgo	Tasa por 100.000 habitantes	
	Hombres	Mujeres
Deggendorf (1976-80)	36,4	22,3
Chillán (1981-83)	32,1	
Bajo Riesgo		
Gressen (1976-80)	19,2	9,0
Santiago (1981-83)	14,9	

104. TENDENCIAS DEL CANCER BILIAR EN CHILE

Drs. Iván Serra, Allan Sharp, Mauricio Maturana, Alfonso Calvo e Ignacio Goñi
(Escuela de Salud Pública, Universidad de Chile; Servicios de Urgencia y Cirugía, Hospital Sótero del Río y Servicio de Cirugía, Hospital de San Felipe).

El cáncer de vesícula biliar y vía biliar extrahepática ha estado aumentando en Chile en forma constante y marcada en los últimos 17 años, sin causas aparentes. Este fenómeno observado, a pesar de su gran magnitud o quizás por ella, había sido mal interpretado por considerarlo no verdadero. Algunos pensaron en error diagnóstico o en problemas de nomenclatura. Otros lo creen verdadero, pero derivado del envejecimiento de la población.

Los autores han publicado algunos estudios epidemiológicos y clínicos desde 1986 insistiendo en que el incremento es real. Además, han avanzado algunas hipótesis causales del aumento observado. Este trabajo pretende completar aspectos epidemiológicos descriptivos de este cáncer y presentar sus tendencias globales en el período 1970-1986, particularmente la influencia del envejecimiento poblacional.

Material y Método

Ante la falta de registros de cáncer en nuestro país, se han utilizado las estadísticas oficiales de mortalidad de los anuarios del SNS, Ministerio de Salud e INE. La base poblacional para las tasas es también del INE y basada en los censos de 1970 y 1982. Se han elaborado trabajos computacionales especiales para información sobre agrupaciones provinciales y los datos de 1986. Para el estudio de la influencia del envejecimiento de la población, se ha decidido el uso de tasas ajustadas (según población chilena de 65 años y más y según población mundial 1970) además de tasas truncadas (35-64 años) para todo el período.

Resultados

Situación global. La tasa de mortalidad por cáncer biliar (código 156) ha aumentado desde 3,7 en 1970 hasta 9,6 por 100.000 en 1986, mostrando una tendencia constante al incremento, algo más marcada a partir de 1978.

Edad. El riesgo por grupos de edad muestra un aumento para todos, pero proporcionalmente mayor para adultos jóvenes (15-44 años) en los que ha subido, como tasa, de 0,3 a 1,0, mientras que en adultos mayores (45-64 años) lo ha hecho desde 12,2 hasta 23,3 y en ancianos, donde muestra obviamente el máximo nivel, asciende desde 40,6 hasta 97,4 por 100.000. Los aumentos son de 3,3, 1,9 y 2,4 veces entre 1970 y 1985 para los tres grupos respectivamente.

La estructura etaria muestra en 1985 un 60% en adultos jóvenes, un 36% en adultos mayores y el restante 58% en ancianos. Estas proporciones son constantes en todo el período. El promedio de edad para 1986, considerando el total de 1.178 fallecidos, fue de 66,4 años con una desviación standard de 12,2. Esto contrasta con la edad promedio en casuísticas quirúrgicas que es de 61-63 años (al diagnóstico).

Sexo. Se aprecia la clásica preponderancia femenina, en proporción de 3:1. El aumento es parejo o similar para ambos sexos en los quinquenios 1970-1975 y 1975-1980, pero aumenta en forma marcada para las mujeres en el último quinquenio 1980-1985. En los hombres se mantiene la misma tendencia al ascenso de los dos períodos anteriores.

Variaciones regionales. Se ha estimado que el cáncer biliar en Chile, a diferencia del gástrico, no tiene una distribución regional característica. Sin embargo, el estudio actual de las tendencias regionales entre 1970 y 1985 permite afirmar que se ha ido produciendo un claro predominio de mortalidad en las provincias del Sur, excluyendo Chiloé y Aysén. Estas últimas, aunque aumentan sus tasas, pierden importancia relativa y se ubican como de menor riesgo.

En realidad, todas las agrupaciones provinciales muestran aumento progresivo del riesgo de muerte por cáncer biliar. Este incremento es moderado en las grandes concentraciones urbanas de Santiago y Valparaíso, pero muy importante en el Sur (Malleco, Osorno, Magallanes, Cautín, Bío-Bío) y en Aconcagua, señalando a estas zonas como las de mayor riesgo en la actualidad. La provincia de Valdivia siempre mantiene una muy alta tasa de mortalidad.

Envejecimiento de la población. Usando las metodologías ya señaladas, se puede estimar que una proporción pequeña del incremento de la mortalidad por cáncer biliar en Chile entre 1970 y 1985 (150% según tasas brutas) se debe a envejecimiento de la población. Esa proporción iría desde el 16%, al ajustar las tasas por edad según población de 65 años y más, hasta un 29% al usar tasas truncadas brutas en forma constante en todo el período. Si se emplea el ajuste por edad según población mundial 1970, se puede atribuir el aumento observado del cáncer biliar en sólo el 19% al envejecimiento poblacional.

Conclusiones

1. El aumento extraordinario del cáncer biliar en Chile lo ubica como tercera causa de muerte oncológica para ambos sexos en conjunto, y desde 1985 como la primera en la mujer.
2. Su aumento entre 1970 y 1985 es en ambos sexos, con mayor énfasis en el femenino a partir de 1980.
3. Su incremento, aunque se observa en todos los grupos de edades, es proporcionalmente mayor en los más jóvenes.
4. En Chile es un cáncer del adulto mayor y no del anciano, ya que se diagnostica a los 61-63 años y cerca de la mitad de las muertes se produce antes de los 65-66 años.
5. El estudio de la distribución regional de este cáncer en Chile, muestra una clara preponderancia en las provincias del Sur, con exclusión de Chiloé y Aysén, además de Aconcagua.
6. El envejecimiento de la población ha sido uno de los factores que ha influido en el incremento del cáncer biliar en Chile observado en los tres últimos quinquenios, pero su importancia es pequeña. Menos de una cuarta parte del aumento puede ser atribuida a esta causa.

105. ESTUDIO EPIDEMIOLOGICO DE LA MORTALIDAD POR CANCER Y OTRAS PATOLOGIAS DE LA VESICULA Y VIAS BILIARES EXTRAHEPATICAS

Dra. Aída Kirschbaum y Srs. Germán Gutiérrez y Sylvia Benedetto
(Escuela de Salud Pública, Facultad de Medicina, Universidad de Chile)

El 9º grupo de la C.I.E. corresponde a las enfermedades digestivas, siendo la sexta causa de muerte en nuestro país; destacan en este grupo Cirrosis, Colelitiasis y Úlcera Gastro-duodenal. Por otra parte, también los cánceres de Vesícula y Vías Biliares Extrahepáticas han aumentado su tasa de mortalidad en 870/o, ocupando el tercer lugar entre los cánceres cuyas tasas de mortalidad aumentan en el período 1945-1981; el primero en este sentido es el cáncer de Tráquea, Bronquios y Pulmones, con un 4510/o de aumento; el segundo es el cáncer de Hígado y Vías Biliares Intrahepáticas, con 1000/o de aumento y el tercero es el de Vesícula y Vías Biliares Extrahepáticas, con el 870/o de aumento; estos antecedentes nos han inducido a nuestro estudio epidemiológico.

Objetivos

1. Determinar la mortalidad por cáncer de Vesícula y Vías Biliares Extrahepáticas en Chile, en el año 1983, según sexo y grupos de edad.
2. Determinar la mortalidad por otras patologías de la Vesícula y Vías Biliares Extrahepáticas en Chile, en 1983, según sexo, grupos de edad y causas específicas de mortalidad.

Material y Métodos

Se revisó el universo de certificados de defunción del país, año 1983, extrayendo todos los diagnósticos que corresponden a nuestros objetivos, vaciando los datos en un formulario ad-hoc y se procedió a la tabulación manual de la información. La unidad de análisis fue el certificado de defunción de cada persona fallecida, con los diagnósticos referidos N°s 574 a 576 y 156 de la C.I.E. 9a. revisión.

Este estudio corresponde a la prevalencia de estas patologías entre las defunciones de 1983 en todo el país.

Análisis de los Resultados

El cáncer de Vesícula y Vías Biliares Extrahepáticas presenta una tasa global de 8,1 por 100.000 habitantes, que representa el 7,90/o del total de muertes por esta causa, mostrando un fuerte predominio del sexo femenino, con 760/o del total de muertes por este tipo de cáncer, 3,2 mujeres por hombre, con una tasa de 12, que es el triple de la tasa masculina.

El análisis por edad muestra una fuerte tendencia a aumentar con la edad, observándose el 940/o de las defunciones desde los 45 años de edad y el 600/o entre los 25 y 44 años.

Cruzando la información por edad y sexo, los porcentajes para cada grupo de edad son similares, pero el riesgo para el sexo femenino es considerablemente mayor, siendo el triple para el grupo de 45 a 64 años y bajando cerca del doble en grupos de mayor edad (Tabla 1).

Análisis de los Resultados para otras Patologías

Para otros trastornos de Vesícula y Vías Biliares Extrahepáticas, la tasa global es de 5,1 por 100.000 habitantes, con un riesgo mayor para el sexo femenino de 1,6 veces.

El análisis por grupos de edad muestra una tendencia al aumento desde los 25 años; 920/o de estas patologías fallece desde los 45 años y un 710/o después de los 65 años; el riesgo para los grupos de 65 a 74 y de 75 y más es 8,6 veces mayor que el para grupos de 45 a 64, el cual presenta una tasa de 7,6 por 100.000.

El análisis por sexo y grupos de edad permite establecer que el riesgo es mayor para el sexo femenino a toda edad, y que las defunciones de este sexo ocurren en edades más tempranas.

En el análisis de las causas específicas, se observa que la Colelitiasis representa un 400/o de las defunciones de este grupo de patologías, con una tasa de 2,1; Otros Trastornos de la Ve-

sícula Biliar alcanzan un 240/o con una tasa de 1,2 y Otros Trastornos de las Vías Biliares, el 360/o con una tasa 1,8, lo que evidencia un riesgo mayor para Colelitiasis, seguido por Otros Trastornos de la Vía Biliar y, por último, Otros Trastornos de la Vesícula Biliar.

El análisis por causa específica y sexo permite observar que el sexo femenino presenta tasas más altas en todos los diagnósticos del grupo, con un riesgo relativamente mayor para la Colelitiasis igual 1,8.

El análisis por grupo de edad, permite observar defunciones por estas causas desde la niñez, que aumentan con la edad, alcanzando su máximo en la senescencia.

Conclusiones

- La mortalidad por cáncer de Vesícula y Vías Biliares Extrahepáticas, aumenta con la edad, siendo mayor en mujeres a toda edad.
- La mortalidad por otras patologías de Vesícula y Vías Biliares Extrahepáticas aumenta con la edad, siendo el riesgo mayor para el sexo femenino y apareciendo muertes a temprana edad.
- En el análisis de las causas específicas, la Colelitiasis como causa de muerte, representa 2/3 de las muertes de las mujeres en este grupo de causas, y 400/o de las muertes por patología vesicular (excluido cáncer).

TABLA Nº 1

**DEFUNCIONES POR CANCER DE VESICULA Y VIAS BILIARES EXTRAHEPATICAS
SEGUN SEXO Y GRUPOS DE EDAD. TASAS POR 100.000 HABITANTES**

Grupo de edad	Masculino			Femenino			Total		
	Nº	o/o	Tasa	Nº	o/o	Tasa	Nº	o/o	Tasa
0 - 14	—	—	—	1	0,1	0,05	1	0,1	0,02
15 - 24	—	—	—	—	—	—	—	—	—
25 - 44	13	5,7	0,8	39	5,5	2,4	52	5,5	1,6
45 - 64	75	32,6	9,3	271	37,6	30,9	346	36,4	20,6
65 - 74	110	47,8	57,9	318	44,2	130,8	428	45,0	98,8
75 y más	32	13,9	37,8	91	12,6	92,0	123	13,0	55,5
Total	230	100,0	4,0	720	100,0	12,2	950	100,0	8,1

106. RESULTADO ALEJADO DEL TRATAMIENTO DEL CANCER PAPILAR DEL TIROIDES

Drs. Miguel Domínguez, Enrique López, José Torres, Roberto Volpato, Julián Mascaró, Virginia Martínez, Mario Polanco, Gilberto Pérez, Soledad Galarza, Valeska Philippi, Eric Power y Teresa Sir
(Hospital San Juan de Dios, Santiago)

El cáncer papilar del tiroides es el tumor maligno que se presenta con mayor frecuencia en esta glándula y en nuestra casuística representa alrededor del 59% de los casos de cáncer de tiroides diagnosticados. Desde el punto de vista histológico se caracteriza por presentar estructuras papilares en su espesor, las que pueden estar circunscritas a la glándula (variedad intratiroidéa) o invadir estructuras vecinas (variedad extratiroidéa). Si el tumor dentro de la glándula no sobrepasa en su diámetro mayor a 1 cm. recibe la denominación de CP oculto o microcarcinoma.

El propósito del presente trabajo es analizar los resultados del tratamiento de cáncer papilar del tiroides determinando la letalidad y recurrencia de este tipo de tumor.

En el Hospital San Juan de Dios de Santiago, se han diagnosticado 243 casos de CPT entre los años 1946 y 1986. De este número de pacientes sólo alcanzaron a recibir tratamiento 239, ya que 1 falleció en la operación y a 3 sólo se les practicó una biopsia del tiroides, sin completarse el tratamiento quirúrgico.

De los 239 pacientes, sólo un paciente se encuentra perdido de control, lo que constituye un seguimiento de un 99,6%, con un tiempo de observación promedio de 11 años, con un mínimo de 1 año y un máximo de 40 años. Doscientos siete pacientes son de sexo femenino (86,6%) y 32 (13,4%) son de sexo masculino. Tenían menos de 40 años al momento del diagnóstico 118 pacientes (49,4%), mientras que 121 (50,6%) eran mayores de 40 años. El promedio de edad al diagnóstico fue de 41,6 años, con una edad mínima de 6 años y una máxima de 78 años.

Según la clasificación histológica de Woolner y cols, existen 38 cánceres papilares ocultos (15,9%), 129 intratiroides (54%) y 72 extratiroides (30,1%); de todo el universo estudiado, 133 pacientes se presentaron como un Bocio Uninodular (55,6%) y 106 como un Bocio Multinodular (44,4%). Ciento cuarenta y un pacientes no presentaron Linfonodos positivos en la región cervical al inicio (59%), mientras que 98 pacientes sí los tenían (41%). Sólo 6 pacientes presentaron metástasis a distancia al momento del diagnóstico (2,5%).

El tipo de operación practicado incluye: 47 Lobectomías (19,7%), 139 Tiroidectomías Sub-totales (58,2%) y 53 Tiroidectomías Totales (22,2%). Se practicó Disección Cervical en 92 pacientes (38,5%), correspondiendo a 34 pacientes una Disección Cervical modificada (14,2%); 57 con Disección Cervical Radical (23,8%) y 1 Bilateral (0,4%).

En las complicaciones de la cirugía, se describe 13 pacientes con Hipoparatiroidismo (5,4%), y 9 pacientes con Lesión de Nervio Recurrente (3,8%).

Se usó Yodo Radioactivo Terapéutico en 121 pacientes (50,6%), 101 pacientes no lo recibieron (42,3%) y 17 lo recibieron en forma diferida (7,1%), por diferentes razones que no es del caso enumerar. El promedio de dosis de Radioyodo administrado fue de 1,4 dosis por paciente, con una dosis total promedio de 101 mCi.

Se efectuó cálculo de la sobrevida de los pacientes según el procedimiento de Tablas de Vida y se obtuvo el resultado que se observa en la Tabla 1.

La recurrencia del tumor de los pacientes operados fue de un 8,3% en el período de observación completo.

Conclusiones

La letalidad por CPT fue de un 7,50% en los 40 años de observación.

Los pacientes con edad mayor de 40 años a la fecha del diagnóstico fallecen en un 13,20%, proporción que es superior a aquellos que tenían menos de 40 años al diagnóstico. Igualmente, los pacientes con CP extratiroideo fallecen en mayor porcentaje que los portadores de un CP intratiroideo, mientras que la letalidad es semejante entre aquellos que tenían Linfonodos al inicio o no los poseían, y entre los que recibieron Yodo Radioactivo terapéutico o no lo recibieron.



TABLA Nº 1

**SOBREVIDA DE LOS PACIENTES A LOS 5, 10, 15 Y 20 AÑOS DE OBSERVACION
SEGUN ALGUNAS CARACTERISTICAS SELECCIONADAS**

Años	Grupo Total	Grupos de Edad		Sub Grupo Histológico		Uso de I ¹³¹		Linfonodos al Inicio	
		< 40 a.	> 40 a.	Oculto	Intrat.	Extrat.	No	Si	Difer.
5	98,20/o (186)	99,00/o (92)	97,40/o (94)	1000/o (30)	1000/o (102)	95,50/o (54)	96,40/o (73)	99,30/o (112)	1000/o (16)
10	96,10/o (119)	99,00/o (63)	93,00/o* (56)	1000/o (16)	97,60/o (70)	91,30/o* (33)	92,90/o (50)	98,20/o (79)	97,50/o* (55)
15	92,10/o (74)	99,00/o (43)	84,50/o (31)	1000/o (8)	96,10/o (43)	81,10/o (23)	88,60/o (31)	92,90/o (46)	91,30/o (10)
20	81,30/o (39)	95,70/o (26)	64,50/o (13)	1000/o (4)	89,60/o (24)	61,30/o (11)	79,90/o (22)	84,20/o (22)	81,70/o (5)

() = No de pacientes observados

* p > 0,05
 ** p < 0,05
 *** p < 0,01
 **** p < 0,001

*

*

*

*

TABLA No 2

RECURRENCIA DE LOS PACIENTES A LOS 5, 10, 15, 20 Y 25 AÑOS DE OBSERVACION
SEGUN ALGUNAS CARACTERISTICAS SELECCIONADAS

Años Seguimiento	Total	Oculto	Intra	Extra	Edad (Años)		Linfonodos		Uso I ¹³¹		Dife- rido
					< 40	≥ 40	Sí	No	Sí		
5 \bar{a}	1,40/o (186)	00/o (30)	0,90/o (102)	3,20/o (54)	2,10/o (92)	0,90/o (94)	2,50/o (74)	0,80/o (112)	2,50/o (73)	00/o (97)	00/o (16)
10 \bar{a}	4,30/o (119)	00/o (16)	2,20/o (70)	10,50/o (33)	3,50/o (63)	5,30/o (56)	8,30/o (40)	2,00/o (79)	2,50/o (50)	5,90/o (55)	5,80/o (14)
15 \bar{a}	8,10/o (74)	00/o (8)	6,60/o (43)	14,20/o (23)	6,80/o (43)	9,80/o (31)	10,60/o (28)	6,60/o (46)	4,60/o (32)	5,90/o (32)	26,30/o (10)
20 \bar{a}	13,20/o (39)	00/o (4)	12,70/o (24)	18,40/o (11)	6,80/o (26)	22,50/o (13)	14,00/o (17)	13,30/o (22)	4,60/o (22)	15,60/o (12)	26,30/o (5)
25 \bar{a}	22,00/o (20)	00/o (1)	21,40/o (14)	32,00/o (5)	11,20/o (14)	38,00/o (6)	26,20/o (11)	18,40/o (9)	10,40/o (12)	26,90/o (5)	50,90/o (4)

107. ESTADIO CLINICO PREVIO AL TRATAMIENTO EN PACIENTES CON CANCER DE CUELLO UTERINO

Drs. Manuel Yáñez, Cecilia Sepúlveda y Sr. Jaime Catalán
(Facultad de Medicina, Universidad de Chile y Programa de Cáncer, Ministerio de Salud)

El cáncer de cuello uterino, un importante problema de salud pública, principalmente en países subdesarrollados. En Chile constituye la segunda causa de mortalidad por neoplasias femeninas, ocurriendo 678 muertes en 1983. A pesar de existir un programa de control, éste no ha determinado un impacto importante sobre la mortalidad. Se sabe que el grado de invasión tumoral al momento del diagnóstico, está directamente relacionado con el riesgo de morir; en Chile, al no disponer de un registro de tumores organizado, se desconoce este parámetro y sólo se sospecha por apreciaciones subjetivas.

En nuestro trabajo tratamos de mostrar en un grupo de pacientes portadores de un cáncer invasor de diagnóstico reciente, cuál es el grado de invasión que decidió su tratamiento, además de describir algunas características en relación a edad, existencia de PAP previo, tipo y tiempo de síntomas, y métodos de evaluación.

Se revisaron 294 registros clínicos de pacientes cuyo diagnóstico histológico fue realizado entre el 1 de Enero de 1985 y el 30 de Junio de 1986, consultantes a los servicios del Hospital Salvador y Fundación Arturo López Pérez (94 pacientes, 32%), Hospital San José y Caupolicán Pardo (177 pacientes, 60%), y Hospital Clínico Universidad de Chile (24 pacientes, 8,2%).

El promedio de edad fue 58 con rango entre 20 y 60 años. El 64% mayor de 45 y un 50% menor de 30. El promedio de paridad fue 8, con un rango entre 0 y 14. En el 67% el síntoma principal fue metrorragia; en un 19%, flujo; sólo un 18% consultó por PAP alterado.

En 99 casos 19,7% se consigna toma de PAP previo diagnóstico; en ellas, en el 58% se realizó 3 meses previo diagnóstico; en un 14%, más de un año. Cuando se registró resultado (99 pacientes), en el 12% fue cáncer invasor.

En relación a histología, el diagnóstico más frecuente fue apidermoide.

De los exámenes de evaluación, en el 96,2% se realizó rectoscopia (alterada en 5 casos), cistoscopia, en el 80,3% (alterada en el 3,7%), Pielografía en el 85,4% (alterada en el 8,8%), y Rx de Tórax en el 95,6% (alterada en 3 casos). No se dispuso de información en relación a colposcopia.

El grado de invasión concluido se muestra en la Tabla 1 relacionado con edad. Debe destacarse que en el 22,4% de los pacientes calificados como E₂ y E₃ no se realizó cistoscopia, y en el 23% de los E₂ no se realizó pielografía.

Asociando la presencia de PAP previo con el estadio (Tabla 2), se confirma su importancia en la detección de estadios menores.

De lo presentado, destaca la alta proporción de estadios avanzados, los que se presentan en mayor frecuencia en grupos de mayor edad, concordando con otras publicaciones nacionales. Es importante subrayar que debe mejorarse la implementación de técnicas para evaluación, lo que se traducirá en una mejor determinación del tratamiento.

Debemos insistir en la reorganización de un programa de diagnóstico precoz y la necesidad de mayores estudios que nos corroboren lo presentado.

TABLA Nº 1

GRADO DE INVASION SEGUN EDAD

Estadio	Edad (Años)				Total
	15-30	30-45	45-60	> 60	
E ₁	12	48	34	16	111 (37,80/o)
E ₂	1	20	42	20	83 (28,30/o)
E ₃	3	18	37	24	82 (27,90/o)
E ₄	0	3	8	7	18 (6,10/o)
Total	17 (5,80/o)	89 (30,30/o)	121 (41,20/o)	67 (22,80/o)	294

TABLA Nº 2

GRADO DE INVASION Y PAP ANTERIOR

Estadio	PAP Anterior	
	No	Sí
E ₁	35	65
E ₂	62	15
E ₃	59	16
E ₄	15	3
Total	171	99

108. ESTADIO CLINICO PREVIO AL TRATAMIENTO EN PACIENTES CON CANCER DE MAMA

Drs. Manuel Yáñez, Cecilia Sepúlveda y Sr. Jaime Catalán
(Facultad de Medicina, Universidad de Chile y Programa de Cáncer, Ministerio de Salud)

El cáncer de mama constituye en Chile la tercera causa de mortalidad por neoplasia en mujeres. Conociendo su historia natural, se han usado métodos de diagnóstico precoz que, aplicados masivamente, producen una significativa reducción en la mortalidad (hasta 300/o).

En Chile no se dispone de un programa de control, e incluso se desconoce cuán tardío o precoz se realiza el diagnóstico, principalmente debido a la falta de un registro de tumores organizado.

A través de una revisión de registros clínicos de pacientes con cáncer de mama de diagnóstico reciente, realizamos un estudio descriptivo que presenta el estadio de evolución previo a iniciar tratamiento, y relacionarlo con algunos factores como edad y tiempo de evolución de síntomas.

Se lograron reunir 290 casos evaluables entre registros de pacientes de los Hospitales San José y Caupolicán Pardo, Salvador y Fundación A. López Pérez, y Hospital Clínico de la Universidad de Chile, cuyo diagnóstico histológico fue realizado entre el 1º de Enero de 1985 y el 30 de Junio de 1986. A través de una pauta codificada se recogió información del tipo y tiempo de síntomas, histología y localización, estadio y métodos de evaluación. La información fue procesada por computadora.

El promedio de edad fue 53 años (rango entre 27 y 86), el 720/o sobre 45. El promedio de gestaciones, 9 (rango entre 0 y 25), (160/o de nuligestas). El síntoma clave fue aparición de tumor en el 71,70/o y asociado a dolor en el 120/o, en el resto destacan flujo, ulceración, inflamación sólo a asociados. En el 910/o el cáncer se detectó por autoexamen, sólo en 20 pacientes (70/o) por profesional de la salud. La localización predominó ligeramente a izquierda (52,30/o), y en cuadrante superior externo (43,80/o), en el 14,10/o se comprometía más de un cuadrante. La histología predominante fue Ductal infiltrante NOS (730/o).

Los hallazgos según estadio clínico se presentan en Tabla 1. Destacamos que el 20,40/o consulta ya con T₄, en los cuales un 150/o ya notaba edema, ulceración o nódulos satélites. En el 9,30/o existía metástasis comprobada.

En relación a métodos de evaluación, el 950/o tenía radiografía de tórax (alterada en 3,10/o), cintigrama óseo en el 520/o (alterada en 8,50/o) y cintigrama hepatoesplénico en el 390/o (positivo en el 7,10/o). Debe mencionarse que el 43,70/o de los calificados E₃ tenía cintigrama ósea y sólo el 46,60/o de los E₂. En relación a cintigrama hepático, el 650/o de los E₂ y el 560/o de los E₃ no existía.

La distribución del estadio en términos del período de síntomas se muestra en la Tabla 2.

Lo presentado notamos que se corrobora con lo presentado en otras publicaciones en relación a la edad de presentación, tipo histológico, localización y no aparición del factor de riesgo nuliparidad.

Destaca la alta proporción de aparición de cáncer avanzado (25,50/o en E₄), incluso en menores de 45 años (24,70/o de ellas). Hay una alta proporción que consulta por síntomas de más de un año (300/o), entre las que más de la mitad tiene estadio avanzado.

Debemos insistir en realizar una mayor promoción en campañas de educación para consulta precoz, habilitación de buenas técnicas de evaluación y mayores estudios para corroborar nuestras observaciones.

TABLA Nº 1

ESTADIO Y EDAD

ESTADIO	E D A D				Total
	15-30	30-45	45-60	> 60	
E ₁	0	11	12	8	31 (10,70/o)
E ₂	2	29	49	41	121 (41,70/o)
E ₃	0	18	34	12	64 (22,10/o)
E ₄	2	18	29	25	74 (22,50/o)
Total	4 (1,40/o)	76 (26,20/o)	124 (42,80/o)	86 (29,70/o)	290

TABLA Nº 2

ESTADIO Y DURACION DE SINTOMAS

ESTADIO	MESES DE SINTOMA				Total
	- 6	6-12	12-24	> 24	
E ₁	23	4	2	2	31
E ₂	79	12	15	15	121
E ₃	30	19	8	7	64
E ₄	30	16	16	12	74
Total	162 (55,90/o)	51 (17,60/o)	37 (13,30/o)	36 (12,40/o)	

109. ABANDONO DEL TRATAMIENTO DE HIPERTENSION EN VALDIVIA

Francisco Marín y Dra. Jana Arriagada
(Instituto de Salud Pública, Universidad Austral de Chile y DAP Servicio de Salud de Valdivia)

Dada la importancia creciente de las enfermedades crónicas, y sobre la base de un trabajo desarrollado en 1986, se determinó la necesidad de profundizar en el conocimiento de algunos aspectos del Subprograma de Hipertensión en la ciudad de Valdivia.

En este informe se presentan los resultados correspondientes a los objetivos:

1. Determinar la adhesividad al Subprograma.
2. Caracterizar a los pacientes que abandonaron el tratamiento, en comparación con aquellos que asisten regularmente.

Material y Método

La población en estudio estuvo constituida por todos los pacientes hipertensos que se atendieron en alguno de los tres consultorios externos de la ciudad de Valdivia, y que a Junio de 1986 tenían a lo menos un mes de seguimiento. Con el fin de apreciar en mejor forma las características de quienes abandonaron el tratamiento (grupo de interés), se eligió como grupo de referencia el constituido por quienes estaban asistentes a la fecha de cierre del estudio.

La información se obtuvo de las fichas estándar para el manejo del Subprograma, existentes en los Consultorios. Las definiciones utilizadas fueron las señaladas por el Ministerio de Salud.

Las tabulaciones generales se hicieron con la ayuda del paquete computacional SPSS, y las tablas de prosecución constituidas con el fin de estudiar la adhesividad al Subprograma, se construyeron utilizando el programa 1L del BMPD Statistical Software.

Resultados

El tamaño de la población estudiada fue de 542 hipertensos, de los cuales la mitad estuvo entre 0 y 14 meses en tratamiento, siendo el tiempo promedio de 16 meses (D.E. = 13 meses).

Al último control había 369 pacientes (68,1%) asistiendo regularmente, 78 habían abandonado el tratamiento (14,4%) y 83 estaban inasistentes (15,3%). El resto correspondía a fallecimientos, altas o traslados.

Entre los pacientes que abandonaron el tratamiento, la mayoría era de sexo femenino (66,7%), al igual que en los asistentes a la fecha de cierre del seguimiento (67,5%); sin embargo, mientras en los primeros la edad mediana era de 58,2 años (D.E. = 11,3 años), en los segundos dicho indicador alcanzó un valor de 61,5 años (D.E. = 10,5 años).

En cuanto a escolaridad, el grupo de interés presentó un 5,1% de analfabetos, con una escolaridad mediana de 6,3 años de estudio (D.E. = 5,2 años), en cambio, en el grupo de referencia, el porcentaje de analfabetos fue 15,7, con una mediana de años de estudio igual a 4,2 (D.E. = 4,0 años).

En el grupo de interés, un 61,8% se dedicaba a su casa, en cambio en el otro grupo sólo lo hacía la mitad. Claramente en esta actividad había mayoría de mujeres. Mientras en el primer grupo había un 8,8% de jubilados, en el otro grupo el porcentaje casi se triplicó (24,5%), predominando los hombres en ambos casos. Una situación inversa ocurría con los desocupados, que constituían el 2,6% de los asistentes y el 7,4% de quienes abandonaron el tratamiento.

A partir de 1984 ingresó al Subprograma el 54,6% del grupo en estudio, en cambio lo hizo el 85,3% de los asistentes. Entre los primeros, el 80,8% tuvo su diagnóstico entre 1980-1985, no habiendo casos diagnosticados en 1986, pero en el otro grupo el 73,9% tuvo este antecedente entre 1980-1986. Además, el tiempo mediano de seguimiento en ambos grupos fue de alrededor de 13 meses.

Los pacientes en estudio tuvieron un promedio de controles por enfermera, inferior en 3 a los recibidos por el grupo de referencia. Mientras en el primer grupo el máximo de controles fue de 30, en el segundo alcanzaron a 59.

En relación a la sintomatología, se encontró que en ambos grupos había aproximadamente un tercio de asintomáticos al inicio del tratamiento, pero al último control, el grupo de los que abandonaron había logrado tal estado en el 53,80/o de los casos, a diferencia del otro grupo, en el cual la situación había permanecido casi invariable.

El grupo de interés presentaba 39,70/o de integrantes con antecedentes familiares de hipertensión, en cambio en el grupo de referencia, esto ocurrió en el 30,70/o de los casos. Dichos antecedentes se referían especialmente a familiares de sexo femenino, siendo más frecuentes los padres e hijos en el primer grupo, y los tíos y hermanos en el segundo.

El porcentaje de hipertensos con patologías agregadas fue cercano al 280/o en ambos grupos. Sin embargo, la obesidad y las cardiopatías fueron más frecuentes en quienes abandonaron el tratamiento y la diabetes fue predominante en el otro grupo.

En ambos grupos se produjo un aumento en el porcentaje de pacientes con sobrepeso entre el primer y último control, pero la variación de dicho porcentaje fue 2,5 veces mayor en el grupo de interés.

Alrededor del 370/o de hipertensos de cada grupo logró el estado de normotenso, cifra que aumentó al 65,80/o de quienes abandonaron, si se considera a todos los que lograron "alguna mejoría"; en cambio, en el otro grupo, esto ocurrió en el 54,80/o de los casos. Es importante consignar que en el grupo de interés, más de la mitad de los pacientes (51,90/o) ingresaron en niveles de hipertensión moderado o severo, en cambio esto ocurrió sólo en un tercio de los asistentes.

Al último control, el grupo que abandonó tenía un porcentaje de severos 7 veces superior al que correspondía a los asistentes.

Un resumen de los resultados de la prosecución se presenta en las Tablas 1 y 2. En la primera se presentan algunas de las tasas acumuladas de abandono. En la segunda, se presenta un enfoque de riesgo basado en la prosecución.

De estos últimos datos se puede concluir que el mayor riesgo de abandono de tratamiento lo tienen los hipertensos: de menor edad, con más escolaridad, dueñas de casa y obreros, sin patologías asociadas, con antecedentes familiares directos de hipertensión y con hipertensión moderada y severa y sobrepeso.

TABLA Nº 1

TASA ACUMULADA DE ABANDONO DEL TRATAMIENTO DE HIPERTENSION
SEGUN PERIODO PARA GRUPOS SELECCIONADOS

Periodo (meses)	Tasa Acumulada de Abandono (‰) al Comienzo del Período							
	Población total	Población femenina	< 50 años	Población con escolar- idad	Dueñas de casa	Sin patol. asociada	Hipertensión severa al inicio	Sobrepeso al inicio
0 - 6	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
7 - 12	5,3	4,0	7,5	4,4	4,2	5,7	13,7	8,3
13 - 18	8,7	8,5	14,4	7,5	9,5	9,2	17,9	19,1
19 - 24	13,4	13,1	18,6	12,7	15,4	14,0	23,5	19,1
25 - 30	17,6	18,4	25,7	18,2	19,7	16,8	39,2	19,1
31 - 36	25,0	26,9	25,7	24,6	27,0	25,9	50,3	46,1
37 - 42	30,7	30,3	31,7	29,2	29,1	34,8	58,5	46,1
43 - 48	37,4	38,8	49,9	33,9	40,3	43,1	58,5	46,1
49 y más	37,4	38,8	49,9	33,9	40,3	43,1	58,5	46,1

TABLA Nº 2

**RIESGO RELATIVO DE ABANDONO DEL TRATAMIENTO
PARA AÑOS SELECCIONADOS SEGUN DIVERSAS CARACTERISTICAS**

Características	Riesgo Relativo de Abandono para los Años Indicados			
	1	2	3	4
Hombres - Mujeres	1,1	0,9	1,0	0,9
< 50 años - > 64 años	2,7	1,7	1,2	1,8
Con escolaridad - Sin escolaridad	1,2	2,9	4,6	5,4
Dueñas de casa - Jubilados	2,8	2,3	1,7	2,4
Obreros - Jubilados	2,8	1,8	2,2	2,2
Sin patologías asociadas - Con patologías asociadas	1,2	0,9	1,5	1,6
Con antecedentes familiares de HTA - Sin antecedentes familiares de HTA	1,3	1,1	1,3	1,4
HTA severa al inicio - HTA leve al inicio	3,1	3,2	2,5	1,7
HTA severa último control - HTA leve último control	2,5	1,4	2,4	2,0
Sobrepeso al inicio - Peso normal al inicio	1,8	1,2	1,9	1,9



110. LA ENFERMEDAD REUMATICA EN EL SERVICIO DE SALUD METROPOLITANO SUR ORIENTE. OBSERVACION DE UNA DECADA, 1976-1985

Drs. Ximena Berríos, María Inés Gómez y Enf. Beatriz Guzmán
(Departamento de Salud Pública, Escuela de Medicina, Universidad Católica de Chile)

La Enfermedad Reumática (ERA) es una entidad que se mantiene vigente hasta el día de hoy en todo el mundo. A pesar de su tendencia al descenso observada en la mayoría de los países, nos depara algunas sorpresas, como ha sucedido con los brotes de Salt Lake, Utah, Pensilvania en USA y en el Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente (SSMSO), Santiago, Chile, en 1986.

En un intento por conocer más sobre sus características epidemiológicas, hemos querido presentar esta comunicación que aporta información sobre un número importante de episodios agudos recogida en un período de 10 años de observación.

La alta prevalencia de enfermos hospitalizados por ésta a mediados de la década del 70, motivó el diseño de este estudio.

El objetivo planteado fue medir la incidencia real en 10 años de observación y caracterizarla epidemiológicamente, incluida la Infección Estreptocócica (IE) que necesariamente la precede.

Material y Método

El estudio se llevó a cabo en el SSMSO, que tiene una población de 835.493 habitantes en la actualidad, la mayoría de estratos socioeconómicos medio bajo y bajo.

La población en estudio, está constituida por todos los pacientes hospitalizados entre Enero de 1976 y Diciembre de 1985 en los Servicios de Medicina y Pediatría del Hospital Base Dr. Sótero del Río, con ERA diagnosticada sobre la base de los Criterios de Jones modificados.

Todos los pacientes fueron sometidos a un protocolo de investigación incluyendo: a) anamnesis y examen físico, b) encuesta socioeconómica y de contactos en domicilio, c) exámenes de laboratorio generales, d) exámenes para identificar IR previa; frotis faríngeo y anticuerpos antiestreptocócicos, y e) evolución clínica y de laboratorio.

Las manifestaciones mayores y menores de los Criterios de Jones se identificaron de acuerdo a recomendaciones internacionales.

La evidencia serológica de IE se definió de acuerdo al criterio de títulos significativos de antiestreptolisina O (ASO) que para el SSMSO es de 333 UT. Se consideró frotis faríngeo significativo de IE el aislamiento de 10 ó más colonias de *Streptococo B* hemolítico grupo A (EBHA) al ingreso.

Otros criterios usados fueron: profilaxis secundaria oportuna cuando la Penicilina Benzatina es colocada cada 28 días sin omitir inyecciones durante un período de 6 meses previos al episodio, y colocada exactamente el día 28.

En indicadores socio-económicos, se define como hacinamiento el número de personas por pieza, y promiscuidad, el número de personas por cama.

Resultados

Durante el período estudiado, se registraron 319 episodios de ERA. El análisis se realiza sobre el grupo total y luego comparando los 2 quinquenios que comprende el período 1976-85.

Como se observa en la Tabla 1, la enfermedad muestra una clara tendencia al descenso en el tiempo.

La distribución por sexo y edad, revela un predominio del sexo femenino (55%) y de los grupos de edad jóvenes, siendo el más afectado el de 10-14 años. El X de edad fue de 15,6 años.

La distribución geográfica es de predominio urbano, encontrándose las tasas más altas en las comunas de La Florida y Puente Alto.

Respecto a las estaciones del año, se encuentra una curva bimodal con la mayor frecuencia en otoño y un segundo modo en primavera.

Los índices de hacinamiento y promiscuidad revelan que los pacientes con ERA provienen de estratos sociales bajos. El X de personas por grupo familiar fue de 6,9, que difiere significativamente del encontrado en población general del SSMSO = $\bar{X} = 4,9$.

En la Tabla 2 se observa la frecuencia con que se presentaron las manifestaciones mayores y menores de Jones. Las Carditis fueron graves en el 25,20% de los casos, moderadas 42,20% y leves 32,60%.

Del total de episodios, un 270% correspondió a recidivas, lo que concuerda con el antecedente anamnético de ERA previa (23,80%). De estos últimos, sólo el 240% se encontraba en profilaxis regular, de los cuales la mayoría correspondía a episodios de Corea. Excluyendo éstos, sólo 7,80% (4 casos) corresponden realmente a fracaso de profilaxis.

Respecto a evidencia de IE previa, se encontró el antecedente anamnético seguro (Escarlatina) en 0,90%, sospechoso (odinofagia febril y adenopatía sub-ángulo maxilar) en 6,60%. El aislamiento de EBHA fue bajo (90%). La serología (ASO) de ingreso evidenció un 670% de títulos significativos y la media geométrica fue de 501,5 UT.

Para probar la hipótesis de que la ERA estaría disminuyendo, además de la frecuencia, también en severidad, utilizamos como parámetro de severidad la presencia de carditis y un eventual cambio en la calidad de la IE que precede al episodio agudo.

Para ello, el análisis se realiza dividiendo el grupo en 2 quinquenios y comparando estas variables se observa que efectivamente la carditis ha disminuido tanto en frecuencia relativa (450% a 350%) como en riesgo (17,6 a 6,5 por 100.000 habitantes).

En cuanto a la respuesta inmunológica frente al EBHA, ésta ha cambiado en el tiempo y las infecciones son menos inmunogénicas en el segundo período estudiado, tanto en títulos significativos (disminuye de 72,40% a 570%) como en media geométrica de ASO. Los serotipos no han variado.

Se observa también cierto desplazamiento de la enfermedad a grupos de edad mayores (\bar{X} edad 14,8 y 16,9 años en cada quinquenio).

Conclusiones

1. La enfermedad reumática muestra una tendencia clara al descenso en 10 años de observación.
2. La enfermedad se desplaza a grupos de edad mayores.
3. Al efectuar la comparación por quinquenios se confirma la hipótesis de que los episodios de ERA disminuyen en frecuencia y severidad.
4. Hay una disminución en la calidad de la respuesta inmunológica de los pacientes frente a la infección por EBHA.
5. Los cambios en las manifestaciones mayores se asemejan cada vez más al perfil que presenta esta enfermedad en los países desarrollados, cada vez menos frecuente y menos severa.

TABLA Nº 1

**DISTRIBUCION DE EPISODIOS DE ENFERMEDAD REUMATICA ACTIVA
SEGUN AÑO DE OCURRENCIA.
SERVICIO DE SALUD METROPOLITANO SUR ORIENTE. 1976-1985**

Año	Nº	o/o	Tasa x 100.000 habitantes
1976	54	16,9	11,2
1977	73	22,8	14,6
1978	29	9,1	5,6
1979	24	7,5	4,4
1980	22	6,9	3,9
1981	29	9,1	4,9
1982	28	8,8	4,6
1983	27	8,5	4,3
1984	21	6,6	3,2
1985	12	3,8	1,6
Total	319	100,0	\bar{X} 5,8

TABLA Nº 2

**FRECUENCIA DE MANIFESTACIONES MAYORES Y MENORES DE JONES
EN 319 EPISODIOS DE ENFERMEDAD REUMATICA ACTIVA.
SERVICIO DE SALUD METROPOLITANO ORIENTE. 1976-1985**

Manifestaciones Mayores			Manifestaciones Menores		
	Nº	o/o		Nº (1)	o/o
Carditis	133	41,7	Fiebre	216/316	68,4
Poliartritis	197	61,8	Artralgias	218/316	69,0
Corea	60	18,8	Leucocitosis	131/303	43,2
Eritema marginado	3	0,9	P-R prolongado	74/287	25,8
Nódulos subcutáneos	9	2,8	VHS ↑	268/311	86,2
			PCR (+)	98/121	81,0
			Antecedentes ERA previa	76/319	23,8
			Exist. CR Crónica	63/319	19,8

(1) Pacientes investigados

111. EL USO DE ANTICONCEPTIVOS ESTEROIDALES, EL ORIGEN MAPUCHE Y LA LITIASIS BILIAR

Drs. Ernesto Medina, Alfredo Sierra, Erico Segovia, Ana María Donoso y Marisol Denegri
(Escuela de Salud Pública, Facultad de Medicina, Universidad de Chile)

De acuerdo a algunas comunicaciones anglosajonas, el uso de anticonceptivos esteroidales aumenta el riesgo de sufrir manifestaciones clínicas de litiasis biliar, las que se hacen aparentes, de preferencia, en el primer año de utilización de estos esteroides. Este efecto podría tener especial importancia entre nosotros, dada la condición de país de muy elevada prevalencia de litiasis biliar desde edades tempranas. En efecto, los estudios en autopsias realizados por nosotros revelan que un 20% de los adultos mayores de 20 años son portadores de cálculos biliares, con una prevalencia todavía mayor en las mujeres. Por otra parte, se estima que cerca de 400.000 mujeres utilizan anticonceptivos esteroidales en Chile.

Por las razones anteriores pareció de importancia estudiar la relación entre litiasis biliar y uso de anticonceptivos orales (AO). Un estudio preliminar, basado en la comparación de 30 casos de litiasis y 30 mujeres hospitalizadas sin litiasis, mostró un evidente incremento del riesgo relativo de litiasis en las usuarias (3,8), razón por la cual extendimos el estudio a un número mayor de casos explorando esta vez, además del uso de estas hormonas, el rol de otros elementos vinculados a la producción de litiasis y que pudieran actuar como factores de confusión.

Material y Método

En esta investigación se utilizó un diseño de casos y controles. Los casos corresponden a 103 pacientes con litiasis biliar demostrada en el momento de ser intervenidas quirúrgicamente, hospitalizadas en el Hospital Clínico de la Universidad de Chile y el Hospital San José de Santiago, entre Abril de 1986 y Julio de 1987. Se incluyeron solamente mujeres de 15-44 años de edad, con vida sexual activa, excluyéndose las pacientes menopáusicas y esterilizadas. Los controles corresponden a 86 mujeres de igual edad, hospitalizadas por patologías no vinculadas a la litiasis biliar y que clínicamente no portaban o eran sospechosas de sufrir la enfermedad. Se definió como usuarias de AO aquellas que los habían empleado al menos por un mes completo. El promedio de tiempo de uso consideró todos los períodos de empleo aunque hubieran sido discontinuados. La calificación de mapuche corresponde a aquellas mujeres que tenían uno o más apellidos de este origen en sus padres. La condición de fumadoras incluye a aquellas que fumaron por lo menos durante un mes seguido.

Resultados

En la Tabla 1 aparece el uso de AO en casos y controles, advirtiéndose que es superior en los casos (53/103, 51%) que en los controles (32/86, 37%); la diferencia tiene significado estadístico al nivel de $p < 0,05$. Se registra un claro incremento del riesgo relativo (1,79 con límites de confianza oscilantes entre 0,85 y 11,1), lo que implica que, por razones de azar, dicho valor de riesgo relativo en series de muestras estudiadas puede fluctuar entre esas cifras, con un 90% de seguridad, no existiendo, en consecuencia, garantía de un aumento real del riesgo relativo. No se aprecian diferencias en cuanto a riesgo relativo entre aquellas usuarias de corta duración (menos de 12 meses) y las de uso más prolongado. Las usuarias muestran un promedio de uso significativamente superior (32,1 y 9,1 meses, respectivamente).

Un aumento del riesgo relativo en las mujeres que han usado anticonceptivos orales no puede atribuirse directamente a su uso si no se descartan diversos factores o variables de confusión (Tabla 2). Al respecto, en la comparación de casos y controles, no hay diferencias en cuanto a edad, dado el sistema de emparejamiento o matching empleado en el diseño, ni en cuanto a uso de tabaco. Tampoco el aumento de peso, ya sea en términos de sobrepeso (relación peso/talla de 110% o más) o la obesidad (relación peso/talla 120% y más) aparece como un factor de confusión. En cambio sí existen diferencias significativas en cuanto a una mayor paridad de los casos, lo que a su vez podría estar condicionando el mayor uso de AO en los casos de litiasis.

En la hipótesis de que la elevada frecuencia de litiasis biliar entre nosotros depende, entre otros factores, de la estructura genético-racial de los chilenos, exploramos la importancia del origen mapuche en el problema en estudio. Hemos encontrado que las mujeres de este origen tienen un riesgo relativo de litiasis biliar de 2,45 veces, o sea un 1450% superior a las mujeres no mapuches. Este resultado no tiene significado estadístico por el escaso número de mujeres de este origen estudiadas (15 casos), pero abre una línea de explicación al problema biliar registrado en Chile (Tabla 3). El estudio de subgrupos revela que la mayor frecuencia de litiasis en las mapuches no depende de diferencias en cuanto a paridad, uso de anticonceptivos orales o sobrepeso, apareciendo vinculada exclusivamente al componente racial, de acuerdo a los factores de confusión estudiados.

Comentario

Los resultados de este estudio tienden a confirmar que las mujeres usuarias de anticonceptivos orales muestran un mayor riesgo relativo de litiasis biliar sin que el plazo de uso tenga importancia. Sin embargo, la mayor frecuencia de uso de AO en mujeres con litiasis puede ser simplemente la consecuencia de una paridad significativamente mayor que las lleve a una mayor frecuencia de uso, no pudiendo, en consecuencia, asegurarse que se trata de un efecto directo de la ingestión de hormonas esteroidales.

La importancia del origen mapuche está fuertemente sugerido, de acuerdo a los resultados de este estudio, pero dado que el grupo estudiado es pequeño, los resultados no tienen significado estadístico. Es llamativo, sin embargo, que el mayor riesgo relativo de las mujeres de este origen no dependa de una mayor paridad, prevalencia de uso de AO o exceso de peso.

TABLA Nº 1

USO DE ANTICONCEPTIVOS ORALES EN CASOS DE LITIASIS BILIAR Y CONTROLES

Característica		Número		Riesgo relativo y límites de confianza al 90%o	Prob. Azar
		Casos	Controles		
Uso de AO	Sí	53	32	1,79 (0,85-11,1)	p. 0,05
	No	50	54		
Más de 12 meses		34	20	1,63	n.s.
Hasta 12 meses		69	66		
Promedio de uso (meses)		32,1	9,1		p. 0,01
Operación de urgencia		22	22	0,79	n.s.
Operación electiva		81	64		

TABLA Nº 2

**POSIBLES FACTORES DE CONFUSION EN EL ESTUDIO DE LA RELACION
ANTICONCEPTIVOS ORALES Y LITIASIS BILIAR**

Factores de confusión	Casos	Controles	Riesgo Relativo	Probabilidad de azar
Edad promedio	33,0	33,1		n.s.
Fumadoras	49	45	0,83	n.s.
No fumadoras	54	41		
Sobrepeso (P/T 110%o +)	59	41	1,47	n.s.
Otras	44	45		
Obesidad (P/T 120%o +)	21	15	1,21	n.s.
Otras	82	71		
Promedios de paridad				
Embarazos	3,21	2,60		p. 0,01
Abortos	0,82	0,72		
Total	4,03	3,32		

TABLA Nº 3

LA CONDICION MAPUCHE Y EL RIESGO DE LITIASIS BILIAR

Factores	Casos Litiasis	Controles	Riesgo relativo y límites de confianza al 90%o	Prob. Azar
Mapuches	11	4	2,45 (0,1 - 6,0)	n.s.
No mapuches	92	82		
Mujeres con litiasis	Mapuches	Otras		n.s.
Sobrepeso (P/T 110%o +)	5/11 (46%o)	54/92 (59%o)		
Uso de anticonceptivos orales	5/11 (46%o)	48/92 (52%o)		
Paridad total (promedios)	3,8	4,0		n.s.
Embarazos	3,0	3,2		n.s.
Abortos	0,8	0,8		

112. FACTORES CONDICIONANTES DEL CONTROL AMBULATORIO DE DIABÉTICOS

Nutr. Nora Plaza, Dra. Margarita Valenzuela, Nutr. Angélica González, Wanda Vidal y Helia Vera,
Enf. Patricio Palavicino y Nutr. Alejandra Gaete.
(Departamento de Ciencias de la Salud, Instituto Profesional de Chillán y Servicio de Salud, Ñuble)

La Diabetes Mellitus en Chile, es un problema de importancia clínica y de salud pública. "Aparte de los trastornos derivados de la enfermedad en sí misma, es una afección altamente invalidante que representa un estado condicionante de la aparición precoz de problemas cardiovasculares, y por sus características crónicas ha significado considerable demanda de servicios médicos de variada complejidad y costo" (1).

Según estimaciones nacionales, "el 90% de los diabéticos serían adultos, y entre ellos el 80% de tipo 11 (DMNID), en los cuales predominan los obesos" (2).

Se sabe que el diabético obeso que logra normalizar su peso tiene mejor estabilidad metabólica, siendo posible controlar su enfermedad solamente con régimen dietético. Pero la práctica enseña que en general el obeso que no ve progreso en su tratamiento para adelgazar tiende a abandonarlo.

En el propósito de contribuir al desarrollo del Sub Programa Control de Diabetes, a nivel local se realizó un estudio para explorar diversas variables en busca de factores condicionantes del control ambulatorio, considerando que en Chillán existía un 15% de pacientes pasivos (inexistentes y abandono) al inicio del trabajo y que a nivel nacional no se dispone de este tipo de información según lo señalan las normas ad-hoc del Ministerio de Salud.

Objetivos Fundamentales

1. Conocer, describir y analizar aspectos biomédicos de los pacientes y su relación con la discontinuación de su control.
2. Determinar asociación entre edad cronológica y grado de conocimientos sobre la diabetes, complicaciones, precauciones a tomar y su tratamiento médico y dietético, según su diagnóstico e indicaciones.
3. Establecer escolaridad y su asociación con el grado de conocimientos sobre la diabetes, complicaciones, precauciones a tomar y su tratamiento médico y dietético, según su diagnóstico e indicaciones.
4. Determinar y analizar ingreso per cápita mensual y pertenencia de previsión social en relación a la discontinuación de su control.
5. Conocer los motivos que el paciente pasivo señala como causa de discontinuación de su control.
6. Conocer aspectos de operatividad del Sub Programa Control de Diabetes en Chillán.

Material y Método

En un universo de 566 pacientes diabéticos inscritos en control en el Consultorio N° 2 del Servicio Salud Ñuble de Chillán, se realizó un estudio de casos (65) y Controles (65). Los casos (120%) eran el 100% de pasivos de Chillán, y los controles eran pacientes activos, elegidos al azar, en proporción a los casos en cuanto a tipo de diabetes, sexo y condición de adultos.

Previo uniformación de criterios se aplicó un cuestionario semiestructurado de 4 ítems. Las preguntas formuladas para cumplir el objetivo N° 2 apuntaban a conductas y conocimientos esperados como consecuencia de la educación en salud y dietética, que según normas del Ministerio de Salud debe impartirse en el control de la diabetes.

Las preguntas sobre conocimientos y/o conductas esperadas tenían un puntaje arbitrario y las respuestas evaluadas se clasificaron según pauta ponderada en las categorías Bueno, Regular y Malo.

Como aspectos biomédicos se consideró: edad cronológica, edad de la diabetes, el tipo de diabetes (DMID o T.I. y DMNID o T. II), las patologías asociadas y el estado nutricional.

La información se obtuvo de la Historia Clínica, la Tarjeta de Prestaciones, del propio paciente en entrevista domiciliaria, de la Nutricionista y Médico Jefe del Sub Programa Control de Diabetes, y en observación personal en el lugar de atención de los pacientes en estudio.

Se trabajó con confianza del 95%, precisión de 3%, nivel de significación del 0,05 y se utilizó prueba de X^2 (j^2).

El trabajo se realizó entre Septiembre de 1983 y Mayo de 1984.

Resultados

En la muestra de 130 pacientes estudiados, la edad cronológica media era de 59,5 años, la edad media de la diabetes era 4 años, y como se aprecia en la Tabla 1, el 62% tenía menos de 60 años y con 10 y menos años de diabetes. Entre los casos era mayor la proporción de pacientes con mayor edad cronológica y de diabetes. Había asociación entre estos atributos y la discontinuación de control a un p 0,05.

El 81,5% de los 130 era T.II, e igual proporción de ese tipo se daba en casos y controles.

Analizando discontinuación de control según estado nutricional, se determinó un 64 y 58% de obesidad en casos y controles respectivamente. Las diferencias numéricas eran significativas a un p 0,05.

Entre las patologías asociadas en los 130 enfermos la Hipertensión Arterial ocupaba el primer lugar con un 51,8%, ninguna el segundo con el 25,4% y la Retinopatía D., tercero con 12,3%. Ello era similar en casos y controles. El pie diabético (3) sólo se encontró en los casos.

La mayor edad cronológica se asociaba a menor grado de conocimientos sobre la diabetes, complicaciones, precauciones y tratamiento en general. El 92,1% de los casos de entre 51 y 70 años tenía calificación "mala", contra el 54,6% de los controles de igual edad. De los 130 pacientes ninguno obtuvo calificación "buena". De 130 enfermos, 76 no sabían definir someramente la diabetes, 92 no sabían reconocer la hipoglicemia ni qué hacer ante ella, 63 no sabían que deberían tener cuidados más prolijos con alguna zona del cuerpo y 96 no supieron indicar las cantidades de los alimentos de uso frecuente y qué debe restringirse. La falta de conocimientos en general era menor en casos y las diferencias eran significativas a un p 0,05.

Se encontró que el 55% de los casos y el 45% de los controles tenía escolaridad menor e igual a 4º básico y ello se asociaba a menor grado de conocimientos sobre la diabetes, complicaciones, precauciones y su tratamiento en general, a un p 0,05.

El 68,5% de 130 diabéticos tenía ingreso per cápita mensual menor a \$ 2.000 y ello, al igual que la falta de previsión social, se asociaba a discontinuación del control.

Entre los variados motivos que los pacientes pasivos señalaron como causa de la discontinuación de control, la "falta de dinero" ocupó el primer lugar con el 18,46%; "mucho espera", el segundo con 15,4% y "no le gusta la atención", el tercero con el 12,3%.

En aspectos de operatividad del Sub Programa Control de Diabetes, destacaba déficit de instrumento médico, enfermera y nutricionista, cuyos logros se aproximaban a las metas formuladas pero sobrepasando el rendimiento programado.

Se observó deficiencias de planta física destinada a sala de espera y consulta nutricional. El tiempo que el enfermo debía esperar para completar su atención oscilaba entre 4 y 5 horas.

Se constató que ocasionalmente faltaron hipoglicemiantes orales y/o insulina, en cuyo caso el paciente debía comprarlos. Afortunadamente ello no causó descompensaciones metabólicas, pues a los pacientes que les tocó esa suerte podían comprar su medicamento. Sin embargo vale la pena averiguar ¿cuántos de los pacientes que discontinúan se hospitalizan por descompensación metabólica?

Conclusiones y Sugerencias

De acuerdo a nuestros hallazgos descriptivos, las asociaciones encontradas entre las variables exploradas y la discontinuación de control y el escaso grado de conocimientos en torno a la diabetes, sus complicaciones, precauciones a tomar y su tratamiento en general, nos permitimos sugerir la necesidad de hacer un diagnóstico de información básica al respecto, antes de programar las acciones a realizar en el Control de Diabetes, a fin de orientar y diversificar las estrategias que se deba llevar a cabo.

Dados los bajos ingresos de los pacientes, la falta de previsión social (25,4%), la primera razón de discontinuación que señalaron los casos (falta de dinero), se sugiere mantener un completo y permanente stock de hipoglicemiantes orales e insulinas y no rechazar diabéticos que no puedan cancelar atenciones.

TABLA Nº 1

**DISTRIBUCION DE 65 CASOS Y 65 CONTROLES POR TIPO DE DIABETES
Y SEGUN EDAD CRONOLOGICA Y EDAD DE LA DIABETES
SERVICIO SALUD ÑUBLE - CHILLAN 1983**

E d a d		Casos			Controles			Total	
Cronoló- gica	Diabetes	T.I. o/o	T.II. o/o	n o/o	T.I. o/o	T.II. o/o	n o/o	Nº	o/o
Menores 60 años edad	< 10 años de diabetes	14,3	87,5	28 43,0	11,8	88,2	34 52,0	62	48,0
	> 10 A.D.	40,0	60,0	5 8,0	50,0	50,0	4 6,0	9	7,0
60 años y más	< 10 A.D.	20,0	80,0	25 38,0	22,2	77,8	18 28,0	43	33,0
	> 10 A.D.			7			9		
		14,3	85,7	11,0	22,2	77,8	14,0	16	12,0
Total		18,5	81,5	65 100,0	18,5	81,5	65 100,0	130	100,0

$$(J_i)^2 = 73,2 \text{ p} < 0,05$$

TABLA Nº 2

**DISTRIBUCION DE 65 CASOS Y 65 CONTROLES SEGUN ESTADO NUTRITIVO
SERVICIO SALUD ÑUBLE - CHILLAN 1983.**

ESTADO NUTRITIVO	Casos			Controles			Total	
	T.I. o/o	T.II. o/o	n o/o	T.I. o/o	T.II. o/o	n o/o	Nº	o/o
Normal	9,1	90,9	11 17,0	20,0	80,0	20 31,0	31	24,0
Enflaquecido	33,3	66,7	3 5,0	40,0	60,0	5 8,0	8	6,0
Sobrepeso	20,0	80,0	10 15,0	50,0	50,0	2 3,0	12	9,0
Obeso	19,5	80,5	41 63,0	15,0	85,0	38 58,0	79	61,0
Total	18,5	81,5	65 100,0	18,5	81,5	65 100,0	130	100,0

$$(J_i)^2 = 57,2 \text{ p} < 0,05$$

TABLA Nº 3

GRADO DE CONOCIMIENTOS SOBRE DIABETES, COMPLICACIONES, PRECAUCIONES, SU TRATAMIENTO
Y CUMPLIMIENTO DE INDICACIONES MEDICAS EN 65 CASOS Y 65 CONTROLES
SERVICIO SALUD NUBLE. 1983

Edad Cronoló- gica	Casos					Controles					Total		
	Regular			Malo		Regular			Malo				
	T.I. o/o	T.II. o/o	n	T.I. o/o	T.II. o/o	T.I. o/o	T.II. o/o	n	T.I. o/o	T.II. o/o		n	
≤ 60	6,1	15,1	33	18,2	60,6	51,0	11,5	36,5	3,8	48,2	80,0	85	65,0
> 60	3,1	3,1	32	9,4	84,4	49,0	23,1	15,4	7,7	53,8	20,0	45	35,0
Total	4,6	9,2	65	13,9	72,3	100,0	13,9	32,3	4,6	49,2	100,0	130	100,0

(Ji)² = 162 p < 0,05

TABLA Nº 4

GRADO DE CONOCIMIENTOS Y APLICACION DE PAUTAS DIETETICAS SEGUN ESCOLARIDAD
EN 65 CASOS Y 65 CONTROLES.
SERVICIO SALUD ÑUBLE. CHILLAN 1983

Escola- ridad	Regular		Casos			Regulares			Malo			Control			Total	
	T.I.	T.II.	T.I.	T.II.	n	T.I.	T.II.	n	T.I.	T.II.	n	T.I.	T.II.	n	No	%
	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%		
≤ 40 Básico	6,7	20,0	13,3	60,0	30	8,0	44,0	25	4,0	44,0	38,0	4,0	44,0	38,0	55	42,0
50 Básico y más	8,6	40,0	8,6	42,8	35	20,0	62,5	40	2,5	15,0	62,0	2,5	15,0	62,0	75	58,0
Total	7,7	30,8	10,7	50,8	65	15,4	55,4	65	3,0	26,2	100,0	3,0	26,2	100,0	130	100,0

$$(ji)^2 = 61,6 \text{ } p < 0,05$$

113. EL CONTROL DE CRONICOS EN UN HOSPITAL TIPO 4: SUBPROGRAMA DE EPILEPSIA, EXPERIENCIA 1984-1987

Drs. Enrique Vicentini, Rhida Ampuero, Dagoberto Cifuentes, José Lira, Julio Reyes, Héctor Roco y Sergio Torres
(Hospital de Lebu, Servicio de Salud Concepción-Arauco)

El control ambulatorio de crónicos representa un consumo significativo de recursos al efectuarse consultas periódicas por tiempos prolongados. A nivel de SNSS existen los subprogramas de diabetes, alcoholismo, hipertensión arterial y epilepsia. El subprograma de epilepsia del hospital de Lebu establece un control mensual para alrededor de 90 pacientes (en control regular) representando un 5 a 8% del total de consultas ambulatorias mensuales. Este trabajo se propuso mejorar la eficiencia de este subprograma, aplicando a los controles un mejor registro y algunos principios básicos de Salud Pública, que funcionan en otros programas de atención ambulatoria. Los objetivos fueron:

1. Identificar y cuantificar grupos de riesgo en el subprograma.
2. Definir acciones de control diferenciadas según grupos de riesgo.
3. Evaluar el efecto de esta atención diferenciada de los epilépticos, comparándola con la atención no diferenciada como control histórico.

Material y Método

Se revisaron las fichas y el tarjetero de control (no diferenciado) de los 174 pacientes ingresados al programa, extrayéndose 12 variables.

Se estudió el grupo desde Julio 1984 hasta Junio 1987, se comparan los 2 años de control no diferenciado (84-85 y 85-86) con el año 86-87 (de control diferenciado). La variable "grupos de riesgo" se definió así:

Grupos de Riesgo	Adultos	Niños
Alto riesgo:	2 ó más crisis/trimestre	1 crisis/trimestre
Bajo riesgo:	Menos de 2 crisis/trimestre	Sin crisis/trimestre
Moderado riesgo:	En supresión del tratamiento (ambos igual)	

Resultados

Se definieron e implementaron las siguientes acciones de control según grupos de riesgo (iguales para adultos y niños):

- Alto y moderado riesgo: anamnesis acuciosa, examen físico, educación, derivación a especialista y despacho de receta.
- Bajo riesgo: breve anamnesis y despacho de receta.

Adultos: Entre los 56 pacientes en control, 69,4% son de bajo riesgo, 26,5% de alto riesgo y 4,1% de riesgo moderado. Al comparar los 2 años de control no diferenciado con el año de control diferenciado, se aprecia un incremento porcentual del grupo de alto riesgo (Tabla 1); un descenso relativo del subgrupo de bajo riesgo y la aparición del subgrupo de riesgo moderado. El subgrupo de alto riesgo muestra un incremento progresivo del porcentaje en control por neurólogo, llegando al 100% en el control diferenciado. El subgrupo de bajo riesgo evidencia un incremento del porcentaje en control especializado respecto a los 2 años de control no diferenciado.

Niños: El subgrupo de bajo riesgo mantiene cierta estabilidad porcentual en ambos períodos (Tabla 1). El subgrupo de alto riesgo es pequeño; ausente el año 1984-1985, 4 niños al año siguiente y 2 en el control diferenciado. Destaca la aparición del subgrupo de riesgo moderado con 12,5% de los niños. Todos los niños de alto riesgo estuvieron sin control por neurólogo durante el control no diferenciado (Tabla 2), mientras que en el diferenciado todos fueron derivados a especialista. También se aprecia en el control diferenciado un incremento del porcentaje de niños de bajo riesgo en control por neurólogo.

Discusión

Debería esperarse que la implementación del control diferenciado condujera a una disminución progresiva de los crónicos de alto riesgo; esto no fue evidente en este trabajo, tal vez por el corto período de análisis, o porque deberían mejorarse los criterios de riesgo y las acciones de control diferenciado. Lo que sí resulta evidente es que hubo un incremento significativo de los pacientes que recibieron control especializado por neurólogo que, suponemos, habrá redundado en una mejor atención. Además, se puso en evidencia un grupo de pacientes que cumplían con requisitos para iniciar supresión del tratamiento: algo trascendente para ellos y economía de recursos para el subprograma. Se propone un tarjetón de control diferenciado de epilépticos desarrollado a partir de esta experiencia, a nuestro juicio útil para este subprograma; creemos que su uso masivo y las posibles modificaciones que sugieran otros grupos de trabajo pueden mejorar el sistema de control de estos pacientes. Estamos atentos a las sugerencias que pudieran surgir en este sentido.



TABLA Nº 1

DISTRIBUCION PORCENTUAL DE EPILEPTICOS SEGUN GRUPOS DE RIESGO Y AÑO

Adultos				Niños			
Grupo \ Año	1984-85	1985-86	1986-87	Grupo \ Año	1984-85	1985-86	1986-87
Alto	17,1	18,2	26,5	Alto	--	18,2	6,3
Bajo	82,8	81,8	69,4	Bajo	100,0	81,8	81,3
Moderado	--	--	4,1	Moderado	--	--	12,5
Total	100,0	100,0	100,0	Total	100,0	100,0	100,0
n	35	44	49	n	18	22	32

TABLA Nº 2

**PORCENTAJE DE PACIENTES EN CONTROL ESPECIALIZADO (POR NEUROLOGO)
SEGUN GRUPOS DE RIESGO Y AÑO**

Adultos Riesgo Alto				Niños Riesgo Alto			
Año	1984-85	1985-86	1986-87	Año	1984-85	1985-86	1986-87
Control con Neurólogo				Control con Neurólogo			
Con control	33,3	62,5	100,0	Con control	--	--	100,0
Sin control	66,7	37,5	--	Sin control	--	100,0	--
Total	100,0	100,0	100,0	Total	--	100,0	100,0
n	6	8	11	n	0	4	2

Adultos Riesgo Bajo				Niños Riesgo Bajo			
Año	1984-85	1985-86	1986-87	Año	1984-85	1985-86	1986-87
Control con Neurólogo				Control con Neurólogo			
Con control	13,8	13,9	44,8	Con control	22,2	22,2	50,0
Sin control	86,2	86,1	55,2	Sin control	77,8	77,8	50,0
Total	100,0	100,0	100,0	Total	100,0	100,0	100,0
n	29	36	29	n	18	18	26

114. INCIDENCIA ANUAL DE LA CIRUGIA DE CATARATA EN LA POBLACION MAYOR DE 60 AÑOS EN CHILE

Dr. Eugenio Maul

(Departamento de Oftalmología, Facultad de Medicina, Universidad Católica y Departamento Prevención de Ceguera, Sociedad Chilena de Oftalmología)

El cristalino se encuentra localizado en el segmento anterior del ojo, detrás del iris frente al área pupilar. Su papel es el de una lente que enfoca los rayos luminosos que entran al ojo por la pupila, permitiendo enfocarlos en la retina para formar la imagen.

La catarata afecta al cristalino haciéndole perder su transparencia, interfiriendo la llegada de los rayos luminosos a la retina y disminuyendo la visión.

Actualmente el único método de tratamiento de la catarata es su extracción quirúrgica y reemplazar su poder de enfoque mediante lentes, lentes de contacto o lentes intraoculares.

En Chile, las principales causas de ceguera en mayores de 40 años se deben a catarata, glaucoma, retinopatía diabética y otras alteraciones retinales (1). La catarata es una de las causas más importantes de ceguera curable, aunque no existan métodos de prevención, la visión puede ser reemplazada por medio de la extracción quirúrgica de la catarata. Por cuanto la prevalencia de la catarata aumenta con la edad, la ceguera por catarata en los países en desarrollo aumentará rápidamente como resultado del esperado aumento de adultos mayores de 60 años en los próximos años (2; 3). Es necesario, por lo tanto, reconocer la situación de este problema en nuestro país con el objeto de planificar adecuadamente las estrategias de intervención.

Metodología

La OMS recomienda tres maneras para estudiar la magnitud del problema de la catarata: a) Estudios de prevalencia; b) registro de ciegos; c) número de operaciones efectuadas (4).

Este estudio efectuó un recuento de la extracción de catarata realizada en el país durante 1986. Para este efecto se envió una encuesta a 47 centros de cirugía oftalmológica que constituyen el total de centros estatales y privados en los cuales se efectúa cirugía de la catarata en las XIII regiones del país.

Resultados

De 47 centros contactados, 39 respondieron la encuesta correspondiendo al 82,29% del total de centros quirúrgicos oftalmológicos clínicos y privados en las XIII regiones del país.

La extracción de la catarata fue efectuada por oftalmólogos con recursos estatales o privados (Tabla 1). Durante 1986 se efectuó un total de 4.441 extracciones de cataratas en la población mayor de 60 años. (Tabla 2).

Discusión

La cuantificación de los problemas de salud visual de la comunidad causados por cataratas en base al número de atenciones otorgadas, tiene las limitaciones propias de las características de la cobertura médica. Por otro lado, el número de operaciones de catarata provee una medida aproximada de las necesidades de servicio médico destinado a catarata.

Las tasas de cirugía de la catarata en los países industrializados fluctúan entre 55-167/100.000 habitantes (4). El presente estudio muestra una tasa para Chile de 39,20 x 100.000 habitantes, la de USA es de 153 x 100.000 habitantes y de 743,7 x 100.000 habitantes mayores de 60 años (5). Sin embargo, la tasa de extracción de catarata de Chile en 1986 en mayores de 60 años es de 464 x 100.000, comparable a la tasa existente en Dinamarca de 444 x 100.000 habitantes en mayores de 60 años en 1979 (6).

Si bien los estudios sobre prevalencia de catarata en nuestro medio no han sido efectuados, además del presente estudio existen dos indicadores epidemiológicos que la sitúan como causa del 20% de la ceguera en adultos y del 4,1% de la incapacidad laboral (1). La prevalencia de ceguera por catarata es de 13,5 por 100.000 habitantes en USA (1).

Aunque debemos aceptar que las tasas de cirugía de catarata están afectadas por la disponibilidad del servicio, requerimientos visuales de la población, deseo de los pacientes de operarse, el hecho que Chile posea servicios de atención oftalmológica de segundo nivel como mínimo a nivel de las XIII regiones del país, permite utilizar los datos obtenidos como base para la intervención en el problema de ceguera por catarata en los próximos años.

Referencias

1. Informe Final. Cuarta Reunión del Comité Asesor de la OPS sobre prevención de ceguera, Santo Domingo, 30-31 Marzo de 1987. Informe de Chile, p. 14.
2. Leske, M.C.; Sperduto, R.D.: The epidemiology of Senile Cataracts: a Review. Amer. J. of Epidemiology. 118:152, 1986.
3. The Framingham Eye Study Monograph. Survey of Ophthalmology, 24: (Suppl.), 350, 1980.
4. Strategies for the Prevention of Blindness in National Programmes W.H.O. Geneve 1984, p. 67.
5. Nadler, D.J., Schwartz, B.: Cataract Surgery in the United States 1968-1979. A Descriptive Epidemiologic Study. Ophthalmology 87:10, 1980.
6. P. Bernth-Petersen: Cataract Surgery. Outcome assesment and Epidemiologic aspects. Act. Ophthalmol. 63 (Suppl. 174); 28, 1985.

TABLA Nº 1

DATOS RELACIONADOS CON RECURSOS HUMANOS OFTALMOLOGICOS (1986)

Número total médicos activos	9.607
Número total Oftalmólogos activos	283
Relación Oftalmólogos x médicos (o/o) 2	2,9
Relación oftalmólogos x Población	x 100.000 Hbts.

TABLA Nº 2

EXTRACCION ANUAL DE CATARATA EN POBLACION MAYOR DE 60 AÑOS - 1986

Población de Chile Censo 1982	11.329.736
Población mayor de 60 años (o/o)	8,44
Número total de extracción de Cataratas en mayores de 60 años	4.441
Extracción Cataratas en mayores de 60 años por 100.000 habitantes	464
Extracción Cataratas x 100.000 habitantes	39,2
Extracción Cataratas x Oftalmólogo	15,69

115. PROGRAMA DE MEDICINA PREVENTIVA DEL SERVICIO MEDICO DE LA DIVISION SALVADOR DE CODELCO-CHILE. ANALISIS PRELIMINAR

Drs. Alejandro Morales, Ricardo Estela y Pedro Ljubetic
(Hospital Salvador, División Salvador CODELCO)

Las acciones de prevención en salud no han alcanzado en el adulto el desarrollo que tienen en los grupos pediátricos. Una explicación para esta situación puede ser el valor controversial del examen periódico de salud en el adulto para la pesquisa precoz y tratamiento de las patologías propias de este grupo etario, y el costo de los exámenes y procedimientos necesarios para su realización.

Como una forma de contribuir a la evaluación del rendimiento del examen preventivo de salud en el adulto en la detección precoz de patología, se analizan algunos aspectos del Programa de Medicina Preventiva de la División Salvador de Codelco.

Este Programa modificó en Octubre de 1986 el control preventivo de salud anual que se realizaba para la detección precoz de enfermedades profesionales en los trabajadores expuestos al riesgo ocupacional de las faenas mineras (Area de Producción), con el objeto de ampliar la pesquisa a patologías crónicas no profesionales, e incorporar el control periódico a los trabajadores no expuestos a riesgos por faena minera (Area de Servicios).

Las características de población cerrada y con gratuidad en la atención médica de los 4.432 trabajadores beneficiarios de este programa, y su alta demanda de atención en salud favorece la concurrencia a los exámenes y la adherencia al seguimiento.

El Programa ampliado de Medicina Preventiva consiste en: a) Anamnesis del trabajador a través de una autoencuesta, supervisada por una enfermera. b) Exámenes de laboratorio (Hematocrito; Grupo/Rh; Glicemia; RPR; Reacción de Chagas; Bilirrubinemia; Fosfatasas alcalinas; Transaminasas oxaloacéticas; Uricemia; Creatininemia; Ca/P; Colesterolemia; Trigliceridemia; Detección de sangre oculta en deposición; Rx de Tórax; Electrocardiograma; Papanicolaou; Tonometría ocular). c) Consulta con médico para revisión de la autoencuesta, de los resultados de laboratorio y examen físico.

De acuerdo al resultado de la consulta médica se clasificó como SANOS a todos los trabajadores que presentaron exámenes en rangos normales, y como ENFERMOS a los que tenían alteraciones de los exámenes de laboratorio o del examen físico. A los clasificados como ENFERMOS se les inició seguimiento de acuerdo a la alteración pesquisada.

Esta presentación analiza en forma descriptiva algunos de los exámenes de laboratorio y algunos aspectos de la autoencuesta y el examen físico de los primeros 1.006 examinados.

Resultados

Los 1.006 trabajadores examinados hasta Julio de 1987 representan un 22,70% del total de trabajadores de la División Salvador. Los resultados se presentan separados por sexo, tanto para el grupo total como para los subgrupos de SANOS y ENFERMOS.

778 de los examinados corresponden al sexo masculino (77,30%) y 228 al sexo femenino (22,70%). El promedio de edad de los hombres fue de 42,9 años, con una desviación standard de 7,98 años y un rango de 24 a 72 años. El modo correspondió al grupo etario de 40 a 49 años, que concentró el 42,60% de los hombres. En las mujeres el promedio fue de 39,6 años, con una desviación standard de 6,65 y un rango de 23 a 66 años. El modo estuvo en el grupo etario de 30 a 39 años, con un 48,20% del total de mujeres.

El antecedente anamnésico de tabaquismo fue positivo en 285 hombres (36,60%), y en 103 mujeres (45,20%). Las cifras de presión arterial sistólica tuvieron un promedio de 12,3 con rango de 9 a 21 mm de Hg en el grupo de hombres, y cifras promedio de 11,2, con rango de 8 a 18 mm de Hg en las mujeres.

La cifra promedio de presión diastólica en los hombres fue de 8,5, con rango de 5 a 13 mm Hg. En las mujeres el promedio fue de 7,5 y el rango de 5 a 11 mm Hg.

El hematocrito tuvo un promedio de 490/o en los hombres, con rango de 33 a 650/o. En las mujeres el promedio fue de 43,60/o y el rango de 37 a 560/o.

La cifra promedio de glicemia en los hombres fue de 95,8 mg⁰/o, con rango de 70,7 a 275,7 mg⁰/o. En las mujeres el promedio fue de 89,7 mg⁰/o y el rango de 69,2 a 187,5⁰/o.

La serología de RPR fue positiva en 12 hombres (1,4⁰/o), y la serología de Chagas fue positiva en 80 hombres (10,3⁰/o) y en 17 mujeres (7,5⁰/o). En 19 hombres y en 1 mujer la serología de Chagas fue dudosa.

La bilirrubinemia tuvo un promedio de 1,4 en los hombres, con rango de 0,4 a 4,5. En las mujeres el promedio fue de 1,0 y el rango 0,3 a 2,8. El colesterol tuvo un promedio de 215,3 en los hombres, con rango de 40 a 414 mg⁰/o. En las mujeres el promedio fue de 210,1, con rango de 97,3 a 364 mg⁰/o. Los triglicéridos tuvieron un promedio de 146,2 en los hombres, con rango de 10 a 759 mg⁰/o, mientras que en las mujeres el promedio fue de 106,1 y el rango 10 a 750 mg⁰/o.

La radiografía de tórax se clasificó como alterada en 204 hombres (26,2⁰/o) y en 15 mujeres (6,6⁰/o). El electrocardiograma se alteró en 193 hombres (24,8⁰/o) y en 15 mujeres (6,6⁰/o).

Después de la consulta médica 252 trabajadores fueron clasificados como sanos (25⁰/o) y 754 como enfermos. En el subgrupo de enfermos se analizó en forma separada a los 116 portadores de serología de Chagas positiva o dudosa. Se presentan los resultados en forma comparativa para estos subgrupos.

La distribución por edad, sexo y promedios de presión sistólica y diastólica de los subgrupos se presentan en la Tabla 1. La distribución del antecedente de tabaquismo, hematocrito, glicemia y bilirrubinemia se presenta en la Tabla 2. El colesterol tuvo un promedio de 203 en los hombres sanos, 216 en los enfermos no chagásicos y 214 en los chagásicos. En las mujeres estos promedios fueron de 201, 238 y 213 respectivamente. Para los hombres los triglicéridos tuvieron promedios de 107, 145 y 144, y para las mujeres de 113, 159 y 140.

En los enfermos no chagásicos la Rx de tórax se alteró en 172 hombres (32,2⁰/o) y en 10 mujeres (9,6⁰/o). En los chagásicos estas alteraciones fueron de 32 hombres (32,7⁰/o) y 5 mujeres. Finalmente, el electrocardiograma se alteró en 154 hombres (28,8⁰/o) y en 11 mujeres (10,6⁰/o) de los no chagásicos, y en 39 hombres (39,8⁰/o) y 4 mujeres de los enfermos con chagas positivo.

Comentarios

En el grupo global se observa un claro predominio del sexo masculino, que se explica por las características del centro laboral y su localización geográfica. Los grupos etarios predominantes son el resultado de la baja movilidad del grueso de la población laboral de la División. Los exámenes de laboratorio, a excepción del hematocrito, la bilirrubinemia y la serología de Chagas, se encuentran dentro de rangos normales. El aumento del hematocrito se explica por la altura (2.400 m.s.n.m.), lo que a través de la poliglobulia podría explicar también las cifras de bilirrubinemia. La alta prevalencia de serología de Chagas positiva se explica por la cercanía de valles endémicos para la enfermedad, desde donde provienen los trabajadores.

Al analizar en forma comparativa a los distintos subgrupos destaca: a) La gradiente de edad entre sanos y enfermos, más evidente en los hombres. b) La alta prevalencia de tabaquismo en las mujeres, en todos los subgrupos. c) Que a pesar de la gradiente ya comentada, los exámenes de laboratorio, con las excepciones mencionadas anteriormente, se encuentran en rangos normales. d) La mayor frecuencia relativa de alteraciones del electrocardiograma en el grupo de chagásicos.

En resumen, este primer diagnóstico de salud a través de un examen de Medicina Preventiva, ha permitido sentar las bases de un seguimiento prospectivo, el que a través de la determinación de factores de riesgo por edad y sexo pretende, en el futuro, diseñar un esquema de controles diferenciados de acuerdo a nuestra realidad. Se individualizan, además, patologías propias de la zona (Chagas) y de su localización (hematocrito - bilirrubinemia). La diferenciación del grupo total en SANOS y ENFERMOS, sobre la base de los resultados del examen, entrega una población de mayor riesgo sobre la cual enfatizar algunos programas.

TABLA Nº 1

Antecedentes	Sanos (N = 253)	Enfermos Chagas (–) (N = 638)	Enfermos Chagas (+) (N = 116)
Edad			
Hombres	38,8	43,4	45,2
Mujeres	39,5	39,9	43,2
Sexo			
Hombres	145	534	98
Mujeres	107	104	18
Presión Arterial			
Sistólica			
Hombres	11,5	12,4	12,1
Mujeres	11,3	11,5	12,4
Diastólica			
Hombres	7,7	8,3	8,1
Mujeres	7,6	7,8	8,1

TABLA Nº 2

Antecedentes	Sanos (N = 253)	Enfermos Chagas (–) (N = 638)	Enfermos Chagas (+) (N = 116)
Tabaquismo			
Hombres	60	187	38
Mujeres	47	46	10
Hematocrito			
Hombres	46,1	48,0	48,7
Mujeres	46,6	47,3	47,2
Glicemia			
Hombres	91,2	96,0	97,2
Mujeres	92,1	95,5	94,3
Bilirrubinemia			
Hombres	0,9	1,5	1,3
Mujeres	0,9	1,2	1,3

116. EL PROCESO DE REHABILITACION PARA LA INTEGRACION LABORAL, UNA REALIDAD QUE MERECE UN ANALISIS

Sociol. Sylvia Pessoa
(Escuela de Salud Pública, Facultad de Medicina, Universidad de Chile)

La integración del discapacitado y del lisiado al campo laboral es un tema poco estudiado en nuestro país. La contribución que pueda realizarse en este aspecto sirve para reorientar las acciones que actualmente se aplican hacia ese objetivo.

La integración al campo laboral, cualquiera que sea su nivel de complejidad, está condicionado por las alternativas de rehabilitación como las de capacitación, además de las opciones que el mercado laboral ofrezca para este grupo de personas. Esto funciona tanto para el trabajo calificado como no calificado.

La existencia de programas de adiestramiento, es probable que coincida con las necesidades que en calidad de oferta de trabajo llegan a los Centros. También podría ocurrir que dichos programas de entrenamiento sean o estén constituidos para desarrollo de habilidades y destrezas que contemporáneamente hayan sido reemplazados por tecnología. Esta última, es bien sabido, deja un número importante de roles ocupacionales en obsolescencia al interior de las organizaciones oferentes, reduciendo así las opciones de empleo, agravadas por las condiciones coyunturales económicas que producen una nueva readecuación de posiciones laborales.

En este panorama, el discapacitado y el lisiado entran a competir en estas circunstancias en forma no igualitaria; la tasa de cesantía actual determina una gran demanda por trabajo y recursos disponibles y de alta calificación profesional y técnica. Si no existe una política social que defienda y proteja a estos grupos de discapacitados y lisiados, ellos aparecen como una demanda menor de trabajo supeditados probablemente a los más bajos salarios del mercado laboral. El trabajo que logran estos grupos asume la modalidad de beneficencia y sobre el cual ellos no están preparados para negociar las condiciones de contrato. Tener un mejor conocimiento sobre esta problemática social permitirá ofrecer una perspectiva más real acerca de la verdadera situación de los centros de capacitación como de rehabilitación, como asimismo el destino que tienen estas personas en relación a las oportunidades de trabajo. Del mismo modo podría aportar otros elementos para la formulación o revisión de políticas. Es probable encontrar asincronías entre programas y las alternativas de trabajo para estos grupos cuya situación social está asociada a aspectos de prejuicios, segregación y estigma.

Marco de Referencia

El bloque de tesis o hipótesis teóricas arranca del supuesto básico de que el trabajo es bueno para el discapacitado y lisiado, que le ayuda a realizarse como persona. Se supone, sencillamente, que puede haber y hay trabajos que son positivos para ellos.

Esquema teórico. 1) Supone la equiparación del subnormal y lisiado al trabajador normal, en las mismas condiciones que la generalidad de los trabajadores. Obedece al concepto de trabajo libre en contraposición al trabajo protegido. Se trata de dar trabajo sin protección. Sin embargo, para este tipo de trabajo se requiere un nivel intelectual alto y también un buen equilibrio afectivo que permita la buena integración social. 2) Generalmente, este grupo de discapacitados y lisiados necesita algún tipo de protección laboral, institucional, psicológica, económica. Esto significa el carácter protegido que abarca una gran gama de posibilidades que van desde la empresa protegida, institucionalmente enmarcada en una ordenación legal específica, hasta el empleo en una empresa normal, pero incentivada por ciertos estímulos económicos. 3) Un esquema ideal de tipos de protección debería comprender reserva de puestos auxiliares en organismos dependientes de la Administración Estatal, reserva de cuota de plazas en empresas industriales, empresa protegida, empleo protegido en empresas normales, cooperativa de minusválidos y trabajo en casa. 4) Algunos países reservan a los minusválidos una cuota de puestos en personal subalterno de todos los organismos oficiales. Se trata de puestos compatibles con las respectivas incapacidades de los sujetos deficientes. Generalmente esos puestos más fácilmente pueden ser ocupados por minusválidos físicos que por deficientes mentales. Se reconoce que existe un número importante de empleos que no implican riesgo para las personas y que requieren poco

entrenamiento y capacitación para su desempeño. A pesar de esto se encuentra mucha timidez en la realidad para concretar esta oportunidad a pesar, muchas veces, del respaldo legal que lo avala. 5) La revisión de los ordenamientos laborales coloca en evidencia la existencia del precepto legal, pero no se cumple. Las condiciones económicas y de trabajo hacen letra muerta de lo legal. 6) Muchas empresas reaccionan más favorablemente a una aceptación espontánea de trabajadores minusválidos mediante incentivos económicos: exenciones tributarias, subvenciones fiscales, bonificaciones etc. La empresa, por su parte, debe responder mediante acciones de tipo asistencial, laboral, psicológico etc. El trabajo compartido entre personas minusválidas y personas válidas da lugar a la exigencia de adaptación.

Este trabajo fue realizado en los meses de Agosto y Diciembre de 1986. El estudio tuvo como propósito revisar programas y actividades que son aplicados para desarrollar las aptitudes y adaptaciones necesarias que facilitan la autonomía e integración social al trabajo del grupo de minusválidos. Se trataba de obtener algunos resultados que permitieran tener mayor información sobre el desarrollo vocacional y de la capacitación laboral y su actual adecuación a las necesidades laborales que se demandan en el mercado del trabajo.

Objetivos Generales

Conocer las orientaciones que tienen los programas para lograr la integración del minusválido al campo laboral. Relacionar con las posibilidades que la sociedad les brinda para formar parte del área del trabajo.

Objetivos Específicos

Estaban orientados a obtener información a través de la revisión de los programas: contenidos; grado de actualización; evaluar contenidos y comparar con la demanda que se hace de los minusválidos entrenados y rehabilitados. También se incluyeron objetivos en relación al personal que actúa en los centros rehabilitadores: número de especialistas, profesionales; nivel de preparación de los especialistas; nivel que se entrega a los minusválidos y que ayuda a su autonomía; actualización de los especialistas en materia de rehabilitación; determinar el número de recursos y el grado de modernización tecnológica utilizada para el proceso de rehabilitación como en el desarrollo de oficios.

Variables independientes para la subnormalidad: diagnóstico, desarrollo intelectual, tratamientos, manejo pedagógico, aspectos terapéuticos, sexo, edad, trabajo protegido. Para el lisiado: grado de invalidez, sexo, edad, trabajo protegido, rehabilitación.

Variables dependientes, para lisiados y subnormales: desarrollo posible de habilidades, adaptación social, autosuficiencia y adaptación laboral.

Material y Método

El estudio se realizó en la Región Metropolitana en nueve establecimientos ubicados en nueve comunas: Pudahuel, Lo Prado, Santiago Centro, La Reina, Providencia, San Miguel, Los Cerrillos, La Cisterna, La Granja. El estudio es retrospectivo, trasversal en el tiempo, donde se pretendió obtener datos y realizar observaciones directas en los establecimientos que salieron sorteados y destinados a rehabilitar y capacitar a los minusválidos. En los establecimientos rehabilitadores y capacitadores se recopiló datos de los especialistas y profesionales, como de técnicos que realizan esas actividades. El universo quedó constituido por todos los establecimientos que sus actividades fueran la rehabilitación de minusválidos. La unidad de observación estuvo constituida por los profesionales, especialistas y técnicos de los establecimientos rehabilitadores. La muestra quedó constituida por 163 personas. Se utilizó la técnica de la entrevista semiestructurada para el acopio de los datos.

Resultados

El 62% corresponde a profesores de la enseñanza básica. De estos sólo el 34% son especializados. 12% son kinesiólogos, 10% son terapeutas ocupacionales, 10% son instructores, 2% son psicólogos, 2% son protesistas y 2% son consejeros educacionales y vocacionales.

Las actividades están orientadas en un 8% moda, 6% artesanía, 6% mueblería, 4% pintura, 4% peluquería, 2% electricidad, 2% calzado.

Sólo el 38% del total de personas que participan han seguido cursos de especialización. La frecuencia se concentra en los profesores básicos.

El 70% nunca ha participado en ningún evento relacionado a su actividad.

Sólo el 50% utiliza programas específicos.

El 96% de los profesores especialistas están dedicados a subnormales.

De un total de 823 niños el 27% es atendido por profesor especialista, el 22% por kinesiólogo, el 21% por profesores de enseñanza básica, el 20% por terapeutas ocupacionales, el 7% por instructores, el 3% por consejeros, el 1% por el protesista.

El 81% de los profesionales, técnicos y otros opinan que el mayor problema para el proceso de rehabilitación son: recursos globales, falta de talleres especializados y medios físicos, herramientas, material audiovisual y benefactores.

Conclusiones

El proceso de rehabilitación de los minusválidos es un proceso que está realizándose asincrónicamente al mercado ocupacional prevaleciente. Los programas no están actualizados y las actividades no alcanzan el rango de oficios. No hay seguimiento ni preocupación por ubicación laboral. Se supone que el número de rehabilitados queda principalmente en el sector económico de servicios. El proceso de rehabilitación lo está llevando el profesor de enseñanza básica mayoritariamente. La búsqueda de mercado para ubicar los productos de los multitalleres no tienen destino por la baja capacidad empresarial de los que dirigen los multitalleres. Todos estos aspectos están limitando la posibilidad de una mejor rehabilitación y por lo tanto la ubicación laboral mejor rentada de los minusválidos.

GRAFICO Nº 1

MARCO DE REFERENCIA QUE INTERRELACIONA LAS
VARIABLES DEL PARADIGMA DEL ESTUDIO

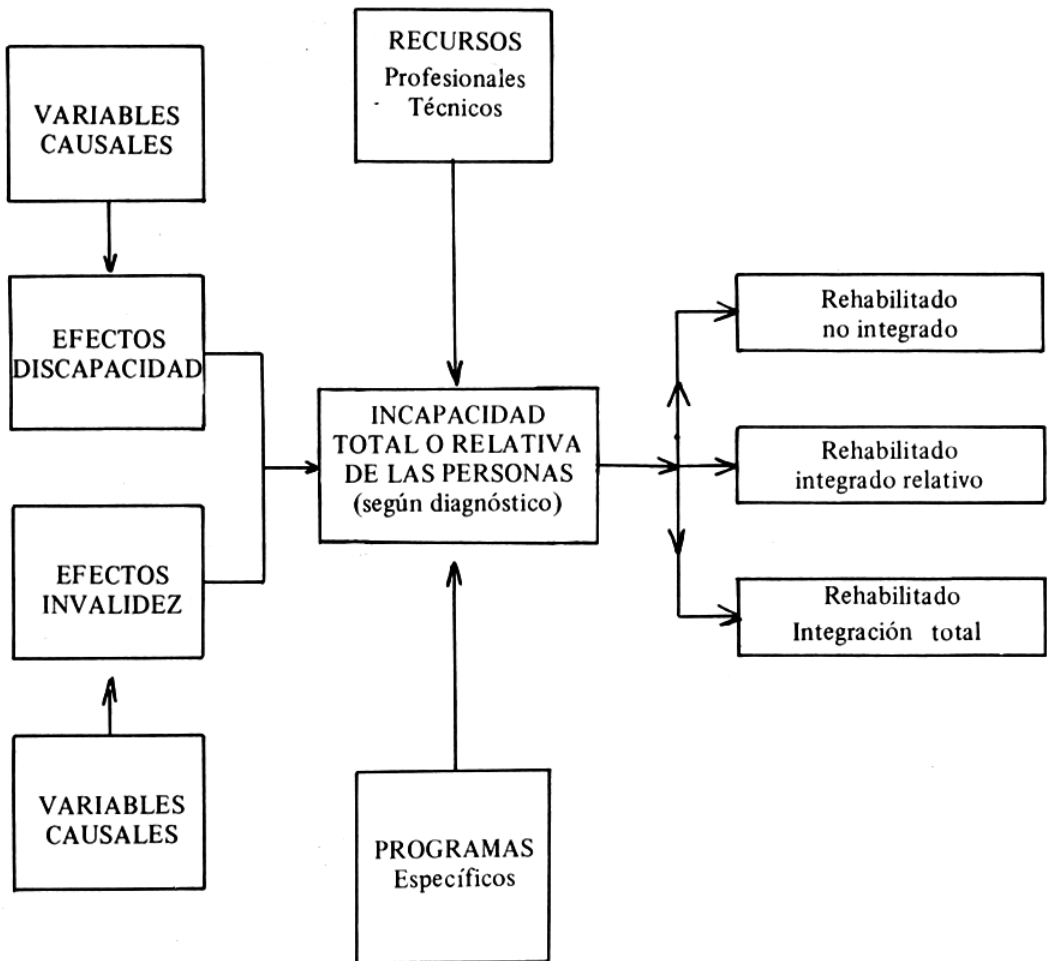


TABLA Nº 1

**NUMERO DE PACIENTES EN PROCESO DE REHABILITACION
SEGUN TIPO DE REHABILITACION**

Rehabilitadores	Pacientes	
	F	o/o
Profesor Especialista	219	27
Kinesiólogo	177	22
Profesores Básicos	174	21
Terapeutas Ocupacionales	166	20
Instructores	55	7
Consejeros Educativos	25	3
Protesista	7	1
Total	823	100

TABLA Nº 2

**TIPO DE DIFICULTADES QUE TIENE QUE ENFRENTAR EL
REHABILITADO PARA SU INTEGRACION AL CAMPO LABORAL
SEGUN OPINION DE LOS REHABILITADORES**

Tipo de Dificultades	F	o/o
No hay campo ocupacional	41	25
Prejuicio en el medio social	41	25
Falta de comprensión de los empresarios	37	23
Rechazo	34	21
Toma de conciencia de los padres	10	6
Total	163	100

117. LA MARGINALIDAD OCUPACIONAL DEL MINUSVALIDO: ESTUDIO SOCIO-ECONOMICO DESDE LA PERSPECTIVA EMPRESARIAL

Sociol. Sylvia Pessoa
(Escuela de Salud Pública, Facultad de Medicina, Universidad de Chile)

La comprensión del problema de la marginalidad ocupacional, o sea, la posibilidad de trabajo para los grupos de subnormalidad física y subnormalidad mental, no es una cuestión autónoma e independiente de las condiciones y situación general del trabajo en una sociedad. El planteamiento más realista del trabajo de los deficientes es aquel que lo considera en un marco de la situación general del empleo, de los procesos de producción y del sistema de producción en la sociedad de que se trate.

En segundo término, los conceptos de utilidad, productividad, rentabilidad, son indispensables para la aclaración del problema del trabajo de los subnormales. Son también conceptos relacionados entre sí, aunque no equivalentes. El de rentabilidad es el más estricto de ellos: alude a una productividad de nivel tal que resulta gananciosa. Debe, además, considerarse que el concepto mismo de ganancia o beneficio es relativa. Es redistributivo al sujeto que sale beneficiado con el trabajo, ¿el empresario? ¿la sociedad? En consecuencia, el trabajo humano nunca es útil o inútil, productivo o improductivo, rentable o no rentable en abstracto. Lo es —o deja de serlo— en concreto, en referencia a una economía y a una sociedad determinada, e incluso a una determinada instancia de una sociedad. Lo que puede resultar no rentable para un empresario concreto dentro de una economía de libre mercado de trabajo y de productos, en cambio, al mismo tiempo, podría ser productivo para la sociedad como tal.

Marco de referencia

El régimen capitalista competitivo y lucrativo de producción y de mercado hace no rentables muchos trabajos que serían socialmente útiles y productivos en un régimen económico distinto. En particular, hace difícil que actividades realmente productivas de trabajadores menos capacitados puedan competir con los rendimientos de otros trabajadores mejor dotados, porque tiende a eliminar a los primeros. En la selección de la mano de obra que por su misma naturaleza realiza el sistema capitalista de producción, quedan, antes que nadie, eliminados los sujetos deficientes, y entre ellos los deficientes mentales antes que los físicos. La situación de encontrar trabajo y su dificultad o la imposibilidad de encontrar trabajo, no es consecuencia directa de su incapacidad, tiene una ponderación, pero está directa e inmediatamente provocada por la situación económica dentro de un sistema de producción determinado.

De otro modo, hay modos de producción donde las variaciones en el mercado de trabajo obligan a una fuerte movilidad laboral, generalmente afrontada con cursos de formación acelerada. En este sentido, un minusválido tendría que enfrentar serias dificultades para seguir la movilidad del mercado de trabajo. Su misma incapacidad le hace menos capaz o incapaz del todo para obtener una reclasificación laboral diferente de la que recibió al principio.

Cuando se piensa en las oportunidades de trabajo de los subnormales habría que hacerlo en su totalidad. Los ejemplos aislados de individuos deficientes que trabajan posterior a un proceso de rehabilitación, constituyen un testimonio de la capacidad efectiva del subnormal de realizar un trabajo productivo y rentable, pero en ningún modo demuestran que otros, en idénticas condiciones, podrían encontrar empleo en una determinada coyuntura económico-social. En la posibilidad de encontrar una ubicación se observa que intervienen muchas variables —desde la amistad de la familia con el empresario, hasta la habilidad de un Director de multitalleres para obtener subvenciones— que no pueden generalizarse o extrapolarse a la totalidad del colectivo de posibles trabajadores subnormales.

La actual situación de desempleo, que es genérica para muchos países, puso en evidencia que ningún mercado es capaz de ofrecer a todos los hombres y durante tiempo indefinido un trabajo remunerador. Al no poder darlo a los hombres capaces empieza a negarlo a los hombres incapaces. Contemporáneamente, la automatización de los procesos de producción ha producido desempleo, frente a este desempleo también no es fácil que la situación de los deficientes encuentre soluciones satisfactorias.

Al no existir una situación de pleno empleo (ideal), siempre se reflejará en un excedente de mano de obra; la emigración de trabajadores hacia la frontera demuestra parte del fenómeno. Existe también la desocupación disfrazada. En estas circunstancias es imposible pensar en que todo subnormal adulto y capacitado pueda tener un puesto de trabajo. Los multitalleres tienen un alcance social muy limitado y poseen sobre todo un valor simbólico: ejemplarizan la capacidad laboral del deficiente.

Los fenómenos de emigración laboral, trabajo pendular, desocupación disfrazada y pluriempleos, son coexistentes. Bajo estas circunstancias la colocación laboral de los subnormales, estaría dependiendo entonces de una reducción de la desocupación disfrazada, del pluriempleo y las horas extraordinarias. Se podría hipotizar que independientemente del sistema de las fuerzas de producción, crecientemente automatizado, va a ser cada vez más difícil la integración laboral de los minusválidos mentales, al disminuir la importancia y necesidad de trabajo físico y exigir de cada trabajador una responsabilidad intelectual siempre mayor y para tareas siempre más complejas.

Propósito del Estudio

Obtener una aproximación más específica de los sectores empresariales y su posición frente a la contratación de grupos de trabajadores minusválidos. Relacionar lo anterior con la incorporación tecnológica al proceso de producción en pequeña, mediana y gran escala en cuanto a su intensidad.

Objetivos Específicos del Estudio

Determinar el número de empresas privadas y públicas que ofrezcan posibilidades de trabajo para estos grupos, clasificar y tipificar las empresas que contratan minusválidos, conocer el número de subnormales que logran una integración total al campo laboral, determinar y clasificar el número de estos grupos que conforman los integrados al trabajo.

Determinación de las variables. Independientes: sector económico de producción. Extracción, transformación y de servicios; actividad empresarial; nivel y grado de utilización tecnológica; sistema de contratación; experiencias de trabajo con minusválidos; prejuicios en los responsables de selección y reclutamiento.

Variables dependientes: no integración, integración relativa e integración total de los minusválidos al campo laboral.

Material y Método

Este estudio se realizó en la Región Metropolitana durante los meses de Agosto de 1986 a Enero de 1987. El estudio fue definido como exploratorio-descriptivo en esta primera etapa. Continúa en terreno hasta término de 1987 bajo el carácter explicativo.

Universo del estudio. Con el fin de lograr los objetivos específicos, como asimismo la hipótesis central del trabajo (con fines orientadores del mismo), el universo quedó constituido por las empresas públicas y privadas cuyas actividades correspondieran a los tres sectores productivos y tuvieran sede en la Región Metropolitana. Se procedió al empadronamiento por sector productivo. Dentro de cada sector se sorteó el área de actividad y dentro del área de actividad se sorteó la empresa. La muestra quedó constituida por 98 empresas de las siguientes áreas: metalúrgicas; industrias de glucosas y derivados; industrias de la madera y derivados; industrias agrícolas y derivados; industrias textiles e hilados; industrias químicas y derivados; industrias de confecciones; industrias de imprenta; constructoras; industrias envasadoras; prestación de servicios. La unidad de observación quedó constituida por todos los encargados del proceso de reclutamiento y selección de personal de las empresas. La unidad de análisis quedó constituida por los jefes de departamento o secciones del personal. La muestra quedó constituida por 98 personas, profesionales y técnicos. Se utilizó la técnica de la entrevista semi estructurada.

Resultados

Las empresas correspondieron a 7 comunas: Quinta Normal, La Cisterna, Maipú, Santiago Centro, Recoleta, Conchalí, Los Cerrillos.

Del total de Empresas sólo el 17,30/o contrataba minusválidos.

De las empresas que contratan minusválidos el 29,40/o corresponde a las textiles; con un 11,80/o lo hacen las empresas de confecciones, prestaciones de servicios y panificadoras, y con un 5,90/o lo hacen las embotelladoras, industrias plásticas y editoriales.

Del 1000/o de las empresas que contratan minusválidos, todas presentan experiencias con su trabajo.

De las empresas que no contratan minusválidos, el 770/o manifiesta tener conocimiento sobre lisiados y discapacitados mentales.

De las empresas que contratan minusválidos, 63 corresponden a lisiados y 6 a discapacitados. En total, las 17 empresas que contratan tienen 69 minusválidos.

En las empresas que contratan lisiados, un 480/o está en actividades manuales; un 25,30/o, en servicios; un 12,70/o en administración; un 11,10/o en ventas, y un 2,90/o en técnicas. Los discapacitados mentales están en un 83,30/o en actividad manual, y 16,70/o en servicios.

El 410/o de los jefes de personal de las empresas que contratan, opinan que sus actividades podrían ser desempeñadas por este grupo de personas; un 410/o manifiesta que sólo en parte, y un 180/o estima que no podrían desempeñarlas.

Los jefes de personal manifiestan (1000/o) que en relación a salarios, derechos y jornadas de trabajo, son igualitarios al resto del personal.

El 590/o de los jefe de personal informa que los lisiados y discapacitados desarrollan sus trabajos muy bien y un 410/o, bien.

En las empresas que no contratan, el 11,20/o manifiesta que no lo aceptan; el 13,50/o expresa que observarían su desempeño y medirían su capacidad intelectual; un 180/o los ayudaría; a un 240/o no le importaría el problema.

De las empresas que no contratan, un 420/o tienen prejuicio para emplear minusválidos, y el 580/o dice no tenerlo.

El prejuicio es 270/o por incapacidad para cumplir tareas; un 4,80/o por riesgo; un 3,60/o por presencia física; un 70/o por rechazo.

Conclusiones

Sobre la oportunidad y necesidad de trabajo del subnormal existe un general acuerdo. No están, en cambio, para todos tan claras la finalidad y función de ese trabajo. Se evidencia una falta de profesiograma o descripción de tareas valorables. Entre los subnormales se comprueba la segregación entre lo físico y lo mental.

TABLA Nº 1

**CONOCIMIENTO DEL JEFE DE PERSONAL SOBRE MINUSVALIDOS, SEGUN
ACTIVIDAD DE LA EMPRESA Y POLITICA DE CONTRATACION DE SUBNORMALES**

Actividad de la Empresa	Conocimiento Jefe de Personal sobre Minusválidos							
	Contratan				No contratan			
	Sí		No		Sí		No	
	F	o/o	F	o/o	F	o/o	F	o/o
Textiles	4	24	1	5	1	1,2	17	21,0
Metalúrgicas	3	20	—	—	—	—	23	28,0
Agrícolas	—	—	—	—	—	—	3	3,0
Comercio	—	—	—	—	2	2,5	11	13,0
Confecciones	2	12	—	—	2	2,5	4	5,0
Editoriales	1	5	—	—	1	1,2	1	1,2
Laboratorios	—	—	—	—	1	1,2	3	3,0
Embotelladoras	1	5	—	—	—	—	1	1,2
Fábrica Muebles	—	—	—	—	2	2,5	1	1,2
Constructoras	—	—	—	—	—	—	2	2,5
Servicios	2	12	—	—	—	—	7	8,6
Fábrica Plásticos	1	5	—	—	1	1,2	—	—
Panificadores	2	12	—	—	—	—	—	—
Total	16	95	1	5	10	12,3	71	87,7

TABLA Nº 2

**PREJUICIOS QUE ESTAN PRESENTES PARA NEGAR OPORTUNIDAD DE TRABAJO
A MINUSVALIDOS**

(Jefes de Personal de las empresas que no contratan)

Tipos de Prejuicios	F	o/o
Incapacidad para cumplir tareas	33	28
Rechazo	16	13
Son de alto riesgo laboral	24	20
Presencia física	6	5
Requieren de mucha preparación	8	7
Por la imagen de la empresa	10	8
Por el progreso de la empresa	23	20
(Categorías no excluyentes)	120	100

118. CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES QUEMADOS CONSULTANTES A UN SERVICIO DE URGENCIA RURAL

Drs. Mario Montecinos, Eduardo Gómez, Carlos Trujillo y Juan Carlos Molina
(Departamento de Salud Pública, División Occidente, Facultad de Medicina, Universidad de Chile)

Las quemaduras constituyen uno de los accidentes de mayor frecuencia como causa de consulta a Servicios de Urgencia. Estas se incluyen, además, entre las 5 primeras causas de muerte violenta en niños y adolescentes y en el grupo de 65 años y más.

El presente trabajo tiene por finalidad aportar información respecto a algunas características de los pacientes quemados atendidos en el Consultorio Médico Municipal de Colina.

Objetivos

- Establecer las características de la población estudiada según sexo y edad.
- Identificar los agentes etiológicos más frecuentes según sexo y grupo etario.
- Determinar la variación en el tiempo de las quemaduras según sexo y grupo etario.
- Frecuencia de los distintos tipos de quemadura según sexo y grupo etario.
- Establecer los lugares anatómicos más frecuentemente afectados, según sexo y grupo etario.

Sujetos y Método

Se analizan 235 casos de pacientes quemados, cuyas edades fluctuaban entre los 2 meses y los 66 años, y quienes consultaron entre Septiembre de 1984 y Octubre de 1986 en el Servicio de Atención Primaria de Urgencia del Consultorio Municipal de Colina (SAPU).

Se procedió a revisar las fichas clínicas de ingreso del mencionado Servicio, consignando: nombre, edad, fecha y hora del accidente, agente causal, lugar anatómico comprometido y tipo de quemadura.

Todos los pacientes habían sido evaluados por personal entrenado para tal efecto.

El análisis estadístico se hizo utilizando el test de Z y prueba de X^2 con 1% de significación.

Resultados

Se obtuvieron 235 casos de quemados, siendo el 57% mujeres ($n = 134$) y el 43% hombres (101 casos).

En lo relativo a grupos etarios, el 69,8% correspondió a menores de 14 años ($n = 164$) y el 30,2% a adultos ($n = 71$). Las frecuencias más altas se observaron en los siguientes grupos: 1 a 6 años, 46,8%; 25 a 64 años, 20,0%; 7 a 14 años, 18,7%. No hubo diferencias por sexo.

En relación a agentes etiológicos, los más frecuentes fueron los líquidos calientes, con un 68,4%; luego los sólidos calientes, con un 15,4%; en tercer lugar el fuego, con un 8,5%. Los agentes químicos, eléctricos y otros alcanzaron un 7,7%. No se apreció diferencias por sexo, pero sí las hubo entre niños y adultos en lo relativo a líquidos calientes (76,9% y 23,1% respectivamente; p menor que 0,0001).

Respecto a la variación en el tiempo de estos accidentes, se pudo comprobar que el 61,5% de ellos se concentraron en el segundo semestre. Al analizar por trimestres, las frecuencias más altas se observaron en el tercero y cuarto, 33,8% y 27,8% respectivamente. Al analizar los agentes etiológicos y su variación temporal, sólo los líquidos calientes muestran una relación clara al respecto, apreciándose una mayor frecuencia, significativa, en los meses correspondientes a otoño e invierno ($X^2 = 20,18$; X^2 crítico, 1% con 3 grados de libertad = 11,341). No hubo diferencias por sexo.

Las frecuencias observadas de los diferentes tipos de quemadura fueron: AB 58,6%, A 39,2% y B 2,2%. Se observó diferencias significativas entre niños y adultos en la forma AB 76,9% y 23,1% respectivamente; p menor que 0,0001.

En relación al lugar anatómico, llama la atención que en un 33,20/o estuvieron comprometidas las extremidades inferiores; en un 26,40/o las extremidades superiores, cabeza y tórax con un 6,40/o cada uno; otras localizaciones presentaron cifras inferiores al 50/o. No hubo diferencias por sexo y grupo etario.

TABLA Nº 1

**CARACTERISTICAS DE LA POBLACION ESTUDIADA SEGUN SEXO Y EDAD
COLINA 1984-1986**

Grupo Etario	Hombres		Mujeres		Total	
	Nº	o/o	Nº	o/o	Nº	o/o
0 - 5 meses	0	0,0	2	1,5	2	0,9
6 - 11 meses	4	4,0	4	3,0	8	3,4
1 - 6 años	53	52,5	57	42,5	110	46,8
7 - 14 años	18	17,8	26	19,4	44	18,7
15 - 24 años	7	6,9	16	12,0	23	9,8
25 - 64 años	18	17,8	29	21,6	47	20,0
65 y más	1	1,0	0	0,0	1	0,4
Total	101	43,0	134	57,0	235	100,0

TABLA Nº 2

**TIPOS DE QUEMADURAS SEGUN GRUPO ETARIO
COLINA 1984-1986**

Tipos de Quemaduras						
Etario	A		AB		B	
	Nº	o/o	Nº	o/o	Nº	o/o
Niños	69	64,5	123	76,9	2	33,3
Adultos	38	35,5	37	23,1	4	66,7
Total	107	39,2	160	58,6	6	2,2

119. FACTORES QUE CONTRIBUYEN AL DETERIORO DE LA SALUD BUCAL

Dra. Matilde González, Aux. Inés Burgos y Sra. Ilse López

(Servicio de Salud Ñuble y Escuela de Salud Pública, Facultad de Medicina, Universidad de Chile)

La Organización Mundial de la Salud, describe la salud bucal como el perfecto estado físico y funcional de las estructuras bucales. Un comportamiento favorable a su desarrollo y mantenimiento es de responsabilidad de cada persona, de la familia y de la sociedad. Esta situación ideal no existe a nivel mundial y nuestro país no es una excepción, presentándose, por tanto, un daño considerable en la salud bucal de la población, problema que ha preocupado a la Odontología en estos últimos tiempos dado que afecta a un porcentaje elevado de individuos, sin importar el lugar geográfico, edad, sexo u otras.

Estudios epidemiológicos demuestran que los daños son de gran prevalencia e incidencia a nivel mundial. Según datos estadísticos de la OMS, esta situación afecta a gran porcentaje de la población, ya que un 98% presenta caries, y un 68% tiene alguna alteración periodontal; esta y otras informaciones nos motivaron a indagar la realidad local y determinar los diversos factores que contribuyen en nuestra comunidad al aumento de las enfermedades bucales, y el conocimiento de la población en cuanto a aplicación de técnicas preventivas y de mantención de la salud bucal.

Objetivos

1. Conocer el promedio de piezas dentarias perdidas en relación a la edad.
2. Determinar el promedio de caries sin tratar en el momento del estudio en relación a la edad.
3. Determinar el conocimiento de los pacientes examinados sobre técnicas preventivas, específicamente cepillado dental en relación a la edad.
4. Conocer la frecuencia con que estos pacientes realizan el cepillado dental.
5. Determinar la real posibilidad de rehabilitación de los pacientes examinados.

Material y Método

Esta investigación se realizó en el Consultorio N° 4 Ultraestación de Chillán, dependiente del Servicio Salud de Ñuble. Este Consultorio tiene una población asignada de 10.204 personas, de las cuales 7.680 corresponden a zona urbana y 2.524, rural.

Para este estudio se consideró una muestra de 200 personas entre 10 y 40 años, que asistieron al Servicio Odontológico del Consultorio N° 4 entre el 1° de Octubre y el 19 de Noviembre de 1986. Se les realizó un examen clínico y una anamnesis exhaustiva, utilizando un documento diseñado especialmente para esta investigación.

Resultados

En nuestro estudio la edad de los pacientes examinados varía entre los 10 y 40 años, siendo éste un factor importante. Se consideraron los siguientes grupos etarios: a) 10-14: 57 pacientes; b) 15-19: 24 pacientes; c) 20-24: 42 pacientes; d) 25-29: 30 pacientes; e) 30-34: 26 pacientes; f) 35-40: 21 pacientes.

Conclusión

El daño dentario es bastante frecuente en nuestra población, un 86% no presenta un perfecto estado físico y funcional de sus estructuras bucales.

La pérdida de piezas dentarias definitiva comienza a temprana edad, considerando que el recambio de la fórmula de piezas dentarias definitiva comienza a los 6 años, a los 10 años ya existe un promedio de 2,14 (pieza dentaria perdida por pacientes). Esta situación se agudiza con el aumento de la edad, así es como a los 40 años el promedio llega a 12,8.

La caries es una enfermedad de alta prevalencia, según la OMS es de un 98%. En nuestro estudio el 91% de los pacientes examinados tiene caries.

A pesar de la difusión masiva de la técnica de cepillado sólo existe un 38,6% que la conoce, sin embargo, aún con desconocimiento de cómo cepillarse los dientes en forma efectiva, la frecuencia con que los pacientes examinados la realizaban mayoritariamente era de 2 y 3 veces diarias.

Los pacientes, después de haberse informado de la magnitud de su daño bucal, declararon su incapacidad de rehabilitación por problemas económicos y psicológicos.

De los pacientes examinados, un 66% era de sexo femenino y un 33% masculino. De ello se deduce que el interés femenino por mejorar su salud bucal está motivado principalmente por la estética.

Se observó que el 69,5% de los pacientes proviene del sector urbano y el 30,5% del sector rural. Estos últimos no cuentan con Odontólogo en su comunidad y no concurren por problemas económicos y de gran distancia entre su lugar de origen y el Consultorio.

En cambio, en el grupo de 1-14 años el 57,5% es rural y el 42,2% es urbano, lo que nos hace pensar que los programas de prevención realizados a nivel de las escuelas, tanto en profesores como alumnos desde hace aproximadamente 4 años, serían un factor de motivación para concurrir al Servicio Odontológico y recuperar su salud bucal.

Finalmente, podemos concluir que frente al daño existente en salud bucal en nuestra población, se debería prevenir, y si éste ya ha sido producido, realizar el tratamiento en forma precoz evitando así que se produzca deterioro de la salud bucal.

TABLA Nº 1

TOTAL DE PACIENTES EXAMINADOS EN CADA EDAD. PACIENTES CON PIEZAS PERDIDAS Y PROMEDIO DE PIEZAS PERDIDAS

Edad	Total Pacientes	Pacientes con Piezas Perdidas	Total Piezas Perdidas	Promedios
10-14	57	35	75	2,14
15-19	24	21	75	3,75
20-24	42	40	237	5,92
25-29	30	30	230	7,66
30-34	26	26	254	9,8
35-40	21	21	269	12,8

Del total de 200 pacientes, 27 no presentaron pérdida de piezas dentarias, de los cuales 22 corresponden al grupo etario de 10-14 años sólo 3 pacientes del grupo 15-19 y 2 pacientes del grupo 20-24 años.

TABLA Nº 2

TOTAL DE PACIENTES EXAMINADOS POR EDAD PACIENTES SEGUN TENGAN O NO CARIES SIN TRATAR Y PROMEDIO DE CARIES SIN TRATAR

Edad	Total Pacientes	Caries			Promedio Caries
		Sin Caries	Con Caries	Total Caries	
10-14	57	7	50	269	5,38
15-19	24	2	22	165	7,5
20-24	42	5	37	243	6,56
25-29	30	0	30	200	6,66
30-34	26	1	25	131	5,24
35-40	21	3	18	85	4,72

De los 200 pacientes, 18 no presentaron ninguna caries, son destacables los 7 casos del grupo 10-14 años, ya que es grupo considerado más vulnerable al proceso de caries.

De los 200 pacientes, 18 no presentaron ninguna caries; son destacables los 7 casos del grupo 10-14 años, ya que es el grupo considerado más vulnerable al proceso de caries.

120. LA EXODONCIA PREMATURA EN PIEZAS DENTARIAS PERMANENTES COMO PROBLEMA EN SALUD BUCAL

Dras. Matilde González, Adriana Quezada, Sonia Millán y Gabriela Silva, y Sra. Ilse López
(Servicio de Salud Ñuble y Escuela de Salud Pública, Facultad de Medicina, Universidad de Chile)

Siendo la falta de salud bucal un problema evidente en la población, en la última década la Odontología ha orientado gran parte de sus recursos hacia lo social con actividades de Fomento y Prevención. Sin embargo, en el quehacer odontológico local aún se observa con gran preocupación que numerosas personas acuden a nuestro Servicio Asistencial con el fin de realizarse una o varias exodoncias por las más diversas causas.

Considerando arbitrariamente como pérdida prematura toda pieza permanente extraída antes de los 40 años, ya sea por caries, enfermedad periodontal, indicación ortodóncica u otras, lo que trae consigo no importando la edad del individuo, complicaciones en el Sistema Estomatognático de mayor o menor magnitud, según sea el caso.

Pensando que la mayoría de los individuos ha perdido una o varias piezas dentarias, con la consecuente ruptura del equilibrio Bucomaxilo-facial, se ha querido averiguar la situación actual del problema, sus principales causas y aquellas complicaciones más comunes, originadas por dichas pérdidas.

Objetivos

1. Conocer la distribución por edad de una muestra de 200 pacientes examinados en relación a la exodoncia prematura.
2. Determinar el índice "P" en relación a la edad (clasificando Índice "P" con los términos bajos, medios y altos, según el número de piezas perdidas en los individuos del estudio dentro de determinado rango).
3. Analizar las principales causas que llevan a la exodoncia en las personas según edad.
4. Describir las complicaciones que origina la pérdida de piezas dentarias según grupo de edad.

Material y Método

Para este estudio se consideró a todas las personas de 10 a 40 años que acudieron al Servicio Dental del Consultorio N° 4 de Chillán, entre el 1° de Octubre y el 19 de Noviembre de 1986, a quienes se les realizó un examen de salud bucal, registrando los resultados en una ficha ad-hoc, diseñada para los fines de este estudio.

En relación al Índice "P" mencionado, se puede decir que no habiéndose investigado el problema de las piezas dentarias perdidas en pacientes de hasta 40 años, y no existiendo un término con el cual definir esta situación, se creó el Índice "P", definiéndolo como el número de piezas dentarias perdidas en un individuo y clasificándolo en 3 niveles: Índice "P" Bajo, Índice "P" Medio e Índice "P" Alto.

Resultados

En el estudio de una muestra de 200 pacientes examinados, en 173 casos de ellos (86,50/o) llegó a realizarse una o más exodoncias.

Entre 25 y 40 años es la única causa por la que solicitaron atención estos pacientes, y sólo 27 pacientes (13,50/o) consultaron por otras causas, siendo de los grupos de 10 a 24 años.

En relación al Índice "P", el 13,50/o presenta Índice "P" = 0, el 32,0/o un Índice "P" Bajo, el 34,0/o un Índice "P" Medio y un 20,50/o un Índice "P" Alto, destacándose el grupo de 10-19 años con Índice "P" = 0 (30,90/o) e Índice "P" Bajo (54,30/o); el grupo de 20-29 años con Índice "P" Bajo (26,30/o), Índice "P" Medio (47,20/o); Índice "P" Alto (23,60/o); el grupo de 30-40 años con Índice "P" Medio (49,0/o) e Índice "P" Alto (48,90/o).

En relación a la causa predominante de la pérdida dentaria llegamos al resultado tradicional que es la "Caries Dentaria".

Se observó: Caries 99,0/o = 171 casos; Enfermedad Periodontal 0,50/o = 1 caso; Ind. Terapéutica 0,50/o = 1 caso.

Basándose en la observación clínica del grupo de pacientes en estudio, la complicación más frecuente es de tipo funcional, en un 79,60%. Complicaciones de tipo mixta (estética-fonética-funcional) se observaron en un 16,70% y se reparten en igual porcentaje 1,790% la estética y mixta (estética-fonética).

De un total de 51 pacientes entre 10-19 años un 980% de ellos presentó alteraciones de tipo funcional, cifra importante pues indica que a temprana edad un gran número de individuos no puede desarrollar funciones básicas del aparato masticatorio; en el grupo de 20-29 años se presenta el mayor porcentaje de problemas funcionales (34,10%), continuando el grupo de 10-19 años (29,90%) y finalmente el grupo de 30-40 años (15,50%), cifras que en conjunto dan un total de 79,60% de los pacientes con alteraciones funcionales.

Conclusión

Al comienzo de este trabajo se planteó la situación de que gran número de individuos han perdido 1 ó más piezas dentarias precozmente. Este estudio ha dado resultados claros de la situación actual local en un sector de nuestra población.

Podemos decir que como es tradicional, la causa predominante que lleva a pérdida prematura es la "Caries Dentaria". La complicación que trae esto consigo es, en la mayor parte de los casos, de tipo funcional.

Ahora, si analizamos la problemática específica de la extracción prematura en relación a la causa principal que nos lleva a ella, pensamos que es un problema agudo difícil de solucionar con los recursos actuales tanto humanos, físicos, etc., existentes en nuestros Servicios Asistenciales, lo que lleva a la necesidad de crear nuevas estrategias tendientes a utilizar las técnicas de fomento, protección y rehabilitación específica en Salud Bucal en el grupo etáreo más susceptible, como sería el de 2-14 años, para disminuir precozmente la incidencia y prevalencia de patologías bucales que nos llevan a realizar extracciones que pudieran ser evitables.

TABLA Nº 1

**PORCENTAJE DE PACIENTES QUE SOLICITARON ATENCION DENTAL
PARA EXODONCIA U OTRA CAUSA EN CADA GRUPO DE EDAD**

Edad	Exodoncia		Otra Causa		Total	
	Nº	o/o	Nº	o/o	Nº	o/o
10-14	35	61,4	22	38,6	57	100
15-19	21	87,5	3	12,5	24	100
20-24	40	95,2	2	4,8	42	100
25-29	30	100,0	0	0,0	30	100
30-34	26	100,0	0	0,0	26	100
35-40	21	100,0	0	0,0	21	100
Total	173	86,5	27	13,5	200	100

TABLA Nº 2

DISTRIBUCION POR EDAD EN RELACION AL INDICE "P"

Edad	0		Bajo		Medio		Alto		Total	
	Nº	o/o	Nº	o/o	Nº	o/o	Nº	o/o	Nº	o/o
10-14	25	30,9	44	54,3	11	13,6	1	1,2	81	100
20-29	2	2,8	19	26,3	34	47,2	17	23,6	72	100
30-40	0	0,0	1	2,1	23	49,0	23	48,9	47	100
Total	27	13,5	64	32,0	68	34,0	41	20,5	200	100

121. DOCENCIA DE LA ESCUELA DE VERANO EN SALUD PÚBLICA 1986

Drs. Enrique Cancec y Ernesto Medina
(Escuela de Salud Pública, Facultad de Medicina, Universidad de Chile)

Las Escuelas de Temporada fueron fundadas en 1936 bajo el gobierno del Rector Juvenal Hernández, y desde esa fecha se han constituido en uno de los agentes de educación más importantes para vincular la Universidad con su medio social. Es por ello que la Escuela de Salud Pública de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile organizó una vez más en 1986, Escuelas de Temporada de Verano cuyo propósito fue el de renovar, actualizar y completar los conocimientos de los profesionales, alumnos y de toda persona interesada en las materias de Salud.

Se contó con el auspicio de la Dirección General de Educación, Centro de Perfeccionamiento del Magisterio, Sociedad de Biología de Chile y UNICEF. Los cursos efectuados fueron: Reproducción, Fisiología, Materia y Energía, Nutrición del Adolescente, Adolescencia, Dificultades del Aprendizaje, Microprocesadores y Sexología Clínica.

Propósito

Evaluar la Escuela de Verano en Salud Pública 1986, a fin de producir un proceso de retroalimentación para lograr un mejoramiento sistemático y planificado de futuras escuelas.

Material y Método

Se trata de un estudio descriptivo cuyos datos se obtienen de los programas de cursos y de un instrumento precodificado impartido a los alumnos. El universo está constituido por 890 alumnos y se obtuvieron 803 respuestas (90,2% del total). La unidad de análisis fue el alumno.

Resultados

a) Características generales de los alumnos.

El 73% corresponde al sexo femenino y el 27% al masculino.

Las edades tuvieron un rango entre 18 y 72 años, siendo el promedio de 33,4 y la mediana de 32 años.

El área económica en la cual se desempeñaban los alumnos era principalmente Educación, con un 50%, seguido de Salud, con un 30%.

Los alumnos pertenecían a 19 profesiones distintas, siendo la mitad profesores, y un séptimo, médicos cirujanos (Tabla 1).

El 36% estaban empleados en instituciones fiscales o municipales, el 30% en instituciones particulares, el 8% en mixta, y el 4% eran trabajadores independientes.

El resto correspondía al 15% de estudiantes y el 8% de cesantes.

El 89% de los profesionales desempeñaban actividades correspondientes a su quehacer profesional.

b) Características académicas de los docentes.

El número total de académicos participantes fue de 56, perteneciendo éstos a 14 profesiones diferentes.

El grado académico de profesor titular lo poseía el 38% de los docentes.

El 71% de los docentes era miembro de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile, estando representadas las 4 divisiones y 19 Departamentos de ella. El 29% restante provenía de 11 instituciones colaboradoras.

c) Percepción de los alumnos en relación a las Jornadas.

La calificación de excelente o buena se logró con respecto a: metodología en el 95%; nivel de los contenidos en el 90%; métodos audiovisuales en el 71% y coordinación en el 11% (Gráfico 1).

En relación a los aspectos negativos de las Jornadas, algo más de la mitad declararon que no existían, 14% brevedad, otro 14% fallas en métodos audiovisuales, menos del 7% falta de apuntes, superficialidad y otros.

Entre los aspectos positivos destacan la calidad del expositor, con el 270/o, metodología 200/o y materias bien sintetizadas 140/o.

La opinión de los alumnos de actividades como esta Escuela de Verano fue excelente en el 450/o; parte del rol universitario 120/o; positiva en el 110/o e interesante en el 90/o; el resto tuvo diversas opiniones positivas.

Conclusiones y Comentarios

La Escuela de Temporada de Verano en Salud Pública fue exitosa porque: 1) comprometió a prestigiosas instituciones; 2) tuvo una alta matrícula (890 alumnos); 3) los alumnos declararon una alta apreciación de los cursos, y 4) contó con una selecta concurrencia de docentes de diversas áreas del saber, quienes poseían, además de su prestigio científico, especiales condiciones pedagógicas que les permitieron cumplir adecuadamente sus funciones ante un alumnado multidisciplinario.

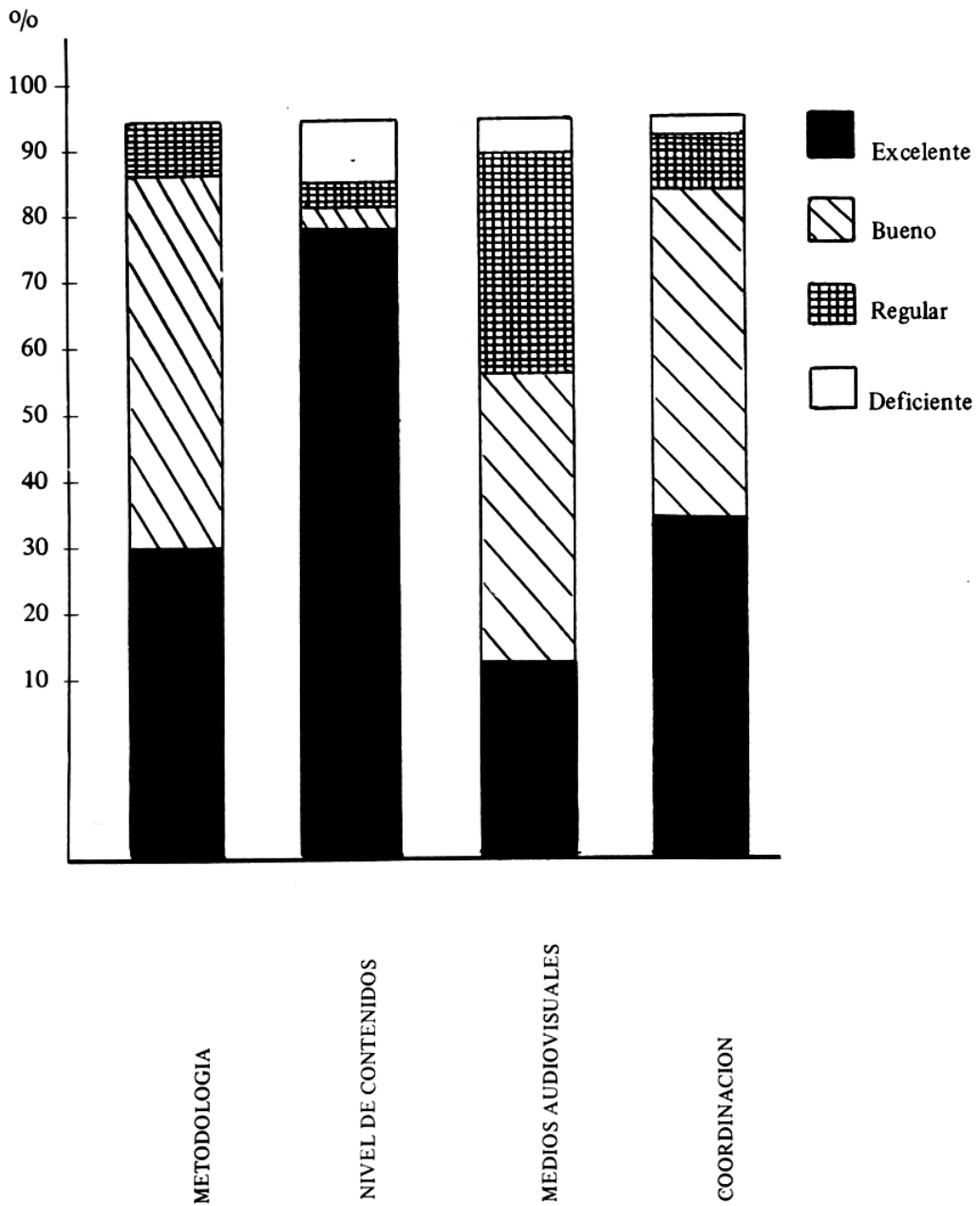
TABLA Nº 1

PROFESIONES DE LOS ALUMNOS DE LA ESCUELA DE VERANO 1986

Profesiones	Nº	o/o
Médico Cirujano	95	14,2
Enfermera	38	5,7
Matrona	38	5,7
Tecnólogo Médico y Terapeuta Ocupacional	19	2,8
Dentista	11	1,6
Nutricionista	16	2,4
Fonoaudiólogo	2	0,3
Químico Farmacéutico	2	0,3
Psicólogo	10	1,5
Ingeniero	5	0,7
Arquitecto	4	0,6
Profesor	329	49,0
Orientador	23	3,4
Profesor Educación Diferencial	39	5,8
Educadora de Párvulos	18	2,7
Abogado	2	0,3
Asistente Social	18	2,7
Periodista	2	0,3
Total	671	100,0

GRAFICO Nº 1

EVALUACION DE ALGUNAS CARACTERISTICAS DE LOS CURSOS SEGUN GRADOS



ESTE LIBRO SE TERMINO
DE IMPRIMIR EN
LOS TALLERES DE
LITOGRAFIA VALENTE
EN MAYO
1988

