



V JORNADAS CHILENAS DE SALUD PUBLICA

Resúmenes de trabajos aceptados

1985

V JORNADAS CHILENAS DE SALUD PUBLICA

1985

RESUMENES DE TRABAJOS ACEPTADOS

PROLOGO

La salud pública chilena ha sido pionera en América Latina en lo relativo a organización de servicios de salud, en la enseñanza de pregrado y la capacitación de postgrado de profesionales, como igualmente en el desarrollo prioritario de servicios de atención primaria, de elevada cobertura poblacional que han permitido controlar dramáticamente los elevados riesgos materno-infantiles. Todo lo anterior es el resultado de una permanente preocupación del nivel normativo y del nivel ejecutivo de acción en salud. Dicha preocupación se expresa en la investigación de los problemas, el desarrollo de innovaciones y de adecuaciones locales a las normas nacionales, en la aparición de programas de enseñanza y de asistencia.

Este volumen recoge las inquietudes nacionales en el campo de la salud pública expresadas en los trabajos aceptados a las V Jornadas Chilenas de Salud Pública, que han sido posibles gracias al apoyo del Ministerio de Salud, en particular la Oficina de Asuntos Internacionales, y la Organización Panamericana de Salud. Reunieron en noviembre de 1985 a 410 profesionales de todas las regiones del país, autores de experiencias en investigación, administración y docencia de la salud pública y disciplinas conexas.

El comité organizador estuvo presidido por el Dr. Ernesto Medina y estuvo formado por los Drs. Marcos Donoso y Ana M. Kaempffer, el ingeniero Francisco Unda y el Sr. Luis Marchant, jefes de divisiones de la Escuela de Salud Pública. Participaron en la dirección de las sesiones los doctores Ramiro Molina, Ana M. Kaempffer, Marcos Donoso, Ernesto Medina, Juan Margozzini, María de la Fuente, Adela Legarreta, Sta. Elizabeth Gudelhofer, Drs. Adriana Campos, Raquel Carrasco, Aída Kirschbaum, Ramón Florenzano, Luis Caris y los Srs. Luis Marchant y Cristián Pereda, a todos los cuales agradecemos su valiosa contribución. El personal de secretaría y apoyo estuvo dirigido por la Sra. Mabel Navarrete.

Dr. Ernesto Medina L.

INDICE DE TRABAJOS ACEPTADOS

SITUACION DE SALUD

Morbilidad en la atención abierta dada en el nivel primario de atención. Rafael Vera, Pablo Murúa y Rita Navarro	16
Análisis multivariante de la situación de salud en Chile. Mario Tarride, Ernesto Medina y Julia González	21
Comportamiento de la mortalidad infantil en la II Región Antofagasta. Patricia Ramírez y Blanca Viveros	26
Tendencia histórica de la mortalidad infantil en Bío-Bío. Rafael Vera y Ana López	29
Una solución metodológica al problema de las defunciones con causa mal definida. Berta Castillo, Graciela Mardones y Silvio Possoli	32
Desarrollo demográfico de las provincias y regiones de Chile en un siglo. Klaus Heider.	34

ATENCION DE SALUD

Imágenes de salud y enfermedad de los usuarios de un consultorio periférico. Diego Zalazar, Amelia Salomón, Fernando Aliaga y cols.	38
Salud familiar: una estrategia para su implementación en un consultorio de atención primaria. Fernando Lira e Isabel Ringeling	41
Factores asociados al grado de satisfacción por la atención médica pediátrica. Juan Pablo Vignau, Teresa Carrasco, Yazmin Díaz y cols.	42
La satisfacción por la atención médica pediátrica: pautas para la medición de variables cualitativas. Luis Gajardo y Juan Pablo Vignau	46
Evaluación de la productividad de los consultorios materno-infantiles Nelly Chang y Amelia Salomón	49
La urgencia pediátrica en Valdivia: atención indiscriminada de demanda. Teresa Bilbao, Irene Neumann, César Rebolledo y cols.	50
Sectorización y localización de la demanda en postas rurales y consultorio general rural. Rodrigo Aguirre, María Paz Guzmán, Alvaro Téllez y cols.	52
Análisis de las áreas de influencia de las postas rurales de Pirque. Magdalena Serrano, Luz Valenzuela.	52
Estructura de la morbilidad y capacidad resolutive en una zona rural. Rodrigo Aguirre, María Paz Guzmán, Alvaro Téllez y cols.	53
Pauta de evaluación para postas de salud rural. Pilar González, Carmen Portales, Ana Avila y Hernán Jeria	54
Evaluación del programa de salud rural de Bío-Bío. Iván Álvarez, Lilia Mangili, Lilian Daza y cols.	57
Programa de apoyo del Consultorio buque Cirujano Videla. Máximo Homann, Marco Anabalón, Mónica Moreno y cols.	59
Una experiencia en salud rural. Marcelino Gallardo, Patricia Cortez y María Márquez	61

La participación comunitaria, una actividad clave en el desarrollo de la salud de la comunidad.	
Diego Zalazar	62
Imagen de dirigente de salud de una comunidad.	
Diego Zalazar	64
Un caso de estimulación de una comunidad para participación en salud.	
Diego Zalazar	65
Talleres de diagnóstico participativo: una experiencia de trabajo comunitario de un equipo de salud.	
Luz María Pérez y cols.	66
Semiología y farmacología populares en usuarios del nivel primario de atención.	
Diego Zalazar, Paula Bulnes, Ana María Peña y cols.	67
Consideraciones sobre la administración de hospitales.	
Heriberto Arellano	69
Volumen de producción de raciones y costos en hospitales de Santiago.	
Ana M. Wall, Ricardo Bize y Verónica Botteselle	70
Capacidad resolutive obstétrica en un hospital rural.	
Roberto Baechler, Carmen Gloria Silva	73
Participación de un hospital tipo I en las actividades quirúrgicas de una Región.	
Pablo Atria, María Alicia Rojas, Ester Morgado y cols.	75
Cirugía de nivel secundario simplificado en un hospital de nivel primario.	
Lorenzo Merello, José Aedo, Carlos Tampier y cols.	76
Programa de cirugía no compleja vespertina.	
Ruth Arnao, Juan José de la Torre, Elías Bitrán y cols.	77
Atención de salud en desastres: una experiencia local.	
Roberto Baechler	82
Capacitación en Servicio de Salud Ñuble	
Elba Rosa González	84
Investigaciones en Servicios de Salud en Chile.	
Juan Giaconi y Solange Valenzuela	86
Las dificultades de evaluar el programa odontológico.	
Sergio Morales	90
Autoexamen bucal.	
Silvia Mella, Beatriz Blanco y Leticia Olmo	91
Características socioculturales relacionadas con salud en dos comunidades del Plan Kellogg y Santiago Norte.	
Diego Zalazar	92
El médico, el paciente y su mutua frustración de expectativas.	
José Manuel Arana	94
La familia, unidad médico-social en la atención primaria.	
Diego Zalazar	95
Estudio de la medicina botánica en el área de un consultorio urbano de Santiago.	
Francisco Donoso y Eduardo Sarué	96
Observación de conductas resolutivas psicosociales en profesionales de salud.	
Diego Zalazar	98
Estudio de la incongruencia entre la opinión general y la conducta particular respecto a algunos problemas de salud.	
Diego Zalazar	101

Experiencia en desarrollo modernizante de un líder de salud folklórico en una comunidad semirural. Diego Zalazar, Marcelo Maturana y Paula Bulnes	102
EDUCACION MEDICA	
Características de los médicos egresados de las universidades chilenas, 1978-1982. I. Aspectos demográficos. Héctor Ugalde, Raquel Carrasco, Rodrigo Contreras y cols.	103
Id. II. Formación de postgrado. Raquel Carrasco, Rodrigo Contreras, Francisco Cumsille y cols.	105
Estudio comparativo de las calificaciones de los estudiantes de medicina chilenos. 1978-1980. Enrique Vicentini, Rodrigo Contreras y Héctor Ugalde	107
Estudio comparativo entre nota de título y algunos aspectos del futuro profesional de los egresados de medicina, 1978-1980. Héctor Ugalde, Enrique Vicentini y Francisco Cumsille	109
Rol del interno en la integración docente asistencial. Análisis de una experiencia. Aníbal Salazar, Jorge Numair, Pablo Araya y cols.	113
SALUD MATERNAL	
Análisis de los egresos hospitalarios por aborto, Hospital Sótero del Río. Luis Espinoza y Hugo Muñoz	116
Diabetes gestacional Juan de Dios Jeria, Germán Ilabaca, Hugo Hidalgo y cols.	118
Análisis del parto domiciliario en la provincia de Arauco. Eduardo Flores, María Soledad Sáez, Angela Zúñiga y cols.	120
Evolución de la atención profesional del parto en Bío-Bío. Rafael Vera y Ana López	123
Análisis clínico-epidemiológico de la infección puerperal. Juan de Dios Jeria, Germán Ilabaca, Hugo Hidalgo y cols.	125
Evaluación del programa maternal en el Consultorio de la Embarazada Adolescente de Valparaíso. Francisco Herbert, Ana Cáceres, Saúl Horta y cols.	127
PERINATOLOGIA	
Estudio colaborativo de peso de nacimiento en Chile. Nelson Vargas, Edith Thomas, Claudio Méndez y cols.	129
Peso al nacer: factor contribuyente al crecimiento físico y morbilidad del primer año de vida. Patricia Bondi, Francisco Olivari, Haydée Sepúlveda y cols.	131
Influencia de algunas variables maternas sobre el peso del recién nacido. Ena Raby, Mónica Pérez, Raquel Ramírez y cols.	134
Relación entre el estado nutricional y características biodemográficas de la embarazada y el peso del recién nacido. Arturo Pinto, Luis Ramírez, Johnston Santibáñez	135
Cuidados maternos del recién nacido. Nora Vera, Eduardo Sarué e Ilse López	138
Evaluación del recién nacido en el control ambulatorio. Marcia Santana, Jorge Gutiérrez, Genoveva Figueroa y cols.	141

Análisis de la integridad de los registros de nacidos vivos por circunscripciones del Servicio de Salud Bio-Bío.	
Iván Álvarez y Ana López	143
SALUD DEL LACTANTE Y DEL PREESCOLAR	
Alimentación natural exclusiva en el Servicio de Salud Metropolitano Norte.	
Elizabeth Aponte, Violeta Bugueño, Alicia Coronado y cols.	144
Edad de la marcha en un grupo de niños.	
Ilse López, Tamara Montero, Eliana Palta y cols.	148
Niños con déficit nutricional e influencia de la edad del destete.	
Ana María Naranjo, Estelvina Miranda y cols.	150
Consumo de leche cereal (PNAC) en una comunidad rural.	
Víctor González, Patricia Cordella, Clara Salinas y cols.	154
Inversión de tiempo en la recuperación del desnutrido menor de un año.	
Hugo Molina, Sara Castillo, Ilse López y cols.	156
Participación de la comunidad en la recuperación de niños desnutridos.	
Marta Latorre, Ana Contreras y cols.	158
Intervalo intergenésico y factores de riesgo para la salud infantil.	
Nelson Vargas, Solange Valenzuela, Carlos Catenacci y cols.	159
Hijos no deseados en el medio urbano-rural: una pauta de detección.	
Raquel Cuchacovich y Nelson Vargas	161
La morbilidad en el lactante menor de Til Til.	
Patricia Cordella, Florentina Auger, Manuel León y cols.	163
La bronconeumonía del menor de un año atendida en un consultorio de atención primaria.	
Adela Figueroa, Cecilia Guerrero, Sylvia Olmedo y cols.	165
Síndrome de muerte súbita del lactante.	
José Belletti, Aníbal Salazar y Jorge Numair	168
Anomalías congénitas en Chile.	
Aída Kirschbaum y Gloria Páez	171
Labio leporino y paladar hendido en el recién nacido. Estudio de casos y controles.	
Julio Nazer, Hugo Muñoz, Jorge Catalán y cols.	173
Los niños con mielomeningocele en control y tratamiento en el Instituto de Rehabilitación Infantil de Santiago.	
María Antonieta Blanco, Susana Lillo y Alejandro de la Maza.	176
Etnomedicina de lactantes bajo control en una posta rural.	
Julia González, Jaime Ventura y Miguel Villaseca.	177
Etnomedicina de lactantes bajo control en un consultorio periférico urbano.	
Julia González, Jaime Ventura, Miguel Villaseca y cols.	178
Impacto de la lactancia materna en la salud del preescolar.	
Jorge Gutiérrez, Ilse López, Genoveva Figueroa y cols.	180
Morbilidad de niños en situación irregular menores de 6 años en la Casa Nacional del Niño.	
Alicia Briceño, Victoria Gassibe y Julia Pinto	182
SALUD DEL ESCOLAR Y DEL ADOLESCENTE	
Conocimientos de higiene y cuidado personal y ambiental en población escolar.	
Francisco Radrigán, Claudio Daza, Pablo Franco y cols.	
Percepción de patologías bucales en escolares del Gran Santiago.	
Silvia Mella y Ximena Molina.	

Aspectos programáticos de la atención de salud del adolescente. Marlene Calvanese, Elizabeth Berger, Luz Conejera y cols.	188
Aplicación de un instrumento de funcionamiento familiar en la atención primaria de adolescentes. Matilde Maddaleno, Nina Horwitz, V.C. Jara y cols.	191
Atención psicológica a adolescentes. Ana Cáceres, Saul Horta, Herbert Francis y cols.	192
Creencias de adolescentes de primer año medio sobre el uso de anticonceptivos. Myriam Durán	194
Embarazo en adolescentes en un hospital rural. Marcelino Gallardo y Rosa Klein	197
Embarazo en la adolescencia en una comunidad rural. Midori Sawada, José Pereira y María Inés Romero	198
Características sociales de embarazadas adolescentes de una comunidad rural. Midori Sawada, José Pereira y María Inés Romero	201
La madre adolescente: seguimiento post-parto. Saul Horta, Herbert Francis, Ana Cáceres y cols.	203
Análisis de un programa de adolescentes en zona rural. Gian Pallini, Marta Hernández y Juan Monsalve	205
Adolescente rural y educación en salud. Gian Pallini, Marta Hernández, Juan Monsalve y cols.	207
SALUD AMBIENTAL	
Disociación ecológica de pobladores frente a problemas de salud generados por la comunidad. Diego Zalazar y Paula Bulnes	210
ENFERMEDADES INFECCIOSAS	
Revisión estadístico-epidemiológica de cuatro enfermedades transmisibles. Klaus Heider	211
Enfermedades infecciosas y parasitarias en Chile. Aída Kirschbaum y Ernesto Medina	214
Estudio de Salmonella Typhi en cursos de agua de la ciudad de Santiago. Catherine Ferreccio, Aída Kirschbaum y cols.	217
Hidatidosis en Chile; situación epidemiológica actual. Iván Serra y Luis Marchant	219
Brote epidémico de hepatitis viral en Pirque. Rodrigo Aguirre, María Paz Guzmán, Alvaro Téllez y cols.	221
Estudio de campo de una vacuna BCG liofilizada Ivana Azzini, Raquel Carrasco, María de la Fuente y cols.	222
Enfermedades de transmisión sexual notificadas en un centro especializado. Raquel Carrasco, Mauricio Céspedes, Claudio Vargas y cols.	224
Prevalencia de enfermedades de transmisión sexual en Concepción-Arauco. Manuel Castro, Julia Ramírez, Manuel Merino y cols.	226
Aspectos epidemiológicos del tétanos en Chile en los últimos 25 años. María de la Fuente, Sonia González, Gladys Guevara y cols.	229

Meningitis purulenta: características y seguimiento. Juan de Dios Jeria, Germán Ilabaca, Marcos Manríquez y cols.	232
Estudio epidemiológico de meningitis purulenta en Pediatría. Oscar Alarcón, Gonzalo Armijo, Orietta Carmona y cols.	234
ENFERMEDADES CRONICAS	
Pesquisa de hipertensión arterial en una industria del Area Metropolitana. Lucía Garrido, M. Elena Kroger, Ilse López y cols.	236 ✓
Características de los hipertensos adscritos al Consultorio La Faena. Myriam Pérez y Mario Montecinos	239 ✓
Adhesividad y respuesta hipotensora en el Programa de Hipertensión Arterial del Consultorio Til Til. Manuel León, Aída Araya, Patricia Cordella y cols.	241 ✓
Enfermedades del aparato circulatorio en el menor de 35 años de edad. Aída Kirschbaum y Gabriela Sandoval	243
Defunciones por enfermedades del aparato circulatorio en el menor de 35 años en Chile. Aída Kirschbaum y Gabriela Sandoval	246
Hacia una política de prevención de enfermedades cardiovasculares en Chile. Ernesto Medina	249 ✓
Cómo 50.000 adultos chilenos hacen prevención primaria de enfermedades crónicas mediante el estilo de vida adventista. Daniel Jiménez y Enrique Becerra	251
Educación para la salud que realiza en Chile la Iglesia Adventista para la prevención primaria de enfermedades crónicas. Daniel Jiménez y Edelweiss Mayr	254
En busca del origen del comportamiento del adulto: socialización del niño y el análisis transaccional. Diego Zalazar, Paula Bulnes y Gonzalo Marín	257
Prevalencia de obesidad y algunos factores asociados en una población escolar adolescente. Paula Araya, Marta Cabrera, Patricia Cisternas y cols.	260
Reumatismos en Chile: consideraciones epidemiológicas. Ernesto Medina, Vicente Contreras y Marta Valenzuela	262
Cómo fomentar la conducta no fumadora en escolares. Verónica Behn	265
Evolución de la mortalidad por cánceres en el Servicio de Salud Bío-Bío. Rafael Vera	267
Defunciones por tumores malignos en menores de 35 años. Aída Kirschbaum y Luz María Foncea	271
Influencia de los factores dietéticos en la producción del cáncer gástrico. Ernesto Medina, Attila Csendes, Raquel Medina y cols.	274
Inicio de Registro de Tumores en la VIII Región. Antonio Vila	276
Cáncer laríngeo en Chile: análisis de la mortalidad. Luis Martínez, Humberto Guadagno, Ximena Vásquez y cols.	278
Factores de riesgo para el cáncer pulmonar: estudio de casos y controles. Luis Martínez, Mesabel Castillo, Mauricio Delgado y cols.	279

Prevalencia de las enfermedades neurológicas en Santiago Metropolitano. Aída Kirschbaum, V. Abarca, C. Acevedo y cols.	280
Egresos hospitalarios por enfermedades del sistema nervioso y órganos de los sentidos. Aída Kirschbaum, May Chomali, Miriam Gelman y cols.	283
Estudio epidemiológico de las enfermedades del sistema nervioso. Defunciones. Aída Kirschbaum, May Chomali, Miriam Gelman y cols.	286
PROBLEMAS DEL SENESCENTE	
Estudios de la realidad del senescente: Ancianos institucionalizados. Heliette Saint Jean, Sylvia Suárez y Asriel Cohen.	290
El anciano hospitalizado: variables personales y condiciones al ingreso y alta. Edith Cornejo, Carolina Herrera, Jaime Horta y cols.	291
Estructura de la morbilidad del paciente de 65 años y más. Mercedes Concha, Aída Kirschbaum e Ilse López	294
Patología del senescente de la Quinta Región Valparaíso. Aída Kirschbaum	297
Una experiencia de intervención de enfermería en clubes de ancianos. Orietta Altamiras, Elcira Galdamez, Angélica Meneses y cols.	299
El estado de salud oral y necesidades de tratamiento en un grupo de senescentes. Ana Bernal y Silvia Mella	301
ACCIDENTES Y VIOLENCIAS	
Accidentes en escolares de Santiago acogidos a un seguro particular. Roser Casassas, Ilse López y María Inés Romero	303
Tratamiento ambulatorio de niños quemados en el Servicio de Urgencia del Consultorio Colina. M. Cecilia Díaz, Vicente Sánchez, Rebeca Mislé y cols.	305
Contribución a la epidemiología de la muerte violenta en la infancia. Raquel Carrasco, María Inés Romero, Filberto Guerra y cols.	308
Algunas características de los homicidios en menores de edad en la Región Metropolitana. Mario Montecinos, Juan Carlos Terán y Nelson Vargas	310
Contribución a la epidemiología de la muerte violenta en la adolescencia. María Inés Romero, Raquel Carrasco, Filberto Guerra y cols.	312
Las agresiones sexuales: un problema para reflexionar. Patricia Montenegro, Víctor Velásquez e Ilse López	314
Mercurio, elemento tóxico en odontología? Juan Carlos Caro y Silvia Mella	316
Intoxicaciones en el Servicio de Urgencia del Hospital Higuera de Talcahuano. Manuel Castro, Jasna Stjepovich, José Manuel Merino y cols.	317
SALUD MENTAL	
Integración de la salud mental en la atención primaria de salud: el caso del Servicio de Salud Metropolitano Oriente. Ramón Florenzano U.	321
Evolución del alcoholismo en 20 años: estimaciones según el método de Jellinek. Pedro Naveillan y Sergio Vargas	322

Jornadas laborales perdidas por el efecto del consumo excesivo de alcohol en Chile. Sergio Vargas y Pedro Naveillan	325
La expresión lingüística de la actitud frente a la ingesta inmoderada de alcohol declarada por adolescentes. Diego Zalazar, Jorge Wilson, Mario Martínez y cols.	328
Discriminación cultural de adolescentes contra la mujer en relación a ingestión inmoderada de alcohol. Diego Zalazar, Raúl Correa, Francisco Moraga y cols.	329
Sobre la funcionalidad de la ingesta de alcohol. Diego Zalazar, Amelia Salomón, Lucy Vásquez y cols.	331
Prevalencia del síndrome alcohólico fetal en CONIN de Concepción. María Mena, Carmen Alvial, Gisela Asenjo y cols.	335
Prevalencia del síndrome alcohólico fetal en hogares del Servicio Nacional de Menores de Concepción. María Mena, Rodrigo Nazal, Eduardo Fernández y cols.	336
Prevalencia de uso de alcohol: diagnósticos y accidentes ligados a éste en cuatro servicios de urgencia de Santiago. Ramón Florenzano, Alfredo Pemjean, Pamela Orpinas y cols.	338
Ingestión de tranquilizantes menores en escolares adolescentes. Mario Montecinos, Juan Carlos Terán, Juan C. Molina y cols.	338
Mortalidad y morbilidad por enfermedades mentales en Chile. Aída Kirschbaum, Ruth Contreras y Aída Pizzi	340
Capacitación del profesor de educación media de la Región Metropolitana que participa en la investigación "Efectividad de la acción educativa en la prevención de drogadicción". Ana Repetto, Mercedes Báez, Carmen Naveillan y cols.	342
Axiología familiar: factor condicionante de la salud mental en escolares de educación media de Santiago. Diego Zalazar, Erika Dahl, Jacqueline Dote y cols.	344

INDICE DE AUTORES

- Abarca Vivian 121
 Acevedo César 121
 Aedo José 29
 Aguila Alfredo 73
 Aguirre Rodrigo 13,15,96
 Alarcón Oscar 102
 Alfaro Jorge 121
 Aliaga Fernando 7
 Allendorf Erika 144
 Altimiras Orieta 128
 Alvarez Iván 17,60
 Alvial Carmen 144
 Anabalón Marcos 18
 Aponte Elizabeth 61
 Aravena Viviana 99
 Araya Paula 112
 Araya Aída 69, 105
 Araya Pablo 47
 Araneda José M. 37
 Arellano Carlos 7
 Arellano Heriberto 25
 Armijo Gonzalo 102
 Arroyave Rafael 98
 Asenjo Gisela 144
 Asriel Edith 124
 Atria Pablo 28
 Auger Florentina 69, 98, 105
 Avila Ana 16
 Azzini Ivana 97

 Baechler Roberto 27, 31
 Baez Mercedes 149
 Barja Salesa 96
 Becerra Enrique 109
 Behn Verónica 114
 Belletti José 71
 Berger Elizabeth 81
 Beretto Enrique 145
 Bernal Ana 129
 Bilbao Teresa 12
 Bitrán Elías 30
 Bize Ricardo 26
 Blanco Beatriz 35
 Blanco Ma. Antonieta 74
 Bondi Patricia 55, 77
 Botteselle Verónica 26, 125
 Bravo Lucy 64
 Briceño Alicia 78
 Bulnes Paula 24, 42, 91, 111
 Buguño María V. 61

 Cabezas Ana María 73
 Cabrera Marta 112

 Cáceres Ana 53, 83, 88
 Calvanese Marlene 81
 Campamá Isabel 81
 Campos Laura 90
 Campos Nilda 50
 Cárdenas Juan C. 121
 Carmona Orietta 102
 Caro Juan 136
 Carrasco Manuel 121
 Carrasco Marcia 81
 Carrasco Raquel 43, 44, 97, 98, 132, 134
 Carrasco Teresa 9
 Cassasas Roser 130
 Castillo Sara 65
 Castillo Mesabel 120
 Castillo Ingrid 100
 Castillo Berta 5
 Castro Manuel 99, 137
 Catalán Jorge 73
 Catalán Hugolino 144
 Catenacci Carlos 67
 Caviedes Pablo 105
 Céspedes Mauricio 98
 Cifuentes Manuel 101
 Cisternas Patricia 112
 Cohen Asriel 124
 Concha Mónica 30
 Concha Mercedes 126
 Conejera Luz 81
 Contreras Diana 12
 Contreras Ana María 66
 Contreras Mario 105
 Contreras Vicente 113
 Contreras Ruth 148
 Contreras Rodrigo 43, 44, 45
 Cordella Patricia 64, 69, 105
 Cornejo Edith 125
 Coronado Alicia 61
 Cortés Patricia 19
 Correa Raúl 141, 142, 143
 Cruz María C. 73
 Cuchacovich Raquel 68
 Cumsille Francisco 43, 44, 46
 Cunill Eduardo 73
 Csendes Attila 117

 Chalá María E. 73
 Chang Nelly 11
 Chomali May 121, 122, 123

 Dahl Erika 150
 Daza Claudio 79
 Daza Lilian 17

Dazzarola Patricio 54
 De la Fuente María 97, 100
 De la Maza Alejandro 74
 De la Rivera Miguel 149
 De la Torre Juan José 30
 Delgado Mauricio 120
 Delgado Verónica 134
 Díaz Carmen 54
 Díaz Carlos 131
 Díaz Gustavo 52
 Díaz María C.
 Díaz María Cecilia 131
 Díaz Jazmín 9
 Dinator Raúl 121
 Diocaretz Miguel 61
 Domínguez Carlos 12
 Donoso Francisco 39
 Dote Jacqueline 150
 Durán Miryan 84

Escobar María Teresa 61
 Emhart Marion 67
 Espinoza Luis 48
 Espinoza Marta 150

Fabré Victoria 121
 Feres Eliana 145
 Fernández Eduardo 145
 Fernández Héctor 18
 Fernández Juan 57
 Fernández Luis 121
 Fernández Pilar 73
 Ferreccio Catherine 94, 96
 Ferrer Ximena 97
 Figueroa Adela 70
 Figueroa Genoveva 59, 77
 Flores Eduardo 50
 Flores Gerardo 54
 Flores Nelson 120
 Florenzano Ramón 82, 138, 146, 149
 Foncea Luz M. 116
 Fuentes Manuel 150
 Fuentealba Ingrid 137
 Fuenzalida Mónica 7
 Francis Herbert 53, 83, 88
 Franco Pablo 79

Gajardo Luis 10
 Galdámez Elcira 128
 Gallardo Marcelino 19, 85
 Gallardo Osvaldo 57
 Gallegos Eduardo 7
 Gallegos María Soledad 150
 Gallo A. 134
 García Carolina 67
 Garrido Lucía 103
 Galvez Cristián 150

Gassibe Victoria 78
 Gatti Gianna 125
 Gelman Miriam 121, 122, 123
 Giaconi Juan 33
 Gómez Eduardo 67
 González América 132
 González Andrés 79
 González Elba 32
 González Jorge 102
 González Julia 2, 75, 76
 González Pilar 16
 González Ricardo 67
 González Sergio 7
 González Sonia 100
 González Víctor 64
 Guadagno Humberto 119
 Guerra Filberto 132, 134
 Guerrero Cecilia 70
 Gutiérrez Jorge 59, 77
 Gutiérrez Luis 1
 Guevara Gladys 100
 Gutiérrez Vicente 121
 Guzmán Marcelo 67
 Guzmán María Paz 13, 15, 96

Haemmerli Paulina 56
 Hazbun Munir 121
 Heider Klaus 6, 92
 Henríquez Isabel 61
 Hernández María Victoria 77
 Hernández Marta 89, 90
 Herrera Carolina 125
 Hidalgo Hugo 49, 52
 Homann Máximo 18, 57
 Horta Jaime 125
 Horta Saúl 53, 83, 88
 Horwitz Nina 82
 Hurtado Roxana 81

Ibáñez S. 66
 Ignatiew Sofía 100
 Ilabaca Germán 49, 52, 101
 Inostroza Gladys 61
 Irarrázaval Miguel 122, 123
 Islas M. 66

Jara César 82
 Jeria Hernán 16
 Jeria Juan de Dios 49, 52, 101
 Jiménez Daniel 109, 110

Kaempffer Ana María 47, 81
 Kirschbaum Aída 72, 93, 94, 206, 107, 116
 121, 122, 123, 126, 127, 148
 Klein Rosa 85
 Kohler R. 88
 Jiménez Fresia 77

- Kröger María Elena 103
 Larraín Ernesto 96
 Latrach Cecilia 97
 Latorre Marta 66
 León Manuel 69, 105
 Levine Myron 94
 Lillo Susana 74
 Lira Fernando 8
 López Ana 4, 51, 60
 López Ilse 55, 58, 59, 62, 65, 70, 77, 103
 126, 128, 130, 135
 Loyola Beatriz 61
 Luarte Brenda 49, 101
 Lugo Omayra 61

 Maddaleno Matilde 82
 Mancilla Edna 134
 Mangili Lilia 17
 Manríquez Ivonne 53
 Manríquez Marco 101
 Manzi Jorge 146
 Marchant Luis 95
 Mardones Cecilia 96
 Mardones Graciela 5
 Marín Gonzalo 111
 Márquez María 19
 Martínez Gabriel 101
 Martínez Luis 119, 120
 Martínez Mario 141, 142, 143
 Massoc Jacques 49
 Maturana Marcelo 24, 42
 Mayr Edelweiss 110
 Medina Ernesto 2, 93, 108, 113, 117
 Medina Raquel 117
 Medvesch Erika 137
 Meisenbichler Yolanda 63
 Meisner Arturo 96
 Meléndez Carmen 121
 Mella Silvia 35, 80, 129, 136
 Melo Carlos 132
 Melo Washington 54
 Mena María 144, 145
 Meneses M. Angélica 103, 128
 Méndez Claudio 54, 63
 Merello Lorenzo 29
 Merino José 137
 Merino Manuel 99
 Michea Loreto 121
 Miranda Estelvina 63
 Misle Rebeca 131
 Molina Hugo 65
 Molina Juan Carlos 112, 147
 Molina Ximena 80
 Monsalve Juan, 89, 90
 Montecinos Humberto 132
 Montecinos Mario 105, 134, 148

 Montenegro Patricia 135
 Montero Maite 28
 Montero Soledad 112
 Montero Tamara 62, 121
 Montt Julio 54
 Mora Flores 45
 Moraga Francisco 141, 142, 143
 Morales Sergio 34
 Moreno José 147
 Moreno Mariano 121
 Moreno Mónica 18
 Morgado Ester 28
 Moya Gloria 79
 Muñoz Hugo 48, 73
 Muñoz Mónica 145
 Muñoz Sonia 61
 Muñoz Verónica 67
 Murúa Pablo 1

 Naranjo Ana María 63
 Navarro Rita 1
 Naveillan Carmen 149
 Naveillan Pedro 139, 140
 Nazal Rodrigo 145
 Nazer Julio 73
 Neilson A. 66
 Neumann Irene 12
 Novoa Raúl 132
 Numair Jorge 47, 71
 Ojeda María E. 27
 Olea Eugenio 125
 Olivari Francisco 55
 Olivo Gladys 145
 Olmedo Silvia 70
 Olmo Leticia 35
 Opazo Alejandro 121
 Orellana Lucía 17
 Orpinas Pamela 146
 Ortíz Juan 145
 O'Ryan Francisco 149
 Oyanedel Miriam 61
 Oyarzún Mónica 9

 Páez Gloria 72
 Palma Iván 117
 Palta Eliana 62, 77
 Pallini Gian 89, 90
 Paredes Rodolfo 120
 Pemjean Alfredo 146
 Penna V. 66
 Peña Ana María 24, 103
 Peña Edita 125
 Pereira José 86, 87
 Pérez Heberto 145
 Pérez Luz María 23
 Pérez Mónica 56
 Pérez Myriam 104

- Pérez Sergio 77
 Pinto Arturo 57
 Pinto Julia 78
 Pizzi Aída 148
 Portales Carmen 16
 Possoli Silvio 5
 Puentes R. 66
 Pulido Nathan 54
 Pruzzo Edda 98

 Quijada Mariana 99

 Raby Ena 56
 Radrigán Francisco 79
 Ramírez Julia 99
 Ramírez Luis 57
 Ramírez Patricia 3
 Ramírez P. 66
 Ramírez Raquel 56
 Ramírez Raúl 79
 Rebolledo César 12
 Repetto Ana 149
 Ringeling Isabel 8
 Rius Pilar 97
 Rodríguez Alejandro 117
 Rodríguez Juan 112
 Rodríguez María 28
 Rojas Ana 53, 83, 88
 Rojas María Alicia 28
 Romero María Inés 86, 87, 130, 132, 134
 Rosero Gerardo 121

 Saavedra Ana 9
 Saavedra Jorge 18
 Sáenz Mónica 119
 Sáenz María Soledad 50
 Saint-Jean Heliette 124
 Salazar Aníbal 47, 71
 Salinas Clara 64
 Salgado Ernesto 77
 Salomón Amelia 7, 11, 143
 Sánchez Vicente 131
 Sandoval Gabriela 106, 107
 Santana Marcia 59
 Santibáñez Johnston 57
 Sarué Eduardo 39, 58, 131
 Sawada Midori 86, 87
 Seijas Daniel 146
 Sepúlveda Haydée 55, 59, 62, 65, 70, 77
 Sepúlveda María Lidia 64
 Sepúlveda Miguel 29
 Serra Iván 95
 Serrano Magdalena 14
 Silva Carmen Gloria 27
 Simón Mónica 145
 Stieповich Jasna 137
 Suárez Sylvia 124

 Tabilo Edgardo 64
 Tampier Carlos 29
 Tarride Mario 2
 Téllez Alvaro 13, 15, 96
 Terán Juan Carlos 133, 147
 Thomas Edith 54
 Torres Hugo
 Torres Carlos 145
 Torres Claudio 47
 Troncoso Eric 149
 Trujillo Carlos 113, 147
 Trujillo Sergio 81

 Ugalde Héctor 43, 44, 45, 46
 Urcelay Gonzalo 70
 Uyevech Flor 70

 Valdés Macarena 146
 Valdivieso Sergio 13, 15, 96
 Valenzuela Luz 14
 Valenzuela Marta 113
 Valenzuela Solange 33, 67
 Valladares María Nelly 128
 Vargas Claudio 98
 Vargas Nelson 54, 67, 68, 133
 Vargas Sergio 54, 139, 140
 Vásquez Lucy 141, 142, 143
 Vásquez Ximena 119
 Velasco Juan 47
 Velásquez Víctor 135
 Vélez Rubén 63
 Venegas Leila 144
 Ventura Jaime 75, 76
 Vera Nora 58
 Vera Rafael 1, 4, 51, 115
 Vergara Jorge 102
 Vicentini Enrique 43, 44, 45, 46
 Vila Antonio 118
 Villaseca Miguel 75, 76
 Vignau Juan Pablo 9, 10, 55
 Vincent Pierre 61
 Viveros Blanca 3

 Wall Ana María 26
 Wildner Víctor
 Wilson Jorge 141, 142, 143

 Yusef Vladimir 76

 Zalazar Diego 7, 20, 21, 22, 24, 36, 38, 40
 41, 42, 91, 111, 141, 142, 143, 150
 Zambra Flavio 76
 Zúñiga Angela 50
 Zúñiga Francisco 76
 Zúñiga M. Cristina 103

1. MORBILIDAD EN LA ATENCION ABIERTA DADA EN EL NIVEL PRIMARIO DE ATENCION. SERVICIO DE SALUD BIO-BIO.

Drs. Rafael Vera y Pablo Murúa e Ing. Rita Navarro
(Servicio de Salud Bio-Bio)

Introducción

El presente estudio pretende describir las causas de morbilidad, por episodios de las consultas y controles, ocurridas en el Nivel Primario de Atención del Servicio de Salud Bio-Bio, el 1er. Semestre de 1985.

Materiales y Métodos

La información procesada corresponde al 100% de un Censo Sistemático de acciones de Salud y sus atributos otorgados en 4 Consultorios Urbanos (2 Vespertinos y 2 Generales), 6 Consultorios adosados a Hospital tipo 4; 4 Consultorios Rurales, 40 Postas y 47 Estaciones Rurales.

Los registros se obtienen de la hoja diaria de atención de los profesionales que se estandarizó en todo el Servicio de Salud Bio-Bio y que es precodificada y diseñada para su procesamiento mecanizado.

El proceso se realiza en un Computador N.C.R. Tower 1632.

Existen en este Sistema de Información, 4 bases de datos que se procesan en el Subsistema de Morbilidad y corresponden a:

1. Total de Controles y Consultas por Causa, Sexo, Grupo Etario y Subnivel de Atención.
2. Controles y Consultas de Médico, por Causa, Sexo, Grupo Etario y Subniveles de Atención.
3. Primeras Consultas y Controles por episodio, por Causa, Sexo, Grupo Etario y Subniveles de Atención.
4. Primeras Consultas y Controles por episodio: por Causa, Sexo, Grupo Etario y Subniveles de Atención. Sin hacer referencia al profesional que otorga la Atención.

Este último set de tablas es el que se presenta:

Resultados y Conclusiones

En la Tabla Nº 1, se analiza la distribución por sexo de las distintas causas de morbilidad. Aquí se manifiesta la mayor demanda de mujeres que hombres que alcanza 1,48 veces más, esto es por el peso relativo de la Consulta Maternal.

Predomina francamente en el hombre el grupo de los traumatismos, envenenamientos y afecciones perinatales, que demandan, respectivamente, 1,73 y 2,29 veces más que las mujeres.

Las mujeres tienen una mayor demanda en los grupos Aparato Génito-Urinario y Glándulas endocrinas, Nutrición, metabolismo e inmunidad con un predominio de 7,46 y 2,62 veces más, respectivamente, que el hombre.

En la Tabla Nº 2 se muestra la distribución de los episodios por Grupos de causa y grupo etario, separando la gestante. Esta indica el grupo etario de 1 a 14 años, es el que tiene una mayor demanda con un 36,8% seguido por el grupo de 25 a 64 años que representaría el 30,4%. Vale decir, en estos dos grupos etarios se presenta el 67,2% de los episodios satisfechos, en menor proporción el grupo de 15 a 24 años que representa el 13,8%; el grupo menor de un año, el 8,4% y el grupo de 65 y más, el 5,2% de los episodios.

Las afecciones del grupo Piel, tejido celular y de las infecciones (donde predomina la sarna) se concentra en el grupo etario de 1 a 14 años con un 51,4% y 51,9% respectivamente.

En la Tabla Nº 3 se encuentran los 12 diagnósticos de episodios predominantes, de mayor a menor, sobre los 162.507 episodios del Universo completo.

Otras patologías aparece como primera Causa de Diagnóstico, que en nuestro caso se debe entender como patologías en las que no se encontraron los elementos como para tipificar un diagnóstico y otras menos frecuentes en las cuales no estaba previsto el Código.

Como segunda causa, aparece lo que para nosotros constituye el primer problema a Nivel Primario, que es la sarna, con un 6,7% del Total de episodios. Si agrupamos la sarna a los episo-

dios de impétigo y otras afecciones de piel y subcutánea, nos da un 13,8% del total de episodios atendidos en el período considerado.

Las causas siguientes de importancia de esta tabla son los procesos respiratorios como: Bronquitis Aguda, Resfrió Común y Amigdalitis, los cuales representan el 16,6% del total de episodios.

El 4,28% de Sanos se explica dado que en el Universo de datos se incluyen los controles de Salud Infantil y Maternal.

En la Tabla Nº 4 queremos mostrar los grupos de causa de morbilidad por los distintos niveles tales como: Consultorios Urbanos, Consultorios Rurales, Postas, Consultorios Vespertinos y Estaciones Médico Rurales.

Las primeras 6 causas corresponden al 64,5% del total de episodios de los cuales el 24,6% son demandados a nivel de Postas, el 14,6% en los Consultorios Rurales y 1,7% en las Estaciones Médico Rurales; luego el 40,4% de los 6 primeros grupos de causa es demandado en los Establecimientos Rurales. En el total de episodios la Atención del Sector Rural corresponde a un 37,71%.

Discusión y Alcances

"La Información sobre enfermedades en Chile sólo se obtiene en forma sistemática de los egresos hospitalarios. Toda otra información al respecto corresponde a estudios parciales, esporádicos, que obedecen a propósitos locales o institucionales" (1). Este estudio pretende mostrar la estructura de la morbilidad espontánea satisfecha y los controles de salud, en forma sistemática y en todos los niveles que conforman el Sistema de Atención Ambulatoria Primaria de un Servicio de Salud. Este trabajo representa el resultado lógico y el beneficio marginal, de conocer y computarizar centralizadamente en el Servicio de Salud Bio-Bio, todas las acciones en la Atención Primaria que otorga el Sistema de Salud en la Provincia de Bio-Bio.

Esto ha permitido crear una serie histórica desde Enero de 1985, de gran utilidad para la investigación y la planificación de las acciones de Salud.

(1) Rev. Méd. Chile 111.727-737, 1983. Ilse López y Otros.

TABLA Nº 1

PRIMERAS CONSULTAS Y CONTROLES POR EPISODIO, SEGUN GRUPOS DE CAUSA Y SEXO, TODOS LOS PROFESIONALES – 1º SEMESTRE 1985
SERVICIO DE SALUD BIO-BIO

Descripción	Hombres	%	Mujeres	%	Total	%
Infecciosas y parasitarias	10.723	47,20	11.995	52,80	22.718	13,97
Respiratorias superiores	9.718	45,62	11.583	54,38	21.301	18,09
Piel y tejido celular	9.689	48,92	10.116	51,08	19.805	12,17
Otras respiratorias	7.422	47,23	8.293	52,77	15.715	9,61
Sint. enf. mal definidas	5.787	40,25	8.591	59,75	14.378	8,83
Ap. digestivo	4.645	41,72	6.489	58,28	11.134	6,84
Ap. génito urinario	1.212	11,82	9.040	88,18	10.252	6,57
Sanos y sin riesgo obstétr.	1.704	18,24	7.640	81,76	9.344	5,73
Tej. osteomuscular y conj.	3.137	46,03	3.678	53,97	6.815	4,18
Aparato circulatorio	2.566	39,99	3.850	60,01	6.416	3,93
Traumatismo y envenenam.	3.891	63,46	2.240	36,54	6.131	3,76
Trastornos mentales	1.715	32,39	3.579	67,61	5.294	3,24
Riesgo obstétrico	—	—	4.920	100,00	4.920	3,01
Sist. nerv. y órg. sent;	1.872	45,05	2.284	54,95	4.156	2,54
Glándulas endocrinas						
Nut. y met. e inmunidad	1.662	27,50	1.746	72,50	2.408	1,47
Sangre y órg. hematopoyeto	323	41,97	446	58,03	769	0,47
Tumores	135	34,71	254	65,29	389	0,22
Afecciones perinatales	223	69,61	98	30,39	321	0,18
Anomalías congénitas	82	34,18	159	65,82	241	0,13
Total	65.506	40,31	97.001	59,69	162.507	100,00

TABLA Nº 2

PRIMERAS CONSULTAS O CONTROLES POR EPISODIO, SEGUN GRUPOS DE CAUSA Y GRUPO ETARIO
SEPARADA LA GESTANTE Y TODOS LOS PROFESIONALES, 1º SEMESTRE 1985 – SERVICIO DE SALUD BIO-BIO

Descripción	Gestante	0-28 D	1-11 M	1-5 A	6-14 A	15-18 A	19-24 A	25-34 A	35-64 A	65 Y +	TOTAL	%
Infeciones parasitarias	176	155	1.809	6.691	6.468	1.411	1.419	1.637	2.423	529	22.718	13,97
Respiratorias superiores	1	327	2.404	7.052	4.818	1.228	1.233	1.527	2.265	446	21.301	13,09
Piel y tejido celular	2	213	2.084	5.317	4.871	1.447	1.420	1.518	2.339	594	19.805	12,17
Otras respiratorias	15	428	2.809	5.794	2.200	458	530	691	1.910	880	15.715	9,68
Sint. enf. mal definidas	164	163	536	1.743	2.698	1.134	1.437	1.943	3.639	921	14.378	8,83
Ap. digestivo	8	66	272	1.544	1.602	769	1.129	1.619	3.342	783	11.134	6,84
Ap. génito urinario	700	20	72	452	578	576	1.754	2.603	3.115	392	10.252	6,57
Sanos y sin riesgo obstét.	2.568	629	556	1.066	834	479	1.110	1.262	769	71	9.344	5,73
Tej. osteomuscu. y conj.	—	8	12	83	215	371	614	1.079	3.696	735	6.815	4,18
Aparato circulatorio	1	32	59	414	655	227	241	358	2.696	1.733	6.416	3,93
Traumatismo y enven.	—	19	47	605	1.095	558	786	937	1.688	396	6.131	3,76
Trastornos mentales	1	30	27	110	323	416	614	1.128	2.339	306	5.294	3,24
Riesgo obstétrico	4.695	4	1	2	6	14	59	90	45	4	4.920	3,00
Sist. nervioso y órg. sent.	3	34	260	565	951	405	365	399	885	289	4.156	2,54
Glándulas endocrinas	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Nut. y met. e inmunidad	1	18	180	481	146	59	57	135	990	341	2.408	1,47
Sangre y órg.hematopoy.	2	5	123	228	107	23	47	61	145	28	769	0,47
Tumores	5	3	9	18	32	29	50	62	136	45	389	0,22
Afecciones perinatales	—	240	14	32	14	11	2	5	1	2	321	0,18
Anomalías congénitas	—	—	106	33	13	18	11	16	40	4	241	0,13
Total	8.342	2.394	11.380	32.230	27.626	9.625	12.878	17.070	32.463	8.499	162.507	100,01
	5,13%	8,47%		36,82%		13,84%		30,47%		5,22%		

TABLA Nº 3

DIAGNOSTICOS MAS FRECUENTES EN EL TOTAL DE EPISODIOS

Patologías	Frecuencia	% Sobre el Total
Otras patologías	11.364	6,99
Sarna	10.906	6,71
Bronquitis aguda	10.491	6,46
Resfrió común	10.354	6,37
Impétigo	7.737	4,76
Sano	6.964	4,28
Amigdalitis	6.269	3,86
Diarrea	6.224	3,83
Lumbago y dorsopatías	5.459	3,36
Neurosis	4.008	2,47
Otras piel y subcutánea	3.918	2,41
Hipertensión arterial	3.105	1,91
Total primeras consultas y contr.	162.507	100,00 %

TABLA Nº 4

**PRIMERAS CONSULTAS O CONTROLES POR EPISODIO, SEGUN GRUPO DE CAUSA Y LUGAR DE ATENCION, TODOS LOS PROFESIONALES - 1º SEMESTRE 1985 -
SERVICIO DE SALUD BIO-BIO**

Descripción	Cons. Urb.	Cons. Rural	Postas	Cons. Vesper.	E.M.R.	Total	%
Infecciones parasitarias	12.310	2.652	6.571	620	565	22.718	13,97
Respiratorias superiores	11.524	3.295	5.524	592	366	21.301	13,09
Piel y tejido celular	11.728	2.756	4.413	604	304	19.805	12,17
Otras respiratorias	10.515	1.996	2.702	320	182	15.715	9,68
Sint. enf. mal definidas	7.428	2.004	4.172	473	247	14.378	8,83
Ap. digestivo	6.001	2.070	2.583	311	169	11.134	6,84
Ap. génito urinario	6.977	1.481	1.226	385	183	10.252	6,37
Sanos y sin riesgo obstétr.	6.342	1.452	1.339	80	131	9.344	5,73
Tej. osteomuscular y conj.	3.850	1.086	1.527	189	163	6.815	4,18
Aparato circulatorio	4.166	1.045	919	170	116	6.416	3,93
Traumatismo y envenenam.	3.200	1.105	1.640	112	74	6.131	3,76
Trastornos mentales	3.393	728	924	128	121	5.294	3,24
Riesgo obstétrico	3.836	542	446	37	59	4.920	3,01
Sint. nervioso y org. sent.	2.518	722	726	147	43	4.156	2,54
Glandulas endocrinas	1.724	291	234	135	24	2.408	1,47
Nut. y met. e inmunidad	558	92	100	9	10	769	0,47
Sangre y org. hematopoyeto	322	32	30	5	0	389	0,22
Tumores	298	16	46	1	0	321	0,18
Afecciones perinatales	161	30	6	1	3	241	0,13
Anomalías congénitas							
Total	96.905	23.395	35.128	4.319	2.760	162.507	100,01

2. ANALISIS MULTIVARIANTE DE LA SITUACION DE SALUD EN CHILE

Ing. Mario Tarride y Drs. Ernesto Medina y Julia González
(Departamento de Ingeniería Industrial, Universidad de Santiago
y Escuela de Salud Pública, Universidad de Chile.)

La definición de salud dada por la O.M.S. se refiere a un ideal de nivel de salud ubicado al final del continuum estado de salud. Si los grupos humanos organizan sus recursos disponibles para avanzar hacia ese ideal, es entonces innegable que el paso del tiempo modificará el concepto de situación de salud, cualitativa y cuantitativamente, haciendo necesario desechar y/o incorporar indicadores que verdaderamente reflejen el nivel de salud imperante.

Este trabajo constituye un análisis descriptivo de la situación de salud en Chile entre los años 1962 y 1981, considerando un grupo de 38 indicadores, entre los más usados, de recursos, atenciones y resultados en salud. El problema se plantea en términos de observar la evolución de los indicadores de salud bajo un criterio global, y no en análisis parciales de cada uno de ellos.

Para este efecto, se recurrió a una técnica del análisis multivariante conocida como Análisis de Componentes Principales (PCA). El procedimiento seguido consistió en aplicar PCA al grupo de 38 indicadores, para los seis primeros años (1962-1967), repitiendo el procedimiento a medida que se agregaba un nuevo año al grupo inicial, hasta llegar a 1981. Mediante este procedimiento los indicadores se agrupan en factores o componentes principales; cada factor representa un concepto latente. En un mismo factor se agrupan aquellos indicadores que están mejor correlacionados entre sí y con el concepto latente. El factor que lleva el número 1 es el que tiene la mejor correlación con el concepto global de nivel de salud y que agrupa la mayor proporción de información. (Tabla Nº 1).

Algunas consideraciones en relación a los resultados obtenidos son las siguientes:

- El set de indicadores representa un conjunto de variables usadas históricamente y registradas en forma sistemática. Por lo tanto, aún cuando no hay una selección intencionada de indicadores, este conjunto estaría representando el valor asignado históricamente a áreas problema (resultados) acciones y recursos.
- En la evolución de los indicadores se aprecia un progreso sostenido para la mayor parte de ellos; luego, en el factor 1 se encontrarán aquellas variables que evolucionan positivamente en el contexto de salud y a un ritmo semejante. Por lo tanto, un cambio desde o hacia el factor 1 podría interpretarse como una divergencia o convergencia con la tendencia del concepto global de salud.
- En el factor 1 se agrupa la mayor parte de los indicadores, en forma estable. Entre ellos podemos mencionar indicadores de resultados de carácter global, de salud materna e infantil y la mayoría de los indicadores de atenciones y recursos destinados a la atención ambulatoria.
- La mortalidad perinatal y neonatal precoz demoran 2 y 3 años, respectivamente, en incorporarse al factor 1, que ya consideraba indicadores tales como natalidad, fecundidad, mortalidad materna, mortalidad por aborto y mortinatalidad.
- Entre los indicadores menos vinculados al fenómeno global de la salud aparecen la morbilidad por tifoidea, que adquiere un ritmo similar al del factor 1, sólo a partir de 1978; mortalidad por cáncer que lo abandona desde 1974; vacunas a menores de 1 año que permanece sólo en el factor 3 y el recurso cama que se ha incorporado al factor 1 a contar de 1975.

Podemos concluir que el concepto global de salud muestra una estructura cualitativamente estable a lo largo de las dos últimas décadas. En este concepto de salud pesan en forma importante indicadores de resultados del área de la salud maternoinfantil e indicadores de atenciones y recursos destinados a la atención primaria. Cuantitativamente existe una tendencia mantenida hacia un progreso en el nivel de salud. Esto se aprecia también al aplicar un índice compuesto de situación de salud (ver "Proposición Metodológica para el desarrollo de un Índice de Salud", IV Jornadas Chilenas de Salud Pública, Resumen Trabajos Presentados). (Gráfico Nº 1).

Aparecen algunos indicadores especialmente disociados de este concepto global de salud, como morbilidad por tifoidea y mortalidad por cáncer, lo que señala áreas problema que deberían abordarse en forma especial.

La tendencia favorable que se aprecia del nivel de salud y el bloque compacto que forman los indicadores que lo miden desde hace 20 años, señala la necesidad de desarrollar e implementar nuevos sistemas de información complementarios que permitan detectar otras áreas problema y medirlas de manera sistemática, verificándose de este modo una evolución en el concepto de salud, haciéndolo cada vez más dinámico e integral.

TABLA Nº 1

"RELACION FACTOR - INDICADOR"

AÑOS (DE 1962 A ...)

INDICADORES	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81
Mortalidad General	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Esperanza de vida al nacer	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Edad media de las defunciones	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Índice de Swaroop	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Morbilidad tifoidea	2	1	4	5	6	2	2	2	3	3	3	1	1	1	1
Mortalidad por cáncer	1	1	1	1	1	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2
Tasa de natalidad general	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Tasa de fecundidad	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Mortalidad materna	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Mortalidad por aborto	4	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Mortinatalidad	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Mortalidad perinatal	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Mortalidad neonatal precoz	3	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Mortalidad neonatal	3	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Mortalidad infantil	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Mortalidad infantil tardía	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Mortalidad de 1 a 4 años	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Mortalidad por diarreas	4	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Morbilidad sarampión	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
% Certificación médica de defunción	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
% Atención profesional del parto	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
% de nacidos en maternidades	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1

GRAFICO Nº 1
"TENDENCIA SITUACION DE SALUD EN CHILE"

PUNTAJE



3. COMPORTAMIENTO DE LA MORTALIDAD INFANTIL EN LA II REGION ANTOFAGASTA

Enf. Patricia Ramírez y Matr. Blanca Viveros
(SEREMI y Dirección de Atención Primaria, Antofagasta)

I. Introducción.

Las tasas de mortalidad infantil, tanto en Chile como en la II Región, han ido en descenso progresivo en los últimos años. Para mantener o seguir disminuyendo nuestros indicadores biodemográficos, debemos brindar una óptima atención, tanto en el parto como en el período prenatal. Es necesario poner en juego todos los conocimientos clínicos capaces de detectar los mecanismos susceptibles de provocar una disminución de la vitalidad fetal e infantil.

Sabemos que, no sólo los factores biológicos tienen una relación estrecha con la mortalidad infantil, sino que, también, los factores socio-económicos y de agresividad del medio, inciden en ella. Los primeros están relacionados con la mortalidad neonatal y los segundos, con la mortalidad infantil tardía. De ahí el consenso de que la mortalidad neonatal, es más difícil de reducir y que para ésta se requieren esfuerzos importantes de servicios institucionalizados de mayor complejidad. En cuanto a la mortalidad infantil tardía, se considera que podría reducirse con la aplicación de medidas de atención primaria de salud, junto con mejoras socio-económicas.

Basado en lo anterior, hemos querido hacer un estudio analítico de la situación observada en el año 1984 y cuáles serían las variables que influirían o estarían relacionadas con mayor frecuencia a la mortalidad infantil.

II. Objetivos.

1) Conocer el comportamiento de la mortalidad infantil en la II Región. 2) Determinar y estudiar las variables que inciden en la mortalidad infantil, y así orientar nuestra labor clínica en el aspecto de prevención de la misma. 3) Precisar algunos factores de riesgo susceptibles de ser controlados a través de acciones de salud desarrolladas en el nivel primario, así como también, en otros sectores que contribuyen a la estrategia para el desarrollo integral.

III. Universo.

Total de defunciones infantiles, menores de un año, ocurridas en la II Región, durante el año 1984.

IV. Material y Método.

Se utilizaron 206 certificados de defunciones que se encuentran en Informática Regional y las auditorías de fichas de los fallecidos, realizadas en el año.

Registros relacionados con partos del Servicio de Salud.

V. Resultado.

1. De 206 defunciones, el 49,0% corresponde a mortalidad neonatal y un 51,0% a infantil tardía.
Dentro de la mortalidad neonatal, la precoz tiene el 70,3% de las defunciones.
2. Se analizó la variable lugar de ocurrencia del fallecimiento, constatándose que el 87,8% ocurre en Hospital o Clínica; 8,7%, en domicilio, y el 3,4%, en un medio de transporte (ambulancia).
3. El total de nacidos vivos en la Región, en 1984, es de 8.229, de los cuales 630 son nacidos vivos con bajo peso de nacimiento (7,7%); 1.853 con peso insuficiente (22,5%) y 5.746 corresponden a recién nacidos con peso normal (69,8%).
En nuestra región, el índice de prematuridad, es de 7,7%.
4. En relación al peso de nacimiento de los fallecidos menores de 28 días, podemos concluir lo siguiente:
 - De 1.853 nacidos vivos con peso insuficiente, fallecieron diez (0,5%).
 - De 630 nacidos vivos de bajo peso al nacer (- 2.500 grs.) fallecieron 73 (11,6%).

5. De las defunciones menores de 28 días, 41,6% corresponden a fallecidos con menos de 32 semanas de gestación; el 24,7% a niños entre 33 y 39 semanas de gestación y 22,7% a niños de 38 semanas y más. El 6,9% corresponde a fallecidos sin información de edad gestacional.
6. Analizando la letalidad, por peso, vemos que del total de nacidos con un peso inferior a 1.000 g el 75,8% fallece; con peso entre 1.001 y 1.500 g, el 37,5% ; el 15,8% con peso entre 1.501 y 2.000 g. A medida que aumenta el peso, la letalidad disminuye hasta llegar a un 0,28% en los niños con un peso de 3.001 g. y más.
7. Mortalidad Infantil según causa de muerte.
En la mortalidad neonatal, las causas principales son S.D.R. y Membrana Hialina, Malformación Congénita y Sepsis.
En la Infantil Tardía, se destacan Bronconeumonía, Aspiración de Líquido Amniótico y Malformación Congénita.

TABLA Nº 1
COMPORTAMIENTO DE LA MORTALIDAD INFANTIL
II REGION ANTOFAGASTA – 1984
SEGUN CIRCUNSCRIPCION DE RESIDENCIA

CIRCUNSCRIPCION	1 9 8 4			
	– 1 AÑO	7 DS.	– 28 DS.	28 DS. A 11 MS.
Antofagasta	108	37	17	54
Calama	72	24	8	40
Tocopilla	8	2	2	4
Taltal	5	1	1	3
Mejillones	2	—	—	2
Chuquicamata	6	4	1	1
María Elena	1	—	—	1
Pedro de Valdivia	4	3	1	—
Total	206	71	30	105

TABLA Nº 2

MORTALIDAD INFANTIL – SEGUN CAUSA

PATOLOGIA	CODIGO		1 9 8 4		
		TOTAL	– 7 DS.	– 28 DS.	28 DS. A 11 MS.
Bronconeumonía	770.0	45	2	6	37
Síndrome de dificultad respi- ratoria y Membrana Hialina	769	38	37	1	–
Malformación congénita	759.9	30	14	5	11
Aspiración Líquido	770.1	25	4	2	19
Sepsis	771.8	21	–	8	13
Meningitis purulenta	320.9	6	–	–	6
H.I.C.	776.8	5	5	–	–
Hipoxia neonatal	768.9	2	2	–	–
Asfixia	768.9	2	–	–	2
Diarrea c/deshidratación	009.9	1	–	–	1
Insuficiencia respiratoria	799.1	1	–	–	1
Otras causas	–	30	7	8	15
Total		206	71	30	105

4. TENDENCIA HISTORICA DE LA MORTALIDAD INFANTIL EN BIO-BIO.

Dr. Rafael Vera y Matr. Ana López
Servicio de Salud Bio-Bio

Se sabe que la Mortalidad Infantil, es uno de los indicadores de la calidad de la Atención en Salud Pública. La comparación de estos indicadores locales con los valores de la Mortalidad Infantil en el total del país, señala la posición local dentro de la realidad nacional de la salud. El objetivo de este trabajo es comparar la posición histórica de la Provincia de Bio-Bio, en relación al contexto nacional entre los años 1970 a 1984, con el propósito de evaluar indirectamente la coherencia y calidad del Sistema de Salud de esta provincia con el manejo nacional promedio de los problemas de salud materno-infantiles.

Materiales y Métodos

Este es un estudio descriptivo basado en análisis y síntesis de registros de Salud, como fuentes de datos se utilizaron las Estadísticas del Departamento de Control y Evaluación del Ministerio de Salud, para la situación nacional, y las Estadísticas del Servicio de Salud de la Provincia de Bio-Bio, para la situación local.

Resultados y Conclusiones

El gráfico 1, muestra la comparación entre la evolución de la mortalidad infantil a nivel nacional y lo mismo a nivel local, entre los años 1970 y 1984.

La comparación revela que ambas series históricas son paralelas, y que ambas presentan un giro decisivo alrededor del año 1976.

Algo idéntico se observa en la tendencia de la mortalidad neonatal nacional y local, y la mortalidad infantil tardía, también en ambos contextos.

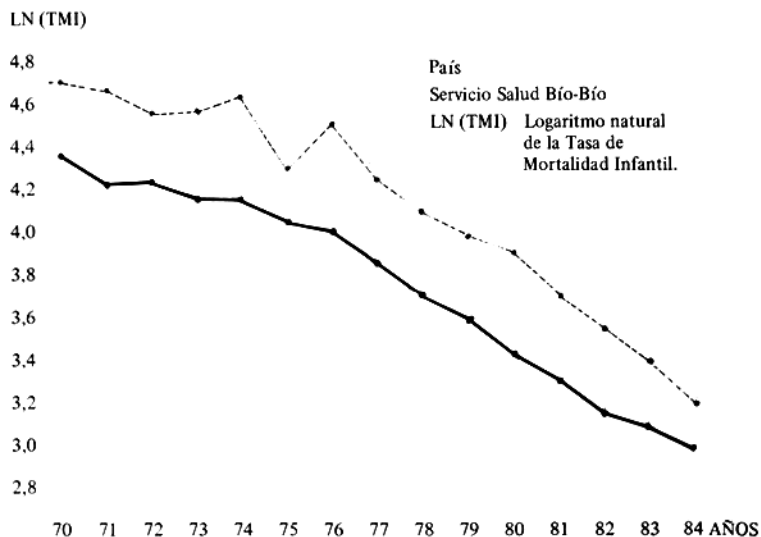
El examen de la serie histórica de la mortalidad neonatal en Bio-Bio, muestra 3 etapas:

Una que va de 1970 a 1976, en que las tasas oscilan claramente; una segunda etapa entre 1976 y 1980, en que aparece un descenso sostenido, y una tercera etapa entre 1980 y 1984, en que el descenso sostenido se hace más pronunciado. Esta última etapa tiene también expresión en la curva nacional.

La identidad del modelo que siguen las series históricas nacionales y locales podrían significar que: (a) la calidad de la Atención de Salud en Bio-Bio ha sido sensible a la calidad nacional promedio de esa Atención; (b) la Atención de Salud en Bio-Bio estaría sometida a una dinámica de factores condicionantes de la mortalidad infantil similar a la Nacional, y (c) Bio-Bio sería una provincia representativa de la realidad nacional en salud, y por lo tanto su experiencia podría resultar útil como laboratorio, para seguir la evolución de la salud en nuestro país.

GRAFICO Nº 1

EVOLUCION DE LOS CAMBIOS PORCENTUALES DE LA MORTALIDAD INFANTIL TOTAL DEL PAIS Y DE LA PROVINCIA DE BIO-BIO EN EL PERIODO 1970-1984



El examen del Gráfico muestra el paralelismo de la Evolución de ambas curvas. Al comienzo del período considerado, 1970, Bío-Bío tardaba hasta 5 años en alcanzar el promedio Nacional, al final del período 1984, Bío-Bío está alcanzándolo a los dos años. Se muestra, por tanto, una tendencia sostenida a acortar la brecha cada vez más en el pasado y, precesible para el futuro inmediato.

TABLA Nº 1

**EVOLUCION DE LA MORTALIDAD INFANTIL TOTAL DE CHILE
Y DEL SERVICIO DE SALUD BIO-BIO 1970-1984**

Años	Mortalidad Infantil Total			
	Chile		Servicio de Salud Bio-Bio	
	Nº	Tasa	Nº	Tasa
1970	20.750	97,3	1.035	110,4
1971	19.271	70,5	979	104,5
1972	19.752	71,1	824	90,9
1973	18.029	65,2	833	93,0
1974	19.951	63,3	860	99,5
1975	14.217	55,4	627	73,1
1976	13.374	54,0	703	87,3
1977	11.429	47,5	532	71,5
1978	9.169	38,7	442	60,6
1979	8.825	36,6	389	52,8
1980	8.072	31,8	356	48,2
1981	7.082	27,2	284	39,3
1982	6.487	23,6	282	35,6
1983	5.785	21,8	232	31,6
1984	5.305	20,0	175	24,5

5. UNA SOLUCION METODOLOGICA AL PROBLEMA DE LAS DEFUNCIONES CON CAUSAS MAL DEFINIDAS

Sres. Berta Castillo, Graciela Mardones y Silvio Possoli
(Escuela de Salud Pública, Universidad de Chile)

En la actualidad, se reconoce que los sistemas de estadísticas de mortalidad de algunos países de América Latina y el Caribe aún presentan severas imperfecciones. Estudios efectuados en Chile, ponen de manifiesto las deficiencias detectadas en su información: fallecimientos con edad desconocida; causas mal definidas; falta de certificación médica; certificación por "otro médico", probablemente sobre la base de informes de testigos.

No siendo posible mejorar los datos respecto a certificación médica se pueden atenuar los problemas derivados de la existencia de defunciones mal definidas. En 1983, se verifica que el 9,0% de las muertes registran causas mal definidas; 10,0% en los decesos femeninos y 8,3% en los masculinos. Respecto a la edad, las causas mal definidas afectan todos los grupos etáreos, pero preferentemente a menores de 15 (7,4%) y mayores de 65 años (11,9%).

Si bien a nivel nacional las cifras son aceptables, las diferencias geográficas entre Servicios de Salud son excesivas; la proporción de fallecimientos por causas mal definidas tiene un máximo de 31,8% en el Servicio de Llanquihue y un mínimo de 0,8% en Magallanes.

La desigual calidad de los datos disponibles, distorsiona el análisis y la comparación de la mortalidad por causas, tanto en estudios a nivel internacional, nacional como a nivel local, debido a que los decesos con causas mal definidas ocurren de manera distinta según la edad, sexo, causa de muerte y área geográfica.

Este estudio propone una metodología para repartir las muertes con causas mal definidas en las distintas causas especificadas, que consiste en ajustar un modelo de regresión lineal simple a un diagrama de puntos correspondientes a los Servicios de Salud, en los cuales se cuantifica la proporción de causas mal definidas y la proporción de decesos de una causa "j"; de esta manera se obtiene el valor de la pendiente para cada causa de muerte. Aplicando las pendientes a las muertes por causas mal definidas se tienen las defunciones disimuladas que relacionadas con las muertes reales estimadas de la causa "j" proporcionan tasas de disimulación, las cuales, mediante un procedimiento iterativo distribuyen las causas mal definidas considerando las variables sexo, edad, causa de muerte y Servicio de Salud (Tabla N° 1).

La reforma de los datos registrados produce cambios en los niveles de la mortalidad por causas y alteración de la relación entre causas. Los Servicios con mayor y menor porcentaje de causas mal definidas son Llanquihue y Magallanes; en este último la corrección de las tasas, por repartición de los fallecimientos mal definidos, mediante proceso iterativo, significa aumentar el nivel en un valor máximo de 1,3% (Aparato Digestivo y otras causas); en Llanquihue la situación es notoriamente distinta, la tasa de mortalidad por enfermedades respiratorias corregidas es un 70% superior a la no corregida; en las restantes causas las variaciones superan el 50%, excepto Accidentes, que registra el menor cambio (7,9%); al mismo tiempo la tasa por Tumores es inferior a Traumatismos cuando no se corrige la causa; corregida resulta mayor en un 43,2%, esto trae como consecuencia cambios en el ordenamiento de las causas dentro del Servicio (Tabla N° 2).

Al considerar varios Servicios de Salud, la distribución de los decesos mal definidos, además de modificar los niveles y el ordenamiento de las causas dentro de un servicio, puede variar la relación entre Servicios para una causa dada; por consiguiente el proceso de corrección es imprescindible cuando se desea comparar diferencias entre áreas geográficas.

TABLA Nº 2

**TASAS DE MORTALIDAD POR CAUSAS SEGUN DEFUNCIONES NO CORREGIDAS Y CORREGIDAS POR PROCEDIMIENTO ITERATIVO
EN LOS SERVICIOS DE SALUD DE LLANQUIHUE Y MAGALLANES**

Causas de muerte	Llanquihue				Magallanes			
	No corregidas	Corregidas	Variación (o/oo) 1*	Diferencia respecto a traumatismos	No corregidas	Corregidas	Variación (o/oo) 1*	Diferencia respecto a traumatismos
Infecciosas	23,95	37,41	56,2	- 68,1	17,48	17,48	0,0	- 81,3
Tumores	72,13	116,00	60,8	- 3,9	120,68	121,51	0,7	+ 29,0
Ap. Circulatorio	112,77	175,75	55,8	+ 50,2	224,66	226,40	0,6	+ 140,2
Ap. Respiratorio	43,06	73,21	70,0	- 42,7	71,68	72,55	1,2	- 23,4
Ap. Digestivo	31,49	49,52	57,3	- 58,1	66,44	67,31	1,3	- 29,0
Perinatales	27,45	34,99	27,5	- 63,4	20,11	20,11	0,0	- 78,5
Traumatismos	75,09	81,01	7,9	-	93,53	93,53	0,0	-
Otras	50,60	71,86	42,0	- 32,6	67,31	68,18	1,3	- 28,0
Total	639,75	639,75	-	-	687,08	687,08	-	-

1* Diferencia relativa de la tasa corregida respecto a la no corregida.



6. DESARROLLO DEMOGRAFICO DE LAS PROVINCIAS Y REGIONES DE CHILE EN UN SIGLO (1885-1982)

Dr. Klaus Heider
(Servicio de Salud Concepción-Arauco)

Quien quiera o deba administrar recursos públicos o privados para el mediano o largo plazo, debe analizar tanto más, cuanto mayor sea el monto o el plazo de servicio de estos bienes cuidadosamente las tendencias futuras, teniendo a la vista la evolución del pasado. Se le suponen dones extraordinarios para interpretar adecuadamente la evolución histórica, sacar de ellas las conclusiones correctas, conocer a la perfección el presente, e interpretar los conocimientos que se producirán en el futuro, la evolución de la comunidad, sus respuestas, hábitos y necesidades. En breve, debe ser un clarividente, y no tiene derecho a equivocarse.

El objetivo de esta presentación es entregarle una buena herramienta y que no se ha usado como se lo merece.

Como los individuos que cumplen estos supuestos son muy escasos, ninguno de sus semejantes está en condiciones de evaluar sus predicciones, y por esta razón se han elaborado procedimientos complejos y misteriosos de evaluación, con puntajes que todos aceptamos sin discusión. No obstante, con el correr del tiempo, el ciudadano pensante se pregunta por qué hay tantos absurdos ejecutados todos con las mejores intenciones.

Por otra parte, estamos experimentando una aceleración progresiva de toda clase de conocimientos nuevos, y los ejecutivos de hoy, que estudiaron ayer las enseñanzas de sus maestros de antaño, tienen cada vez mayores problemas para imaginar el mañana y amoldar sus decisiones del momento a esos requerimientos del futuro.

No es mi propósito resolver tal problemática en esta oportunidad. Sólo pretendo contribuir al mayor uso de una herramienta que, a mi modesto juicio, no ha sido usada como debiera.

El número es un concepto abstracto, tiene sus misterios que sólo manejan los matemáticos, y a veces dudo que aún ellos los "comprenden" a cabalidad. Una cantidad, expresada en un número, es "algo" más o menos definido, pero no sé si comprendido en su solo sentido cuantitativo. Personalmente, un porcentaje, una tasa, me dice más que un número; es decir, un número tiene valor en relación a otro número para poder llegar a constituir un concepto bien determinado.

Hace tiempo me regalaron un ejemplar amarillento que contenía los censos provinciales desde el año 1885 al 1960, y había sido editado por el Instituto Nacional de Estadísticas (INE).

Durante semanas traté infructuosamente de formarme un concepto claro sobre el desarrollo demográfico del país durante un siglo, hasta que recurrí a lo que había aprendido sobre gráficos tridimensionales y decidí aplicarlo a los diez censos efectuados en Chile desde 1885.

La incorporación del censo de 1982 fue difícil, porque desde 1979 el país de 25 provincias contaba con 40. Fue sumamente difícil reconstruir las antiguas provincias, lo que era imprescindible para completar un siglo de censos. A veces me preguntaba si este cambio había sido realmente necesario, o si sólo se había dispuesto para molestarme.

Hace unos días un ingeniero, Presidente de la Corporación del Desarrollo Regional del Bío-Bío, quien conoció los gráficos, me reprochó que los hubiese hecho un médico y que éste no se le ocurriera a él. Luego me insistió que publicara el trabajo que consideraba de alto interés.

Es lo que estoy haciendo ante ustedes.

El gráfico Nº 1 representa las poblaciones provinciales por censos en porcentaje del total del país.

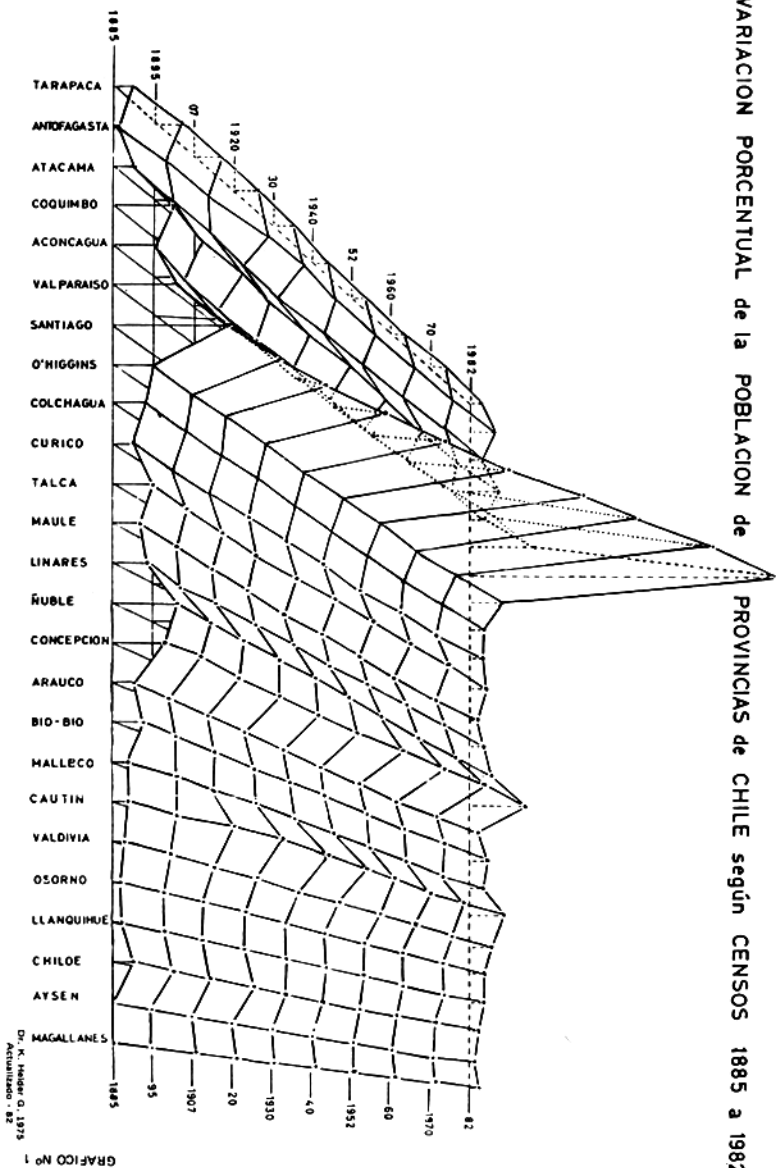
El gráfico Nº 2 demuestra el desarrollo por regiones.

El gráfico Nº 3 se refiere a las provincias de la VIII . Región.

El centralismo nacional se evidencia claramente en los primeros dos gráficos, y se aprecia un nuevo centralismo regional, en el tercero.

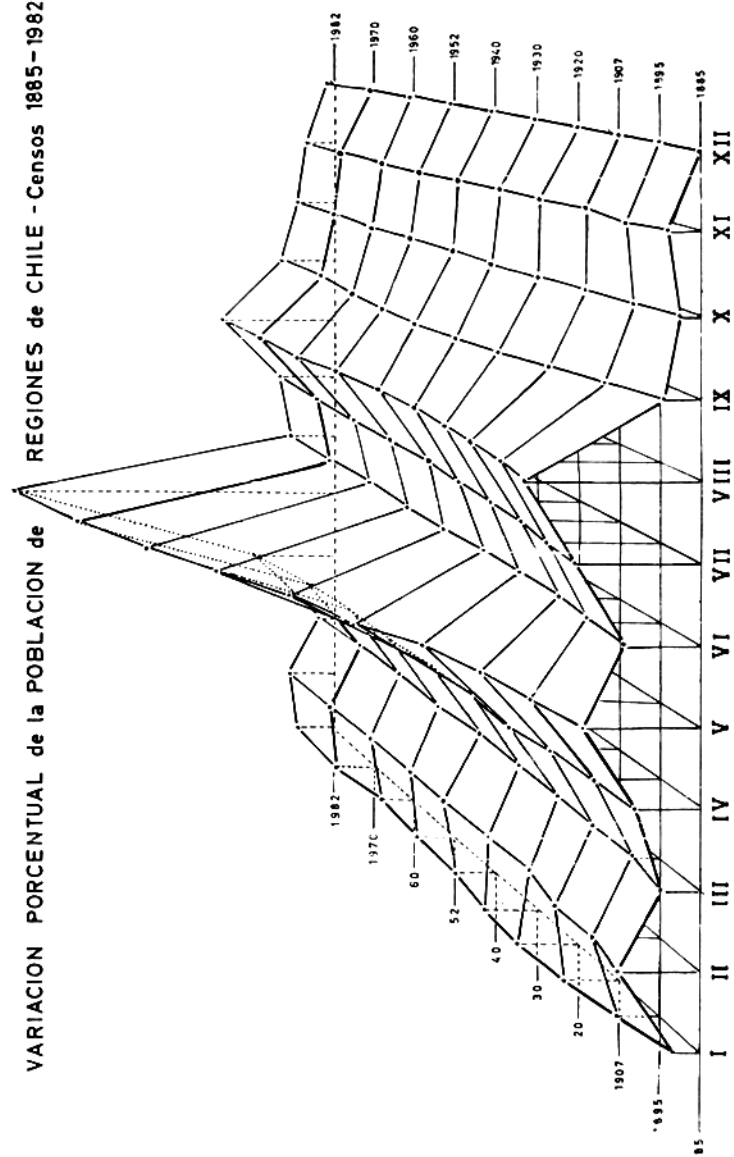
Resumen y Conclusiones: Se entregan gráficos sobre poblaciones provinciales y regionales de los diez censos nacionales efectuados durante el siglo entre 1885 y 1982 en Chile, y de la evolución demográfica de comunas y provincias de la VIII . Región. El autor concluye en que el método gráfico no es usado todo lo que se debiera y que presenta un excelente medio para cotejar con los valores numéricos en problemáticas complejas.

VARIACION PORCENTUAL de la POBLACION de PROVINCIAS de CHILE según CENSOS 1885 a 1982



VARIACION PORCENTUAL de la POBLACION de

REGIONES de CHILE - Censos 1885-1982



VARIACION PORCENTUAL de la POBLACION de las PROVINCIAS de la
VIII REGION de la REPUBLICA de CHILE
CENSOS de 1885 a 1982

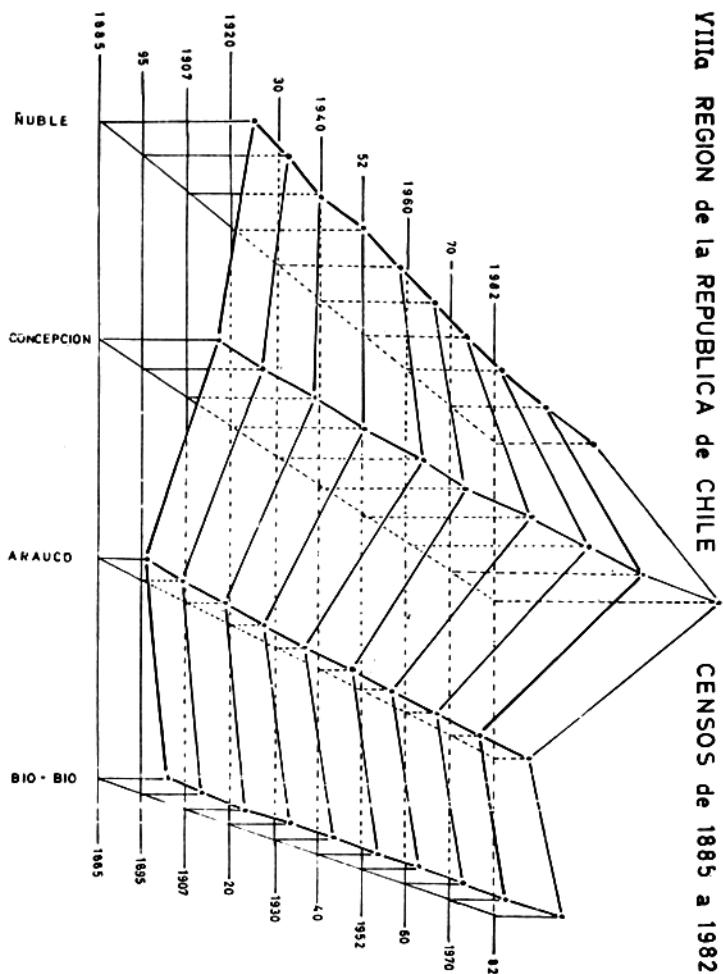


GRAFICO Nº 3

Dr. K. HANSEN G. 1975
Actualizado - 82

7. IMÁGENES DE SALUD Y ENFERMEDAD DECLARADAS POR USUARIOS DE UN CONSULTORIO PERIFÉRICO

Prof. Diego Zalazar, Enf. Amelia Salomón y Srs. Fernando Aliaga, Carlos Arellano, Mónica Fuenzalida, Eduardo Gallegos y Sergio González
(Escuela de Salud Pública, Universidad de Chile)

Introducción

La atención primaria se inicia dentro del hogar de los pacientes, y dentro de éste, la dinámica del cuidado de la salud de la familia suele iniciarse en la madre. Si ella no define a alguien de su familia como enfermo, peligra la llegada del paciente a la consulta. Por todo esto es importante conocer qué imágenes de salud y enfermedad orientan a las percepciones de las madres en relación a definir a alguien como enfermo o sano. Los objetivos del trabajo fueron conocer los criterios con que las madres evalúan el estado de salud propio y de los demás, las opiniones respecto a cómo prevenir la enfermedad y las creencias respecto a etiopatogénesis de las patologías.

Materiales y Métodos

Se entrevistó a 108 usuarias de un consultorio periférico, con una cédula de 8 preguntas. Los ítems de la cédula fueron los siguientes: (1) ¿Cuándo halla Ud. que una persona está sana? (2) ¿Cómo sabe Ud. que un niño está enfermo? (3) ¿Cómo sabe Ud. que un adulto está enfermo? (4) ¿Por qué la gente se enferma: (a) del hígado, (b) del corazón, (c) del estómago? (5) ¿Qué debe hacer una persona para mantenerse sana y no enfermarse? (6) ¿Por qué se enferma la gente? ¿A qué se debe que la gente se enferme?

Resultados y Conclusiones

Las conclusiones a que permite llegar el análisis de contenido de las respuestas son:

- a) Las usuarias de consultorio tienen y aplican imágenes relativas a salud y enfermedad independientemente de las imágenes correspondientes del profesional.
- b) Los indicadores aplicados por las entrevistadas para juzgar el estado de salud de las personas, utilizan como patrón de referencia la conducta, psicología y aspecto físico, habituales de las personas.
- c) La mayor parte de la imagen etiológica se concentra principalmente en noxas conductuales, noxas dietéticas, noxas del medio ambiente y problemas de higiene.
- d) Las usuarias tienen, y probablemente aplican, imágenes preventivas, cuya tipología se concentra en los rubros: cuidados dietéticos y actividad física, estando el resto constituido en forma más o menos pareja por medidas higiénicas, control ético y control médico, y otras de frecuencia menor.

Como conclusión general, se puede afirmar que realmente la intervención médica en la vida de la madre usuaria se inserta en un conjunto psicosocial ya estructurado en todos los aspectos de la salud que, aunque pueda ser incompleto o a veces carente de base científica, no por ello deja de ser obstaculizador o facilitador de la eficacia de las intervenciones del médico.

TABLA Nº 1

**INDICADORES PARA DETERMINAR SALUD, SEÑALADOS POR USUARIAS
DE CONSULTORIO MATERNO-INFANTIL**

	Nº	%
Silencio del cuerpo (cuando no se siente nada)	80	40,60
Buen ánimo	24	18,21
Buen apetito	20	10,2
Estado de buen humor	20	10,2
Actividad normal	18	9,14
Aspecto saludable	18	9,14
Sueño normal	5	2,54
Otros	12	6,1
Total	197	100,0

TABLA Nº 2

**TIPOLOGIA DE CAUSA DE ENFERMEDAD SEGUN USUARIAS DE UN
CONSULTORIO PERIFERICO**

	Nº	%
Conductuales	42	28,7
Dietéticas	37	25,3
Problemas de higiene	15	10,2
Medio ambiente	12	8,2
Falta control médico	11	7,5
Psicológicos	7	4,7
Éticos	1	0,6
No sé	4	2,7
Otros	17	11,6
Total	146	100,0

TABLA Nº 3

**TIPOLOGIA DE LAS MEDIDAS PREVENTIVAS DE LA ENFERMEDAD
SEGUN USUARIAS DE UN CONSULTORIO PERIFERICO**

	Nº	%
Dietética	71	33,7
Actividad física	37	19,6
Control médico	16	8,5
Medidas higiénicas	16	8,5
Éticas	16	8,5
Evitatorias	13	6,9
Psicológicas	11	5,8
Bienestar ambiental	4	2,1
No sé	4	2,1
Total	188	100,0

TABLA Nº 4

**INDICADORES DE ENFERMEDAD EN NIÑOS Y ADULTOS DECLARADOS
POR USUARIAS DE UN CONSULTORIO PERIFERICO**

Indicadores	Niños		Adultos	
	Nº	%	Nº	%
Alteraciones del estado físico	154	54,4	87	51,1
Alteraciones de la conducta habitual	118	41,7	26	15,3
Alteraciones del estado psicológico	8	2,8	26	15,3
"Porque lo dice" o síntomas que tiene	3	1,1	26	15,3
Otras	—	—	5	3,0
Total	283	100,0	170	100,0

8. SALUD FAMILIAR: UNA ESTRATEGIA PARA SU IMPLEMENTACION EN UN CONSULTORIO DE ATENCION PRIMARIA

Dr. Fernando Lira y Enf. Isabel Ringeling
(Consultorio Hernán Alessandri, Santiago)

En la primera parte se destacan brevemente las características del Sistema de Atención Primaria chileno y las bases conceptuales que fundamentaron la decisión de incorporar el enfoque familiar en un Consultorio del nivel primario.

A continuación se describen las características de la Comuna de Providencia (1), donde se encuentra ubicado el Consultorio Dr. Hernán Alessandri, y se entrega información sobre la atención proporcionada por este Consultorio y sus recursos. Se deja constancia que se trata de un establecimiento, originariamente del Ministerio de Salud, que en 1982 fue traspasado a la Municipalidad de Providencia. En la actualidad depende administrativamente de ésta y recibe las normas técnicas y supervisión del Ministerio de Salud (S.S.M.O.)

En la tercera parte se plantean, desde el punto de vista organizacional, los problemas que surgieron una vez tomada la decisión de elevar la calidad de la atención incorporando la dimensión familiar. A la ausencia de médicos familiares se agregaron: a) falta de un modelo asistencial con enfoque familiar validado para nuestro medio, b) desconocimiento de las familias beneficiarias y sus características, y c) como corolario de los dos anteriores, falta de recursos humanos con experiencia en este tipo de trabajo. La opción adoptada fue la de desencadenar un conjunto de cambios lentos y progresivos, destinados a modificar gradualmente el sistema de atención simultáneamente en los tres frentes.

A continuación se describen elementos de una estrategia organizacional, cuyo objetivo ha sido crear el espacio donde la atención asistencial con enfoque familiar se haga posible y deseable. Representa el esfuerzo realizado durante 18 meses, por un equipo de salud para sortear satisfactoriamente las dificultades de una empresa de este tipo, especialmente la resistencia al cambio.

(1) Región Metropolitana, Santiago, Chile. 140.000 Habitantes.

9. FACTORES ASOCIADOS AL GRADO DE SATISFACCIÓN POR LA ATENCIÓN MÉDICA PEDIÁTRICA: ANÁLISIS SOCIO-PSICOLÓGICO EN USUARIAS DEL CONSULTORIO LA PINCOYA.

Dr. Juan Pablo Vignau, Enfs. Teresa Carrasco, Yasmin Díaz, Mónica Oyarzún y Ana Saavedra.
(Proyecto Kellogg Santiago Norte y Escuela de Salud Pública, Universidad de Chile)

Durante las últimas décadas los especialistas en Ciencias Sociales han venido señalando con insistencia que los niveles de salud de una población no sólo dependen de la cantidad y calidad de los recursos médicos disponibles, sino también de factores de orden social, cultural y psico-social presentes en la comunidad. Esta proposición teórica ha originado una serie de estudios cuyo principal interés ha sido la investigación de hábitos, actitudes, creencias y normas sociales que se relacionan con el estado de salud de la población. El presente estudio se inscribe dentro de esta línea de investigación y su propósito consiste en obtener conocimiento sustantivo respecto a la cuantía de la satisfacción por la atención médica pediátrica que poseen las usuarias del Consultorio La Pincoya, como asimismo, contribuir al conocimiento de algunos factores socioculturales que probablemente se encuentren asociados con dicha satisfacción con el fin de sentar las bases de una tipología de usuarias que emplee como fundamento su grado de satisfacción.

La hipótesis más general que ha orientado el desarrollo del trabajo afirma que: Existe una asociación estadísticamente significativa entre el grado de satisfacción por la atención médica pediátrica y la edad, educación, número de hijos, estado civil, actividad realizada (trabaja/no trabaja) y número de años que se atiende en el consultorio una usuaria.

En términos generales, es posible sostener que el éxito de la mayoría de las acciones que se emprenden en el campo de la salud y que poseen como objetivo directo a la comunidad, depende, entre otros factores, del grado de satisfacción que experimentan los beneficiarios por la atención que reciben a su paso por los servicios médicos. A este respecto, conviene tener presente un axioma básico de las ciencias sociales, esto es, que las personas no sólo responden a los aspectos objetivos de una situación, sino también, y a veces principalmente, al significado que esta situación tiene para ellos. En el mismo momento que la persona ha dado un significado a la situación, su conducta subsiguiente y algunas de las consecuencias de esta conducta son determinadas por este significado.

De esta consideración teórica es factible deducir que si las usuarias definen la situación de atención médica pediátrica en términos de insatisfacción, desagrado o disconformidad, toda o parte de su conducta posterior será notablemente afectada por dicha definición, en consecuencia, la tarea de obtener su colaboración efectiva en la recuperación de la salud del paciente se reducirá ostensiblemente. Por el contrario, si las usuarias definen la situación en términos de conformidad, agrado y satisfacción, en igualdad de condiciones, resultará mucho más sencillo contar con su apoyo en las acciones que se emprenda.

Metodología

Con el propósito de recabar la información pertinente, se empleó la técnica del Survey Social. La cédula diseñada se administró a 238 usuarias del consultorio La Pincoya, en sus domicilios. La muestra se obtuvo empleando un muestreo probabilístico por etapas sucesivas. La medición del grado de satisfacción por la atención pediátrica se efectuó mediante un índice sumatorio que cumple con todos los requisitos de rigurosidad metodológica que para estos casos se estima, especialmente en lo relativo a confiabilidad y validez. Dicho índice permite clasificar a las usuarias en una de las categorías siguientes: Satisfacción Alta, Media o Baja.

Resultados y Conclusiones

El análisis de los resultados obtenidos permite afirmar que aproximadamente un 39% de la muestra exhibe un alto grado de satisfacción por la atención médica pediátrica que recibe; un 33% presenta una satisfacción media y en un 28% se observa satisfacción baja. Por otra parte, los resultados obtenidos en el proceso de verificación de hipótesis (Tablas N° 1, 2 y 3) indican que el grado de satisfacción por la atención médica pediátrica se encuentra asociado significati-

vamente con la edad, educación y número de niños de la madre, del consultorio La Pincoya. En cambio, no presentan asociación su estado civil, actividad realizada (trabaja/no trabaja) y número de años que atiende a sus hijos en el consultorio.

Estos resultados poseen importantes implicaciones en el nivel teórico debido a que permiten sentar las bases de una tipología de usuarias que emplea como referencia su grado de satisfacción. En efecto, preliminarmente y sobre la base de las direcciones que presentan las asociaciones entre las variables, es factible distinguir dos tipos

a) Usuaría Satisfecha. La usuaria satisfecha con frecuencia posee más de 30 años, su grado de escolaridad tiende a ser bajo (0-4 años de estudios) y generalmente presenta una familia compuesta por varios hijos (más de 4).

b) Usuaría Insatisfecha. Esta usuaria con frecuencia es relativamente joven (menos de 30 años), su nivel de escolaridad tiende a ser alto (cuarto medio) y con alta probabilidad posee una familia con pocos hijos (1 ó 2).

La tipología anterior la postulamos con un carácter estrictamente provisional. Su propósito es alentar la búsqueda de otros factores que permitan perfeccionarla. A este respecto sugerimos el estudio de variables socioculturales no examinadas aquí, como por ejemplo, la estratificación social, el origen urbano-rural, etc. También resultaría provechoso examinar factores de orden psico-social dinámicos. Por último, incluir en el análisis variables de tipo psicológico daría una notable envergadura a la tipología.

Como otros eventos sociales, la satisfacción que experimentan las usuarias por la atención pediátrica que reciben es un fenómeno producto de un conjunto de factores; en consecuencia, las acciones que se programen con el propósito de elevar los niveles de satisfacción de las usuarias, deben estar estrechamente ligadas a la comprensión de dichos factores. En este sentido, algunos resultados obtenidos del análisis de los componentes del índice permiten efectuar algunas afirmaciones preliminares. En efecto, el análisis revela que el contenido de los ítems que en promedio se encuentran más próximos al polo de la satisfacción baja se refieren a: tiempo de espera para ser atendido, experiencia de los médicos, trato dado por el personal auxiliar y tiempo dedicado a examinar. Por el contrario, el contenido de los ítems que en promedio se encuentran más cercanos al polo de la satisfacción alta aluden a: trato dado por los médicos, tratamientos recomendados, remedios proporcionados y diagnósticos efectuados.

TABLA Nº 1

**PORCENTAJE DE USUARIAS CON SATISFACCION POR LA ATENCION MEDICA
PEDIATRICA ALTA, MEDIA Y BAJA SEGUN EDAD**

Satisfacción por la Atención Médica Pediátrica	E d a d		T o t a l e s	
	30 años o menos %	Más de 30 años %	%	f _i
Alta	26	49	39	91
Media	38	30	33	79
Baja	36	21	28	63
Totales	100 (106)	100 (129)	100	233 (*)

(*) No se obtuvo información respecto a la edad de tres usuarias.

$$X^2_0(2) = 13.16 > X^2_1(2) \cdot 0.05 = 5.99$$

TABLA Nº 2

**PORCENTAJE DE USUARIAS CON SATISFACCION POR LA ATENCION MEDICA
PEDIATRICA ALTA, MEDIA Y BAJA SEGUN AÑOS DE ESCOLARIDAD**

Satisfacción por la Atención Médica Pediátrica	Años de Escolaridad			T o t a l e s	
	0 - 4 %	5 - 8 %	9 - 12 %	%	f _i
Alta	54	38	28	39	93
Media	24	37	35	33	79
Baja	22	25	37	28	66
Totales	100 (59)	100 (108)	100 (71)	100	238

$$X^2_0(4) = 10.84 > X^2_1(4) \cdot 0.05 = 9.48$$

TABLA Nº 3

**PORCENTAJE DE USUARIAS CON SATISFACCION POR LA ATENCION MEDICA
PEDIATRICA ALTA, MEDIA Y BAJA SEGUN NUMERO DE HIJOS**

Satisfacción por la Atención Médica Pediátrica	Número de Hijos			Totales	
	1 %	2 - 3 %	4 y + %	%	f _i
Alta	25	41	45	39	93
Media	50	30	28	33	79
Baja	25	29	27	28	66
Totales	100 (48)	100 (119)	100 (71)	100	238

$$X^2_0 (4) = 13.40 > X^2_t (4) \cdot 0.05 = 9.48$$

10. LA SATISFACCION POR LA ATENCION MEDICA PEDIATRICA: ALGUNAS PAUTAS PARA LA MEDICION DE VARIABLES CUALITATIVAS

Sociol. Luis Gajardo y Dr. Juan Pablo Vignau
(Programa Kellogg Santiago Norte y Escuela de Salud Pública, Universidad de Chile)

En el ámbito de la Salud Pública, con frecuencia los investigadores enfrentan el complejo problema de mensurar variables de carácter cualitativo, no obstante, en numerosas oportunidades y por variadas razones, el problema no se resuelve de acuerdo con los criterios teóricos y metodológicos comúnmente aceptados. El propósito general del estudio que se informa consistió en construir un instrumento (índice) que permitiera reducir a términos cuantitativos el grado de satisfacción de las usuarias del Consultorio La Pincoya por la atención médica pediátrica que se les brinda, como asimismo, sistematizar los procedimientos teóricos y metodológicos empleados en su elaboración.

Metodología

En orden a obtener la información pertinente se empleó la técnica del Survey Social. La cédula diseñada se administró en sus domicilios a 238 usuarias del Consultorio durante el verano de 1984. La muestra se obtuvo empleando un muestreo probabilístico por Etapas Sucesivas.

Etapas en la Construcción del Índice y Resultados del Estudio

1. Definición del Concepto a Medir. La satisfacción por la atención médica pediátrica se definió nominalmente como un conjunto de sentimientos generalizados y permanentes de agrado, conformidad y comodidad en relación con las dimensiones técnicas y no técnicas de dicha atención. Se entiende por dimensión técnica el conjunto de factores que tienden a identificarse plenamente con la acción puramente profesional que desarrolla el médico. En general, los factores de orden técnico tienden a identificarse en menor medida con las características personales del médico, por ejemplo, los tratamientos recomendados. Por el contrario, la dimensión no técnica incluye todos aquellos factores que rodean la acción estrictamente técnica que el médico proporciona al paciente, por ejemplo, el trato dado a la usuaria.

2. Construcción de Ítems y Categorías de Respuesta. El índice se estructuró preliminarmente con 12 ítems elaborados sobre la base de la definición nominal y real analizadas anteriormente. Cada ítem incluye dos categorías de respuesta, excepto uno que posee cuatro. A las categorías que apuntan hacia la satisfacción le asignamos puntaje uno, en cambio, a las que lo hacen hacia la insatisfacción, puntaje dos. Teóricamente, el puntaje más alto que podía obtener una persona era de 26 puntos (bajo grado de satisfacción), mientras que el más bajo era de 12 puntos. Ejemplos de ítems que traducen la dimensión técnica y no técnica son, respectivamente: los exámenes físicos que los médicos del consultorio le han practicado a sus niños, han sido completos o incompletos; cuando atienden a sus niños los médicos del consultorio muestran mucho interés o poco interés.

3. Item-análisis. Durante la tercera etapa, y una vez que el índice fue administrado a las usuarias, se procedió a determinar el Poder Discriminatorio de cada ítem, lo que a su vez constituye una prueba del grado de Consistencia Interna del instrumento. El Poder Discriminatorio de un ítem se refiere a la capacidad de constituir un estímulo que permita diferenciar las personas con alto grado de satisfacción de aquellas con bajo grado. Por otro lado, la Consistencia Interna es la propiedad de un instrumento de formar un todo coherente. Una correlación tetracórica r_t entre el puntaje total y el puntaje en cada ítem permitió conocer estos datos. Los resultados obtenidos se presentan en la tabla N° 1. Como se puede observar, ocho de los ítems presentan valores de correlación iguales o superiores a .85 y los cuatro restantes se encuentran sobre .64. Dados los buenos resultados obtenidos se decidió continuar todo el análisis con los 12 ítems originales.

4. Confiabilidad. Con el objetivo de establecer el grado de confiabilidad del índice se empleó la técnica denominada "Split-Half". El coeficiente r de Pearson obtenido de .94, corregido mediante la fórmula de Spearman-Brown, señala que el índice construido es un instrumento altamente confiable.

5. Validez. En la quinta etapa, con el propósito de obtener evidencia respecto a la validez del índice, esto es, si realmente mide lo que dice medir, se emplearon dos procedimientos en forma independiente:

a) El primero consistió en pedirles a las usuarias que le asignaran una nota entre uno y siete a la atención médica pediátrica que les proporciona el consultorio. Los resultados obtenidos pueden observarse en la tabla N° 2. Como se advierte, los grupos clasificados con satisfacción alta, media y baja según el índice, le asignan en promedio notas significativamente distintas y en la dirección que corrobora la validez del índice.

b) El segundo procedimiento empleado consistió en someter a verificación la hipótesis siguiente: existe una asociación estadísticamente significativa entre el puntaje obtenido en el índice de satisfacción por la atención médica pediátrica y la posibilidad de seguir o no atendiendo en el consultorio. Los resultados obtenidos (*) indican que la hipótesis planteada debe ser aceptada, lo cual es otra evidencia de la validez del índice.

6. Operacionalización. En la última etapa de construcción del índice se procedió a definir operacionalmente la satisfacción. Sobre la base de la distribución empírica de los puntajes obtenidos por las usuarias al responder el índice, se distinguieron tres grupos: con Satisfacción Alta, de 12 a 15 puntos; con Satisfacción Media, de 16 a 20 puntos, y con Satisfacción Baja, de 21 a 26 puntos.

En resumen, considerando los resultados obtenidos en cada una de las etapas de construcción del índice, puede postularse que cumple plenamente con los criterios convencionales de rigurosidad metodológica que para estos casos se estima. Su utilidad se advierte en varias direcciones. Las autoridades del Consultorio La Pincoya pueden aplicarlo periódicamente a la población efectuando las comparaciones pertinentes a través del tiempo. El índice también puede ser estandarizado con el objetivo que cubra sectores más amplios de población donde no se ratifiquen los mismos principios socioculturales. Por último, las etapas seguidas en su construcción, como también los criterios empleados, pueden ser útiles para la elaboración de instrumentos que faciliten la medición del grado de satisfacción por otros programas desarrollados por el consultorio, y para orientar la medición de variables cualitativas en general.

$$(*) (X^2_0(2) = 33.93 \quad X^2_1(2) \cdot 05 = 5.99)$$

TABLA N° 1

PODER DISCRIMINATORIO: COEFICIENTES r_t DE LOS ÍTEM

Items N°	Correlación
1. Trato dado por los médicos	.87
2. Examen físico practicado	.85
3. Interés mostrado por los médicos	.93
4. Diagnósticos efectuados	.95
5. Tiempo dedicado a examinar	.95
6. Explicación de las enfermedades	.67
7. Tratamientos proporcionados	.93
8. Remedios otorgados	.88
9. Trato dado por el personal auxiliar	.67
10. Conocimientos de los médicos	.85
11. Experiencia de los médicos	.85
12. Tiempo de espera para la atención	.65

TABLA Nº 2

USUARIAS CON SATISFACCION POR LA ATENCION MEDICA PEDIATRICA ALTA, MEDIA Y BAJA SEGUN NOTA PROMEDIO ASIGNADA A LA ATENCION MEDICA PEDIATRICA QUE PROPORCIONA EL CONSULTORIO LA PINCOYA

Satisfacción por la Atención Médica Pediátrica	Nota promedio asignada a la Atención Médica Pediátrica
Alta	6.18 (D.S. 0.83)
Media	5.15 (D.S. 1.17)
Baja	4.65 (D.S. 1.25)

11. EVALUACION DE LA PRODUCTIVIDAD DE LOS CONSULTORIOS PERIFERICOS MATERNO INFANTILES

Matr. Nelly Chang y Enf. Amelia Salomón
(Carrera de Obstetricia y Puericultura y Escuela de Salud Pública,
Facultad de Medicina, Universidad de Chile)

Un Servicio de Salud o un programa pueden ser evaluados considerando tres aspectos fundamentales: a) Estructura, b) Proceso y c) Resultados. Estos componentes, relacionados entre sí, presentan interdependencia funcional. Es así como, cambios en los elementos estructurales de un Servicio o de un programa de Salud, implican necesariamente variaciones en el proceso desarrollado y en los resultados observados. Por otra parte, debido al dinamismo de un Servicio, las variaciones en los resultados y en los componentes del proceso, pueden afectar las condiciones estructurales.

Desde el punto de vista evaluativo, la estructura de un Servicio de Salud está dada por las propiedades y características de los recursos disponibles y utilizados por la población; y por la manera como están organizadas y derivadas sus acciones en función de las necesidades de la comunidad.

El proceso está definido por las características de las actividades realizadas y por el uso que hace la población de dichos servicios.

Los componentes evaluativos incluidos en el proceso son: productividad, uso, calidad y eficiencia.

Productividad

En términos generales este concepto evalúa la producción de servicios por unidad de recursos. Operacionalmente comprende dos aspectos: 1) Rendimiento, dado por el número de actividades producidas por unidad de recurso, y 2) Utilización, dada por la relación que existe entre el uso de los servicios y la población que sirven. Este uso puede ser considerado en función de: a) su extensión, el número de personas que usan un servicio determinado durante un período específico de tiempo, y b) intensidad, el número de veces que una persona utilizó el servicio para recibir la misma actividad.

Basados en estos conceptos evaluativos de la productividad de un servicio, se ha diseñado un instrumento cuya aplicación permite evaluar el grado de productividad de un Consultorio Periférico Materno Infantil.

Se pretende, con este instrumento, entregar un elemento útil y de fácil aplicación a los profesionales responsables del manejo técnico administrativo de los consultorios periféricos.

Descripción del Instrumento

Evalúa a la producción de servicios Materno Infantiles, la cobertura y concentración de las actividades asistenciales en la población del área de acción del consultorio, como también, el rendimiento del personal que realiza dichas acciones.

El instrumento consta de 5 secciones y asigna un puntaje máximo de 1.000 puntos que se distribuyen en cada una de las áreas evaluadas, como sigue:

- | | | |
|-------------|--|--------------------------|
| I SECCION | : Información general de la atención infantil y de la atención obstétrica. | |
| II SECCION | : Rendimiento de la hora médica.
hora enfermera y hora matrona | 200 puntos |
| III SECCION | : Grado de cobertura | 200 puntos |
| IV SECCION | : Grado de cumplimiento de las
metas de actividades | 420 puntos
180 puntos |
| V SECCION | : Concentración de actividades | 180 puntos |

Los resultados obtenidos permiten visualizar el grado de desarrollo de los programas materno infantiles, y conocer sus aspectos deficitarios. Todo ello constituye un diagnóstico evaluativo que servirá de base para orientar las acciones de salud de acuerdo con las normas vigentes y a las expectativas de la población que sirven.

12. LA URGENCIA PEDIÁTRICA EN VALDIVIA: ATENCIÓN INDISCRIMINADA DE LA DEMANDA

Drs. Teresa Bilbao, Irene Neumann, César Rebolledo y Srs. Carlos Domínguez y Diana Contreras
(Hospital Regional de Valdivia e Instituto de Salud Pública, Universidad Austral)

Históricamente, los Servicios de Salud del país han contado con recursos humanos y físicos restringidos para dar una buena atención de salud a la población. De tal suerte, resulta necesario hacer eficientes y eficaces estos recursos. Los servicios de urgencia no escapan a esta realidad; por ello, surge la necesidad de determinar si cumplen con la función por la cual fueron creados: atender aquella morbilidad que requiere una solución inmediata.

Con esta perspectiva se realizó un trabajo descriptivo que pretende determinar si la atención de morbilidad de solución inmediata (urgente) constituye el núcleo central de la actividad de la asistencia pública pediátrica del Hospital Regional de Valdivia.

Para este propósito, se consideró como población en estudio a todas las consultas atendidas en la mencionada Asistencia Pública Pediátrica, durante el año comprendido entre agosto de 1984 y julio de 1985. Derivado de la gran cantidad de consultas atendidas, se realizó un trabajo con una muestra sistemática del 3,2% con una precisión del 3%, un nivel de confianza del 95% y una varianza teórica de 0,25, al no existir antecedentes para determinarla.

Como objetivos específicos de este trabajo se consideraron:

- a) Determinar la cantidad de atención de morbilidad urgente y no urgente (tipo de consulta).
- b) Determinar la relación que hay entre el tipo de consulta y las variables sexo, edad, motivo de consulta, día de atención y horario de atención.

Resultados

Se revisaron 991 fichas, que al análisis mostraron que la Asistencia Pública Pediátrica del Hospital Regional de la ciudad de Valdivia, atiende una alta cantidad de escolares (34,55) y una muy baja proporción de Recién Nacidos (2,2%). No se aprecia una gran diferencia entre la consulta solicitada, según sexo, ya que el 50,4% corresponde a niños y el 49,4% son niñas.

Las tres principales categorías de patología que solicitan atención corresponden a respiratorias (49,6%), accidentes y heridas (13,1%) y digestivas (12,9%).

La atención requerida a través de todos los días de la semana se mantiene relativamente constante, ya que el día que más concurren usuarios es el día sábado (16,6%) y el que menos lo hacen es el lunes (13,3%).

El horario vespertino, esto es, entre las 17 y las 24 horas, es el más concurrido, con un 57,5% de las atenciones; el horario diurno, entre las 8 y las 17 horas, debe atender al 29,9% del total de las consultas y, finalmente, el menos concurrido es el nocturno (entre las 0 y las 8 horas) que sólo atiende al 4,8% del total de consultas.

Con respecto al tipo de atención (urgente y no urgente), el 62,4% de las atenciones corresponden a patología no urgente que, por tanto, podía haber sido solucionada en otros servicios pediátricos. En consecuencia, solamente el 35,6% de las atenciones tenía el carácter de urgente y su solución era responsabilidad directa de este servicio (Tabla Nº 1).

Al relacionar el tipo de atención con la edad de las personas atendidas, se aprecia que en todas las edades se solicita mayoritariamente atención por problemas no urgentes. Si consideramos el total de las urgencias, y lo relacionamos con la edad, vemos que a mayor edad de las consultas, mayor es la urgencia de la atención (Tabla Nº 2).

Conclusiones

La Asistencia Pública Pediátrica de Valdivia, no está cumpliendo cabalmente la función para la cual fue creada, ya que debe soportar una alta carga de atención que corresponde a otro tipo de servicio pediátrico. Será de interés investigar las causas que provocan esta situación. La experiencia nos permite aventurar la hipótesis de que las madres, que son las directas responsables de la salud de sus hijos, no concurren a los policlínicos cuando debieran hacerlo. Tal vez se deba a que sus horarios de trabajo coinciden con los horarios de atención de los consultorios y, por lo tanto, ellas concurren a los servicios de urgencia, en los cuales depositan su confianza, porque saben que serán atendidas prontamente a cualquier hora y no se exponen a rechazo.

TABLA Nº 1

**DISTRIBUCION DEL TIPO DE CONSULTA ATENDIDA EN LA ASISTENCIA PUBLICA
PEDIATRICA DEL HOSPITAL REGIONAL DE VALDIVIA
AGOSTO 1984 A JULIO 1985**

Tipo de Consulta	Nº	%
Urgente	353	36,4
No urgente	618	63,6
Total	971	100,0

TABLA Nº 2

**DISTRIBUCION DEL TIPO DE CONSULTA ATENDIDA EN LA ASISTENCIA PUBLICA
PEDIATRICA SEGUN CATEGORIA DE EDAD
HOSPITAL REGIONAL VALDIVIA. AGOSTO 1984 A JULIO 1985**

Categoría de Edad	Tipo de atención			
	Urgente		No urgente	
	Nº	%	Nº	%
Recién nacido	7	2,0	15	2,4
Lactante menor	50	14,2	151	24,5
Lactante mayor	44	12,5	113	18,3
Pre-escolar	114	32,3	140	22,7
Escolar	138	39,1	198	32,1
Total	353	100,1	617	100,0

$\chi^2 \text{ obs} = 27,57 \text{ (} P > 0,05 \text{)}$



13. SECTORIZACION Y LOCALIZACION DE LA DEMANDA EN CINCO POSTAS RURALES Y CONSULTORIO GENERAL RURAL

Drs. Rodrigo Aguirre D., M. Paz Guzmán Ll., Alvaro Téllez T., Sergio Valdivieso F.
(Programa de Salud de Pirque)

Un estudio anterior realizado por el equipo de salud de Pirque mostró que la oferta de atención médica era desigual para cada una de las cinco Postas Rurales de la Comuna. Para 1985 se pretendió modificar esta situación en base a una programación que ofrece para cada una de ellas: 1.2 consulta hab/año para la población infantil y 0.8 consulta hab/año para la población adulta.

El objetivo del presente estudio fue conocer algunas características de la demanda de atención médica en cada una de las Postas de la Comuna, en orden a mejorar y optimizar la atención prestada.

En el informe diario de atención médica, que registra N° de ficha, edad, diagnóstico y concentración de consultas en el año, se agregó el domicilio del paciente. Las consultas fueron agrupadas en los distintos sectores geográficos y poblacionales que conforman el área de cada Posta. Se confeccionaron mapas que muestran las tasas de consulta por sector. Los resultados muestran una distribución desigual y heterogénea de las consultas dentro de cada Posta y para todas ellas, obteniéndose tasas bajas de consultas para sectores poblacionales más alejados de las Postas o con dificultades de acceso a ella. Para algunos sectores se correlaciona positivamente bajas tasas de consulta médica con elevadas tasas de daños (Ej. desnutrición, riesgo desnutrición).

Se discute la localización como un instrumento simple para medir cobertura de atención médica. Esta forma simple de estudiar la demanda médica permite evidenciar que las áreas de salud dependientes de una unidad programática como Posta Rural o Consultorio se comporta heterogéneamente en la utilización de los servicios de salud y permite a los equipos locales diseñar estrategias tendientes a mejorar la cobertura y calidad de sus prestaciones.

14. ANALISIS DE LAS AREAS DE INFLUENCIA DE LAS POSTAS RURALES DE LA COMUNIDAD DE PIRQUE

Magdalena Serrano Madrid, Luz Valenzuela Martínez
(Egresadas del Instituto de Geografía, U. C. de Chile)

El siguiente es un estudio de geografía, aplicado al ámbito de la Salud Pública.

Se analizaron las cinco Postas Rurales de la Comuna de Pirque en base a cuatro indicadores. Estos indicadores son: densidad de población de cada posta, distancia media del área de influencia de cada posta, actividad de los profesionales de salud por habitante, actividades profesionales de salud por horas profesionales asignados a la posta.

Estos indicadores se ponderaron. Con los resultados se confeccionaron dos mapas que muestran la importancia absoluta y la importancia relativa (media) que los indicadores juegan en las postas.

El diagnóstico muestra que para las cinco postas rurales el comportamiento es desigual, lo que expresa desigualdad de acceso de los usuarios de los servicios de salud de cada una de las postas rurales.

Dada esta desigualdad se confecciona un mapa integrado tendiente a corregir la oferta de los servicios de salud dentro de la Comuna.

Lo interesante de este trabajo es que se introduce el concepto de territorio dentro del ámbito de la salud dando una dimensión areal espacial a diferentes problemas relacionados con ésta.

Esta metodología permite a los equipos locales de salud en forma simple, sin modificar la infraestructura de salud de la Comuna, optimizar sus servicios.

15. ESTRUCTURA DE LA MORBILIDAD Y CAPACIDAD RESOLUTIVA EN UNA ZONA RURAL

Drs. Rodrigo Aguirre, M. Paz Guzmán, Alvaro Téllez y Sergio Valdivieso
(Programa de Salud Pirque)

Con el fin de optimizar la utilización de los recursos, el equipo médico de Pirque diseñó un estudio de la estructura de la morbilidad y la capacidad resolutive de los establecimientos de salud de la Comuna de Pirque, que incluyó todas las atenciones médicas prestadas durante el período de un año (9.420 consultas entre Mayo 1984 y Abril 1985). Se utilizó como instrumento una ficha de morbilidad precodificada, la que fue llenada al momento de la consulta por los médicos. En ella se consignaban datos generales del paciente; los diagnósticos (hasta cuatro) codificados de acuerdo a la Clasificación Internacional de Enfermedades y la conducta que se seguía con el paciente, que fue definida previamente por los médicos tratantes en cinco categorías:

1. Resolución en la primera consulta.
2. Hospitalización.
3. Derivación especialista.
4. Examen en hospital.
5. Control en el mismo servicio.

Los resultados fueron tabulados por computación. Se presentan las características generales de los pacientes.

A) Infantil.	1. Enf. respiratorias	21,3%	
	2. Enf. infecciosas parásitos	19,2%	
	3. Enf. de la piel	7,1%	
	4. Trastornos mentales y conductuales	5,8%	
B) Adulto	1. Circulatorio	14,1%	
	2. Mentales	12,1%	(Depresión 4%)
	3. Respiratorias	11,8%	
	4. Infecciones	10,8%	

— La capacidad resolutive fue de un 88,4% con un 49% de resolución en primera consulta, control 39% y derivación en un 11,6%. De ésta 57% era a especialista, 38% a examen al hospital y 5% requiere hospitalización.

— Se presentan los diagnósticos más frecuentes en cada categoría.

Conclusiones

Existe una alta frecuencia de trastornos mentales y conductuales en el niño y de depresión en el adulto. Se discute este hecho.

La capacidad resolutive y los motivos de derivación son similares a los encontrados en la literatura para localidades urbanas.

A partir de los resultados obtenidos se discute y analiza la definición de capacidad resolutive.

16. PAUTA DE EVALUACIÓN PARA POSTAS DE SALUD RURAL

Enf. Pilar González, Nutr. Carmen Portales, Sta. Ana Luisa Avila y Dr. Hernán Jeria
(Secretaría Regional Ministerial, Región del Bío-Bío)

I. Introducción

La Secretaría Regional Ministerial de Salud de la Región del Bío-Bío vio la necesidad de crear un método de evaluación para Postas de Salud Rural que, cumpliendo el propósito de evaluar y educar, permitiera tener un panorama de las condiciones de eficiencia existentes en las Postas con el fin de determinar los cambios necesarios para mejorar la atención de la Comunidad.

Para ello se ideó una pauta de evaluación de Postas de Salud Rural, aplicándose esta misma entre los meses de Julio a Septiembre de 1985, a Postas Municipalizadas de la VIII Región.

II. Elaboración y Descripción de la Pauta de Evaluación

La pauta de evaluación es un instrumento metodológico que permite medir el porcentaje de cumplimiento de las Postas a las cuales se aplica.

La primera parte de ella, muestra la identificación del establecimiento, dependencia técnica, dependencia administrativa, fecha de aplicación e identificación del funcionario a cargo de la Posta.

Con el fin de abarcar todos los aspectos, la pauta se dividió en 5 rubros, a cada uno se le asignó un número determinado de ítem, con preguntas agrupadas según tipo de actividades. A cada rubro se le asignó un puntaje que refleja en la forma más objetiva posible la importancia de las actividades y el cumplimiento de la norma técnica.

Las preguntas están dirigidas a la Auxiliar de Salud Rural, y el encuestador puede hacer observaciones de actividades, revisión de registros, auditorías, contactos con la comunidad, etc.

Las respuestas a cada pregunta se califican con un 100% del puntaje si es afirmativa, con un 50% si es incompleta y 0 punto si es negativa.

Una vez aplicada la pauta de evaluación se suma el puntaje obtenido, sacándose el porcentaje de cumplimiento por cada uno de los rubros.

Esta pauta de evaluación debe ser enviada al nivel correspondiente acompañada de un informe de análisis de la misma conteniendo las sugerencias correspondientes.

La pauta puede ser aplicada por el equipo de salud a cargo del establecimiento, o por una entidad superior supervisora.

III. Aplicación de la Pauta de Evaluación

Con el fin de probar la efectividad de esta pauta de evaluación, se procedió entre Julio y Septiembre de 1985 a evaluar en terreno el funcionamiento de una Posta por comuna con establecimientos traspasados a las Municipalidades en la VIII Región del Bío-Bío. Para ello se llevó a cabo un programa de visitas a las diferentes Comunas. En cada una de ellas se sostuvo entrevista con el Alcalde o encargado del Depto. de Salud Municipal y se realizó visita inspectiva a las Postas seleccionadas para aplicación de la encuesta.

El resultado de la aplicación de este instrumento evaluativo se demuestra en la Tabla Nº 2.

IV. Conclusiones

Después de aplicar el instrumento de evaluación en las Postas seleccionadas se puede concluir que:

1. La pauta de evaluación no es un elemento de inspección, sino que sirve como un medio de ponderación de los resultados de la aplicación de normas.
2. La pauta de evaluación es un buen método para medir los aspectos administrativos y técnicos de Postas de Salud Rural.
3. La pauta de evaluación actúa como un instrumento motivador tanto para los niveles directivos como operativos, permitiendo que el nivel local tenga una clara visión del funcionamiento de las Postas de su jurisdicción lo que hace posible efectuar los ajustes correspondientes.

dientes para mejorar aquellos aspectos deficientes detectados.

4. Aplicando la pauta con un plazo prudencial de tiempo a los mismos establecimientos, se podrá comprobar si las sugerencias entregadas han sido acogidas por el nivel local, con lo que debería aumentar el porcentaje de cumplimiento de los diferentes establecimientos.
5. Permite además comparar cumplimiento de establecimientos de Salud Rural de los Servicios de Salud con aquellos traspasados a las Municipalidades y entre ellos.

TABLA Nº 1

**PAUTA DE EVALUACION DE POSTAS DE SALUD RURAL
SEGUN RUBROS Nº DE ITEMS Y PUNTAJE**

Rubros	Nº Item	Puntaje
I. Administración	22	410
II. Actividades Extraprogramáticas	10	170
III. Actividades Programáticas	22	415
IV. Cadena de Frío	4	80
V. Manejo de la Posta	9	165
Total	67	1.240

TABLA Nº 2

EVALUACION DE POSTAS DE SALUD RURAL TRASPASADAS A LAS MUNICIPALIDADES
REGION DEL BIO-BIO – AÑO 1985

Servicio de Salud	Comunas	Postas	R U B R O S					Total	Cumplimiento x Serv. de Salud
			Adminis- tración	Act. Extra- Program.	Act. Pro- gramática.	Cadena de frío	Manejo de la Posta		
Ñuble	Cobquecura Quillón San Ignacio	Buchupureo Coyanco Pueblo Seco	81.7	64.7	90.4	100.0	93.9	85.1	81.7
			84.1	70.6	86.1	50.0	93.9	82.1	
			72.0	76.5	85.5	50.0	87.9	77.8	
Concepción Arauco	Hualqui Santa Juana Curanilahue	Quilacoya Tanahullin Sn. José de Colico	52.4	52.9	47.0	50.0	71.2	53.0	57.3
			57.3	55.9	54.8	37.5	78.8	57.9	
			69.5	61.8	48.2	50.0	75.8	60.9	
Talcahuano	Tomé	Coliumo	82.9	73.5	75.9	87.5	100.0	81.9	81.9
Bio-Bio	Nacimiento	Carrizal	82.9	73.5	75.9	50.0	59.1	74.0	72.3
	Negrete	Coigue	76.8	75.0	85.5	50.0	69.7	76.8	
	Quilleco	Villa Mercedes	68.3	70.6	88.6	50.0	87.8	76.8	
	San Rosendo	Turquía	51.2	32.4	65.1	50.0	60.6	54.4	
	Tucapel	Tucapel	75.6	73.5	74.7	37.5	87.9	74.2	
	Yumbel	Tomeco	85.4	61.8	62.7	100.0	100.0	77.4	

17. EVALUACION DEL PROGRAMA DE SALUD RURAL, SERVICIO SALUD BIO-BIO **1981 – 1984**

Dr. Iván Álvarez, Enfs. Lilia Mangili, Lilian Daza, Matr. Ana López y Adm. Publ. Lucía Orellana
 (Dirección de Atención Primaria, Servicio de Salud Bio-Bío)

Considerando que la población rural de Bio-Bío es el 45% de la población total (134.407 habitantes) y que en ese sector los daños de salud son mayores, porque en ella se concentran la mayor parte de las situaciones que condicionan riesgos de Salud, el Servicio de Salud Bio-Bío, organizó un Departamento de Salud Rural con anterioridad a la puesta en funcionamiento por el Ministerio del Plan Específico de Salud Rural al cual se incorporó posteriormente.

Este programa se planteó como objetivo general, contribuir a mejorar 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) Atención 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) Aumento del 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: Mortalidad Infantil, Neonatal, Infantil Tardía, Desnutrición, Atención Profesional del Parto.

Se organizaron equipos multiprofesionales de trabajo en los lugares donde existía atención rural, todos los cuales dependían de un equipo central a nivel del Servicio Salud de Bio-Bío, el cual supervisa y dirige el programa. Con este objetivo se realizan visitas semanales a terreno y reuniones periódicas de coordinación a las que asisten los 32 equipos de salud que en este momento están funcionando.

TABLA Nº 1

COBERTURA POBLACION RURAL ENCUESTADA SERVICIO SALUD BIO-BIO **1981-1984**

	1981	1982	1983	1984	Variación
Población Rural	133.814	134.026	134.216	134.407	
Encuestada	33.186	69.434	96.411	98.282	65.096
%	25	52	72	73	+ 196

Se puede apreciar el considerable aumento de la cobertura que se ha producido desde que se puso en funcionamiento este programa.

TABLA Nº 2

VARIACIONES DE LOS INDICADORES DE SALUD POBLACION RURAL BIO-BIO 81-84

	1981	1982	1983	1984	Variac. 81-84
Mort. Infantil números absolutos	155	153	127	97	- 37 %
Mort. Neonatal números absolutos	58	67	49	49	- 16 %
Mort. Infantil Tardía números absolutos	97	86	78	48	- 50 %
% Desnutrición		12.3	12.9	11.9	- 3.25 %
% Atención Profesional del Parto	78.1	85.9	90.5	94.1	+ 20 %

Los resultados obtenidos se pueden resumir en los siguientes aspectos:

1. Ha aumentado la población rural encuestada de 33.186 a 98.282 personas.
2. Los recursos humanos, médicos, enfermeras, matronas y auxiliares paramédicos han aumentado en el sector rural de un 50 a un 160% .
3. En relación a vehículos se ha aumentado en 4 ambulancias y 4 camionetas.
4. Respecto a establecimientos de nivel primario, los Consultorios rurales aumentaron de 3 a 7 y las Postas Rurales de 31 a 55 (77% de incremento).
5. Sobre Saneamiento Básico los pozos con bomba aumentaron de 161 a 1.530, las letrinas sanitarias de 309 a 2.853, rellenos sanitarios de 671 a 3.841.
6. Los Huertos Caseros se incrementaron de 26 a 41 en las Postas Rurales, 64 a 73 en las Escuelas y de 1.315 a 10.515 en las Familias.
7. Aumento en forma considerable de las actividades de Coordinación Intersectorial, capacitación, camas y egresos de los Hogares de Madres Campesinas.
8. En relación a los Indicadores de Salud del sector rural todos mejoraron: Mortalidad Infantil disminuyó en un 37% ; Mortalidad Neonatal en 16% ; Mortalidad Infantil Tardía en un 50% ; Desnutrición Infantil en un 3,25% y Atención Profesional del Parto mejoró en 20% .

18. PROGRAMA DE APOYO DEL CONSULTORIO BUQUE CIRUJANO VIDELA

Matr. Máximo Homann, Dr. Marco Anabalón, Prof. Mónica Moreno,
Dr. Héctor Fernández y Enf. Jorge Saavedra
(Consultorio Cirujano Videla, Facultad de Medicina, Universidad de Concepción)

El 17 de Diciembre de 1981, la Universidad de Concepción firmó un convenio con la Armada de Chile para el desarrollo de proyectos de docencia, extensión, investigación y asistencia técnica, que fueran de beneficio para ambas instituciones. En el artículo 10º de este convenio se señalaba el interés de las partes por desarrollar, a la brevedad posible, un programa de salud rural y comunitaria en la zona archipelágica de las regiones X y XI, usando a la nave Cirujano Videla como base de operaciones. El propósito de este programa era apoyar a los Servicios de Salud correspondientes en la ejecución de sus programas de Atención Primaria Rural y Salud Comunitaria, para lo cual debía realizarse en armónica integración con las oficinas de terreno locales y en virtud de las normas que el Ministerio de Salud tenía elaborado para ello.

Desde 1982, un equipo profesional del área de la salud, compuesto por Médico, Dentista, Matrón y Enfermero Universitario, se hicieron cargo del proyecto, debiendo desarrollar todo un modelo de estudio y trabajo para materializar la intención de servicio de las instituciones patrocinantes. Este equipo, propiedad de la Facultad de Medicina de la Universidad de Concepción, siguió las siguientes etapas metodológicas para asumir el control de las operaciones del Consultorio Cirujano Videla:

1º. Diseño de la Forma del Proyecto.

Tomando como referencia el libro de vida de la nave y sin despreciar la interesante información acumulada en sus 20 años de servicio, decidimos implantar un sistema de trabajo diferente. Lo primero fue crear un calendario de rondas permanente, periódico y sistemático por el archipiélago, en mutua armonía con las oficinas de terreno locales. Así, hoy el Consultorio presenta un tiempo total de 18 meses de operaciones, intercalado un período de 3 meses para reparaciones mayores, para luego retornar a nuestra área de servicio. En estos 18 meses se trabaja durante 8 semanas corridas, se intercala una semana de automantenimiento, y luego se reinicia otra jornada de 8 semanas más.

2º. Diseño del Contenido o Programa.

Para esto se implementó una unidad de investigación y desarrollo; su gran objetivo era realizar todos los estudios necesarios para lograr formular un programa de apoyo que tuviese coherencia, que fuese factible y que, por sobre todo, fuese una real ayuda para estos servicios. Conjuntamente con el desarrollo de estos estudios e investigaciones operacionales que nos darían el marco teórico y la línea de base para la formulación del programa, debíamos transformar la nave en un verdadero Consultorio Rural flotante con el objeto de que cumpliera eficazmente con su misión.

3º. Ejecución del Programa.

Una vez formulado el programa de trabajo, lo cual marcaba una nueva etapa en el proyecto de extensión, debíamos implementarlo de acuerdo a las prioridades detectadas. Sin embargo, como la salud de una comunidad no obedece exclusivamente a causas biológicas, sino que hay además diversos otros elementos que entran en juego para la determinación del perfil por nosotros realizado, había que recurrir, necesariamente, a las autoridades municipales para coordinar desde allí el esfuerzo multisectorial que es necesario para solucionar efectivamente muchas situaciones problemas que actúan como factores condicionantes de la salud del nativo y del pueblo chilote: vivienda, educación, desarrollo social, trabajo, etc. Esto hizo que la proposición de un programa de trabajo creciera en proporciones, pero sin perder el énfasis en el aspecto de la salud pública de la comunidad. Por lo anterior la puesta en marcha se retrasó hasta que la autoridad universitaria analizara detenidamente la proposición y decidiera su aplicación.

4º. Evaluación del Programa.

El programa propuesto constituye una estrategia global de desarrollo en donde el acento se ha puesto en la salud y la educación. Es lógico pensar que serán éstos nuestros principales ele-

mentos para medir la marcha del programa y su impacto, traducidos en una mejoría de la calidad de vida del pueblo insular del interior. La evaluación será periódica y permanente con el objeto de ir ajustándolo a las condiciones actualizadas que se presenten.

De manera muy general podemos resumir el programa de la siguiente manera:

1. Línea de Acción sobre las Personas y el Ambiente.

Esta línea de acción ha sido permanente en toda nuestra trayectoria en el proyecto, sin embargo, las actividades realizadas nos han demostrado que fuera de constituir una gran acción de control (hacer que la variable morbilidad, principalmente, se mantenga dentro de ciertos límites), no hemos logrado avanzar. Esta línea se encuentra formada por los siguientes programas:

a) Programa Médico. Comprende los programas materno-perinatal, infantil-adolescente y adulto-senesciente, además de otras actividades que forman parte de programas especiales y que también se desarrollarán: PNAC, pesquisa de cáncer cérvico-uterino, enfermedades transmisibles, E.T.S., etc. Este incremento de las acciones se ha hecho pensando en que cada profesional de nuestro equipo deberá ser responsable de uno de estos programas, coordinados y supervisados por el Médico-Cirujano. Las acciones serán, principalmente, del tipo fomento, protección y recuperación; la rehabilitación de los enfermos se hará en la medida que las instalaciones lo permitan, en caso contrario se derivarán al servicio de salud más cercano para su atención.

b) Programa Odontológico. Este programa ha sido uno de los que ha obtenido buenos rendimientos en estos años, principalmente porque fue la unidad que primero implementamos y es la más completa de todas. Su objetivo fundamental será disminuir la morbilidad por lesiones bucomaxilo-faciales, desarrollando acciones de fomento, protección, recuperación y rehabilitación de la población afecta al programa: grupo de 2 a 14 años y de 15 años y más. En términos generales, estas actividades estarán relacionadas con examen de salud bucal, atención permanente de urgencias, exodoncia, operatoria, parodoncia, endodoncia, radiología, etc. Todas ellas se realizarán según las capacidades del Consultorio.

c) Plan de Saneamiento Básico. Con el propósito de preservar a la familia y la comunidad de las enfermedades que se producen a causa del medio adverso que las rodea, se ha elaborado este plan; las medidas que contempla orienta sus acciones hacia tres sectores: abastecimiento de agua, eliminación de excretas y disposición final de basuras; sin embargo, las evidencias nos señalan oportuno y conveniente incluir, además, el manejo de alimentos y control de vectores. Este plan es a mediano plazo y el objetivo último es proteger al medio ambiente para evitar que se torne adverso para las personas que en él se asientan.

2. Línea de Acción Educación para la Salud.

Los fundamentos de esta línea de acción son abundantes, en resumen podemos señalar lo siguiente: el chilote no desaprovecha el uso de la medicina tradicional, pero prefiere la científica. La no mantención del estado de salud alcanzado se debe, en gran medida, a su falta de educación, (ignorancia respecto del autocuidado y un especial tipo de conocimiento producto de la interacción entre aquellos que tienen algún conocimiento con otro grupo que no lo posee, empeorado por el bajo nivel de instrucción). A esto debemos agregar la ausencia de un programa oficial de educación para la salud, la cual se realiza como tarea de una actividad, lo que no permite destacar su valor de refuerzo y consistencia para las acciones técnicas sobre las personas y el ambiente. En general, los programas aquí elaborados se orientan hacia los siguientes sectores:

a) Sector Educación, contempla: 1) programa de educación para la salud para estudiantes de enseñanza general básica, asociado al programa de ciencias naturales. 2) programa educación para la salud para la enseñanza media, asociado a la asignatura de biología. 3) programa de reforzamiento para profesores de enseñanza básica rural, sobre salud/enfermedad.

b) Sector Salud. El programa para este sector comprende campañas de reforzamiento y actualización para auxiliares de posta de salud rural sobre materias, tales como: procedimientos, enfermería, administración básica, intervención comunitaria, uso de material y equipos.

c) Sector Comunidad. Los programas de este sector se desarrollarán en dos grandes grupos: 1) líderes y agentes formales de la comunidad, y 2) grupos seleccionados de la comunidad. Los contenidos estarán constituidos por aquellas necesidades detectadas en las encuestas de opinión y de intereses realizados. Para el primer grupo la intención es capacitarlos para colaborar eficazmente en las distintas acciones de desarrollo integrado que fomenta e impulse la ronda médica, mediante el comité de salud.

3. Línea de Acción Fomento Desarrollo Integral Comunitario.

Es sabido que la salud es producto de un equilibrio multisectorial y que cuando este equilibrio no existe o se pierde, fomentamos la predisposición a enfermar por ese déficit. Por la particular forma de asentamiento humano en el archipiélago, visto con criterio de salubridad, cualquier solución definitiva al problema de salud/enfermedad del chilote debe llevar implícita la idea de un desarrollo integral de sus comunidades. Por esta razón, esta línea de acción contempla tres grandes tareas:

1. Higiene ambiental rural.
2. Organización comunitaria.
3. Desarrollo social.

El objetivo fundamental es recuperar las capacidades instaladas de cada villorrio, mediante el desarrollo integral, y con ello formar pequeños epicentros de progreso local.

19. UNA EXPERIENCIA DE SALUD RURAL

Dr. Marcelino Gallardo, Enf. Patricia I. Cortés y Matr. María J. Márquez.
(Hospital de Maullín)

En Chile, al parecer igual que en la mayoría de los países latinoamericanos, se daba la situación de haber logrado una adecuada atención en salud a nivel urbano, manteniendo serias deficiencias a nivel rural.

Durante las últimas décadas y en especial en los últimos 10 años, se da la situación en nuestro país, que algunos indicadores biomédicos como la mortalidad infantil, atención profesional del parto, desnutrición, etc., habían sufrido una mejoría bastante importante, lo cual desde hacía 4-5 años parecía tener un estancamiento. Al analizar esta situación, se llegó a la conclusión que con los recursos disponibles era prácticamente imposible seguir mejorando los mencionados indicadores. Pero también era cierto el hecho que a nivel rural continuaba existiendo un terreno prácticamente virgen en lo que a salud se refiere, manteniéndose por años una atención médica aislada y discontinua, importantes vacíos de cobertura y, en general, una escasa conciencia del abandono en que se encontraba la salud rural.

De lo anteriormente señalado, se desprende el hecho que una forma práctica y relativamente fácil de poder continuar mejorando nuestros indicadores de salud, era disponer de un programa tendiente a llegar a toda la población rural en forma periódica y estable, tratando de eliminar vacíos de cobertura y otras serias deficiencias de la atención de salud a nivel rural.

Por otra parte, se daba la situación que no era posible destinar mayores recursos para mejorar esas menoscabadas actividades, por lo cual se debió implementar un sistema tal que utilizando solamente los medios disponibles se lograría cubrir esos vacíos de cobertura, mejorar la calidad de la atención y así estar contribuyendo a la meta de la Organización Mundial de la Salud de: "SALUD PARA TODOS EN EL AÑO 2.000".

En este contexto, es que le corresponde incorporarse a algunas regiones del país a lo que se denominó "Plan Específico de Salud Rural", y dentro de la Décima Región, a la comuna de Maullín, ciudad de 16.000 habitantes, con un porcentaje de ruralidad de un 70% de su población.

En este trabajo se pretende analizar la experiencia por nosotros vivida, desde la organización del sistema a nivel local, los importantes logros obtenidos en infraestructura de Postas y los importantes adelantos logrados en higiene ambiental de los sectores rurales (construcción de letrinas, rellenos sanitarios y otros); paralelo a eso se realizó un análisis comparativo de la mortalidad infantil y partos domiciliarios ocurridos previo a la instauración de ese sistema y lo que ocurre en la actualidad.

Consideramos importante señalar que todas las obras realizadas se han llevado a cabo con fondos reunidos por la comunidad rural incorporada al Sistema de Salud, no irrogando ningún gasto para este último.

20. LA PARTICIPACIÓN COMUNITARIA, UNA ACTIVIDAD CLAVE EN EL DESARROLLO DE LA SALUD DE LA COMUNIDAD

Prof. Diego Zalazar
(Escuela de Salud Pública, Universidad de Chile)

El objetivo de esta investigación fue analizar un proceso conocido de participación de una comunidad en el cuidado de su salud, con la intención de identificar en él, estructuras, dinámicas, patrones y funciones potencialmente generalizables para otros casos similares.

Material y Método

Se estudió el desarrollo de la participación en salud de una comunidad de 350 familias, las que, de acuerdo con sus líderes naturales, crearon en 1983 un Puesto de Primeros Auxilios en el pueblo de Lampa (sector Norte Región Metropolitana).

El investigador actuó como observador participante, a la vez que entrevistó a los protagonistas del fenómeno investigado. El ser aceptado por la comunidad, permitió al observador prestar servicios en el desarrollo del Puesto de Primeros Auxilios, actuar como mediador entre la comunidad y otros grupos, como "catalizador" de algunos procesos y como creador de alianzas de la comunidad con las instancias oficiales del pueblo de Lampa.

Resultados y Conclusiones

La participación comunitaria en salud se logra iniciar en la medida que la comunidad ya está consciente de, por lo menos, uno de sus problemas de salud, lo siente y desea solucionarlo.

Sobre la base de lo observado en el estudio de la historia del Puesto de Primeros Auxilios de la Cruz del Sur en Lampa, parece posible proponer las siguientes hipótesis como un modelo tentativo de observación participante:

- a) Inserción de los agentes de cambio exógenos: debe hacerse en los procesos que la comunidad ya tiene en desarrollo.
- b) Negociación: debe ser progresiva y los cambios deben ser compartidos tanto por los agentes de cambio exógenos como endógenos.
- c) Personas/instituciones: el proceso no debe ser de personas, sino de instituciones que sobrevivan a las personas.
- d) Intercambio: cada parte debe contribuir con recursos al fondo común disponible para resolver los problemas.
- e) Aprendizajes sociales: los agentes exógenos deben transmitir sus habilidades y destrezas a los agentes endógenos, con el fin de delegar.
- f) Horizonte epistemológico de la comunidad: la comunidad debe investigarse a sí misma para tener base objetiva para sus decisiones.
- g) Recursos: la comunidad debe identificar, estudiar y poner en servicio los recursos que tiene ella misma para ponerlos en manos de sus líderes en salud.

De esto se desprende un modelo operacional factible, replicable, probado, de participación comunitaria en salud.

Se recogió toda la información disponible respecto de: a) estructura, b) dinámica, c) función, d) marcos normativos del Botiquín de la comunidad Cruz del Sur de Lampa. Esto se hizo a través de observación participante y entrevistas estructuradas.

a) La participación surge como respuesta a una necesidad sentida inmediatamente en el presente; se trata de una conducta "curativa" y no "preventiva"; la respuesta no es una posibilidad abstracta situada en su presente. b) La participación se ha desarrollado en base a sucesivas articulaciones intersectoriales que abarcan comunidad, municipio, instituciones privadas, universidad. c) La participación se hizo identificando la misma comunidad con sus necesidades y recursos. d) Los líderes de la participación desarrollaron el "Botiquín" como un subsistema abierto dentro del sistema comunal de Lampa. e) Los líderes del grupo de salud del "Botiquín", en persecución de sus objetivos, se han incorporado exitosamente a los procesos psicosociales de mediación, alianzas y opciones, de modo que han entrado fructíferamente en la cadena de toma de decisiones del Municipio.

Las alianzas más importantes han sido: 1) la hecha con el Consultorio (que delegó un conjunto de atenciones básicas en el “Botiquín”); 2) la hecha con el Municipio; 3) la hecha con el Plan Docente-Asistencial Kellogg, División de Ciencias Médicas Norte (con la colaboración central de la Escuela de Salud Pública).



21. IMAGEN DE “DIRIGENTE DE SALUD” DE UNA COMUNIDAD EN PROCESOS RELACIONADOS CON SALUD: ANALISIS TRANSACCIONAL

Prof. Diego Zalazar

(Escuela de Salud Pública, Universidad de Chile y Programa Kellogg Santiago Norte)

El presente estudio se realizó en torno al desarrollo de la actividad de los líderes de salud de la comunidad de la Cruz del Sur (Lampa, Sector Norte Región Metropolitana), en el Puesto de Primeros Auxilios creado por ésta.

La motivación del trabajo fue la consideración de que un proceso de participación comunitaria en salud, como es el caso del Puesto de Primeros Auxilios mencionado, necesariamente involucra líderes.

Los objetivos en término de análisis transaccional fueron: a) describir la imagen de “dirigente de salud” que tiene la comunidad estudiada; b) describir las consecuencias de esa imagen de “dirigente” en las actividades relacionadas con salud.

Material y Método

Se estudió a los dirigentes de salud del Puesto de Primeros Auxilios de la comunidad Cruz del Sur, pueblo de Lampa. Se aplicó la técnica de observación participante y entrevista semi-estructurada, para el análisis e interpretación de los datos se aplicaron las técnicas de contenido y análisis transaccional.

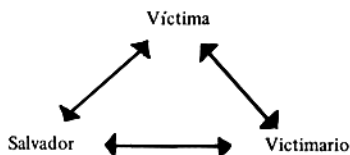
Las entrevistas se hicieron con preguntas abiertas relativas al rol, utilidad y responsabilidad de los dirigentes de salud.

Resultados y Conclusiones

El dirigente de salud es concebido como encargado de resolver los problemas de salud de la comunidad, es decir, aparece como el que reemplaza al grupo en las gestiones de solución. Por lo tanto, no aparece como un depositario de la voluntad de la comunidad, sino como alguien que tiene la voluntad de resolver problemas al grupo. Es decir, la comunidad descarga, en el pleno sentido de la palabra, su propia responsabilidad en el dirigente; una vez que el grupo lo ha elegido, espera que haga prácticamente todo para ello. Así, el dirigente aparece como figura relacionadora de la comunidad y no como figura proyectiva de ésta.

El dirigente suele transformarse en “chivo emisario” de los fracasos e insuficiencias de la comunidad que de este modo se siente víctima inocente de la situación. Es un caso del triángulo de Karpman (Figura 1).

FIGURA 1



Dentro de este esquema, el dirigente comienza como “salvador”, sumamente desprovisto de apoyo por parte de la víctima (la comunidad) y entonces fracasa, con lo cual pasa a víctima y la comunidad pasa a ser victimaria de él. Esta situación hace que el dirigente pase a renunciar a su cargo, abriendo el espacio para una re-creación del ciclo Karpmaniano.

Todo el proceso se da en términos de transacciones del tipo “Padre Castigador/Niño Rebelde”, o en el mejor de los casos Adulto/Niño Rebelde.

22. UN CASO CLINICO DE ESTIMULACION DE UNA COMUNIDAD PARA LA PARTICIPACION EN SALUD

Prof. Diego Zalazar

(Escuela de Salud Pública, Universidad de Chile y Programa Kellogg Santiago Norte)

En el presente trabajo se evalúa el resultado de la intervención antropológica realizada por una enfermera del Hospital de Maullín, la cual a su vez sirve de informante clave. Se trata de una aplicación exitosa de hipótesis antropológicas extraídas de investigaciones del Plan Kellogg Norte de Integración Docente Asistencial y entregadas a un grupo de profesionales que incluía a la enfermera mencionada.

Material y Método

Este trabajo se estructura con las informaciones entregadas por la informante clave (enfermera) al investigador, respecto de su intervención en la comunidad. Se hace análisis de contenido de sus datos.

Resultados y Conclusiones

El problema era la necesidad de la construcción de una casa para el auxiliar de la posta y la provisión de su manutención, ambas cosas por parte de la comunidad.

La enfermera que estimuló a la comunidad a participar en salud aplicó las siguientes hipótesis: a) Activación de las necesidades. Toma de contacto personal con la comunidad respecto a las necesidades de salud sentidas por la comunidad: se reactivó la necesidad de tener una posta. b) Activación racional de los valores. Toma de contacto personal con la comunidad, junto a todo el Equipo de Salud Rural del Hospital de Maullín, en el territorio mismo de la comunidad. c) Generalización de la información. Toma de contacto con los líderes de todas las organizaciones de la comunidad, fueran o no de salud, de modo de generalizar la información dentro de ella. d) Investigación de la necesidad de la población. Objetivo: se hizo énfasis en conocer las necesidades de la comunidad y en la posibilidad de la participación de la comunidad en resolver sus problemas, previa definición de ellos. e) Contacto directo personal. Toma de contacto directo con los líderes de la comunidad y sus seguidores para verificar sujetos de alianza. f) Establecimiento de intercambio: se propuso a los líderes convocar a una asamblea de toda la comunidad para tratar la construcción de una casa para el auxiliar de la posta. Se ofreció la venida del Equipo de Salud Rural en forma constante y periódica. g) Establecimiento de reglas del juego. La enfermera repite su mensaje ante la asamblea y escucha sus opiniones. h) Desarrollo de cambios favorables que están latentes en la comunidad. En este caso se propuso y aceptó el cambio de los líderes actuales de la comunidad por no contar éstos con el apoyo del grupo. Se eligió una nueva directiva. i) Mantención de los recursos. Se propone que la antigua directiva no se margine, sino que colabore. j) Recanalización de los recursos de la comunidad. Se logra que la fiesta tradicional del pueblo se haga para beneficio de la posta. k) Visibilidad del agente de cambio. La enfermera acepta la exigencia de la comunidad en relación a asistir a todas las reuniones de los pobladores.

Conclusión Final

Se aprecia aquí un ejemplo de observación participante aplicada a resolver un problema concreto.

23. TALLERES DE DIAGNOSTICO PARTICIPATIVO. UNA EXPERIENCIA DE TRABAJO COMUNITARIO DE UN EQUIPO DE SALUD

Luz María Pérez y Equipo Salud Pirque.
(Programa de Salud de Pirque)

El trabajo en Salud que se realiza en Pirque es a través de un Consultorio General Rural y cinco Postas Rurales, todas bajo la administración municipal.

A fines de 1983 el equipo de salud tuvo la motivación por hacer un trabajo comunitario con objeto de responder mejor a las expectativas de una población rural.

Fue así como en 1984 se inicia un proceso de diagnóstico participativo que se implementa a través de siete talleres que funcionaron en cada localidad de la Comuna (Posta o Escuela). Como monitores de cada taller participan la Auxiliar de salud del sector, un profesional de salud y dos profesores. Se integran en total un promedio de veinte personas de la comunidad por localidad (total 120 personas). Se realizan 8 a 9 sesiones semanales o quincenales por taller, siguiendo una metodología participativa grupal. En estos talleres, de acuerdo a una pauta previamente elaborada y conocida por los monitores, los participantes identifican, priorizan y caracterizan los problemas que afectan a los niños, familias y comunidad. Cada taller hace una propuesta de acción para enfrentarlos, señalando los problemas que puede resolver la propia comunidad, aquellos que para enfrentarlos necesitan el apoyo de las instituciones de Salud y Educación y los problemas que necesitan la participación de otras instituciones.

Los tres problemas que aparecieron con mayor frecuencia fueron:

A nivel del niño: Problemas de aprendizaje; dificultades en la relación padres-hijos; problemas conductuales en los niños; problemas de salud.

A nivel de familia: Problemas de comunicación en la pareja; alcoholismo; falta de conocimientos respecto a aspectos de la sexualidad.

A nivel de la comunidad: Falta de alternativas de recreación; alcoholismo; deficiencia de servicios básicos (agua, luz, locomoción, eliminación de excretas); cesantía.

Se presentan en detalle estos resultados, su importancia por sector. Se discuten probables sesgos de la experiencia, en especial por haber sido coordinada y conducida por el equipo de salud.

Como resultado del trabajo hubo problemas que la misma comunidad, a través de talleres y/o con la participación de instituciones como Juntas de Vecinos, Clubes de Huasos y Deportivos, Centros juveniles, enfrentan. Por otro lado, representantes de los distintos talleres expusieron ante la municipalidad (patrocinadora de la experiencia) sus conclusiones.

El equipo de salud atendiendo a las propuestas hechas por cada taller, sistematizando en un documento elaborado por cada grupo, y debido a la gran motivación por participar en programas que apunten a la solución de estos problemas, diseñó diferentes programas de trabajo implementados a partir de 1985.

Estos programas se centran en la problemática de salud mental en distintos niveles de la vida de una comunidad y en la transferencia de contenidos de salud necesarios que apunten al autocuidado de la población.

24. SEMIOLOGIA Y FARMACOLOGIA POPULARES EN USUARIOS DEL NIVEL PRIMARIO DE ATENCION

Prof. Diego Zalazar, Sra. Paula Bulnes, Dra. Ana María Peña y Sr. Marcelo Maturana
(Escuela de Salud Pública, Universidad de Chile y Programa Kellogg Santiago Norte)

Toda comunidad humana incluye, dentro de su acervo cultural, una semiología y una farmacología que la orienta respecto a cómo cuidar su salud. Esta semiología y farmacología no necesariamente contradice a la medicina científica y la experiencia parece señalar, a la observación, que las percepciones popular y científica suelen ser equivalentes, pero varía fuertemente el lenguaje en que se expresan. Así, una comunidad puede llamar "espíritu maligno" al que el médico llama "enteropatógeno", pero ambos pueden estar de acuerdo en eliminarlo a través de la "acción purificadora" del fuego sobre el agua del río, es decir, de acuerdo en hervir el agua antes de beberla.

Es precisamente la búsqueda de percepciones posiblemente equivalentes entre agentes informales y formales de salud lo que ha motivado este trabajo, con el propósito de contribuir a un mejor entendimiento entre ellos para el cuidado de la salud.

El objetivo del trabajo fue conocer la estructura de la semiología popular y algunos aspectos de farmacología popular. Para lograrlo se aplicó la técnica de observación participante y entrevista semiestructurada.

Material y Método:

Se aplicó la técnica de observación participante y de entrevista con cédula semiestructurada para recoger los datos de 23 personas versadas en medicina popular, habitantes de Lampa y Til Til y de 18 yerbateros urbanos.

Para analizar los datos se aplicó las técnicas de análisis de contenido y de análisis componencial.

El análisis componencial consiste en dividir los hechos observados en unidades significativas de modo de formular una taxonomía natural de los hechos.

Resultados y Conclusiones:

- Los entrevistados perciben medicina popular y científica como esferas diferentes, pero no contradictorias, dentro de un continuum de posibilidades resolutivas de problemas.
- La medicina popular es esencialmente curativa.
- Los órganos más importantes son el corazón, el hígado, el estómago y los pulmones; todos los cuales concentran la mayor parte de las preocupaciones semiológicas y terapéuticas.
- El pensamiento etiológico incluye, por lo menos, los siguientes rubros causales: excesos (alimentarios, sexuales, alcohólicos, ambientales, etc.); déficits; contaminaciones; enfriamientos; traumas físicos; "debilidad"; sufrimientos; impresiones emocionales fuertes; contagios y males.
- El pensamiento semiológico distingue, por lo menos, a los siguientes tipos de patologías: "ataques", "debilitamientos", "formaciones", "enfriamientos", "descomposiciones", "dolores", "excrecencias", "acumulaciones", "malcadencias", "deterioros del humor", "delicadezas", "deformaciones", "alteraciones mecánicas", "alergias", etc.
- La semiología popular es sincretista, pues no distingue claramente la enfermedad, del signo y del síntoma.
- El criterio de normalidad es el estado habitual conocido de la persona.
- En caso de deteriorarse el estado de la persona, la causa se busca en el pasado inmediato de la persona, y esta búsqueda trata de identificar algún elemento extraordinario o no habitual a que haya estado expuesta la persona. La noción es que la excepcionalidad patológica debe tener una causa también excepcional (anormal) en la vida de la persona.
- Los elementos centrales de la farmacología popular son las hierbas más algunas especias y sazonzantes, como el azúcar, la sal y la canela. Además incorpora ya medicamentos científicos que se han instalado en la automedicación, la que ya forma parte de la cultura médica popular.

El examen de los hechos revela que en un número importante de casos, la percepción del agente informal de salud podría considerarse equivalente a la del profesional de salud, pero la formulación es popular y a veces mágica.

25. CONSIDERACIONES SOBRE LA ADMINISTRACION DE HOSPITALES

Dr. Heriberto Arellano
(Hospital Militar)

Se llama la atención sobre las diferencias comprobadas por el autor en la administración de hospitales pertenecientes al Ministerio de Salud, que conforman el Sistema Nacional de Servicios de Salud y los agrupados en el llamado extrasistema, que pertenecen a diversas instituciones del sector público o privado.

Aún cuando ambos sectores deben cumplir con las políticas de salud para el país dictadas por el Ministerio del ramo, el control y la evaluación del trabajo es ejercido por el ministerio en forma directa y efectiva a través de los servicios de Salud sobre los establecimientos que pertenecen al sistema, mientras los del extrasistema realizan su gestión en forma prácticamente independiente, sin control del Ministerio y con una evaluación parcial o inexistente de los resultados finales.

Se establece también que mientras el Ministerio de Salud cumple respecto de los hospitales del sistema otras funciones tales como planificación, abastecimiento, investigación en Salud, mantención y construcción de edificios y asesoría técnica prácticamente en todos los aspectos administrativos, los establecimientos del extrasistema, en cambio, deben realizar por ellos mismos todas las etapas de su gestión, lo que les significa desarrollarse en aspectos que no es necesario considerar en los establecimientos del sistema.

Se estima que las diferencias fundamentales entre los establecimientos de ambos sistemas desde el punto de vista de su administración, derivan del hecho que los del "sistema" pertenecen a un organismo, el Ministerio de Salud, cuya principal y única función es dar Salud a la población, mientras que los del "extrasistema" pertenecen a instituciones cuya finalidad principal no es dar salud, sino cumplir los objetivos finales para los que está destinada su razón de ser.

Se toma como establecimiento tipo del "extrasistema" al Hospital Militar de Santiago, donde el autor desempeña labores médico-administrativas. Se señalan a grandes rasgos las características de diversos tipos que posee este Establecimiento en diferentes aspectos de su gestión, señalándose que por pertenecer a una Institución como el Ministerio de Defensa Nacional - Ejército de Chile, posee finalidades ineludibles propias del organismo a que pertenece, y como consecuencia de esto último se concluye que los hospitales del "extrasistema" actúan como entes aislados desde el punto de vista de Salud dentro de las organizaciones de que forman parte, debiendo desarrollar todos los organismos técnicos y administrativos necesarios para su función específica.

Se llama la atención sobre el hecho de que los organismos formadores del personal que realiza labores técnico administrativos o administrativas dentro de los hospitales, han tomado como modelos de enseñanza a los establecimientos del "sistema", dejando un vacío importante constituido por los aspectos singulares que se encuentran en los establecimientos de salud del "extrasistema" desde el punto de vista de la administración de salud y hospitalario.

Finalmente, se insinúa la posibilidad de que el Hospital Militar, que está siendo acreditado como campo docente en diferentes especialidades, lo sea también en Salud Pública y particularmente en administración, con el fin de que quienes imparten docencia en este campo incorporen al curriculum de los alumnos el conocimiento de un establecimiento del "extrasistema", lo que cumpliría el objetivo de hacer su formación más completa dejándolos en condiciones de desempeñarse en cualquier establecimiento de Salud del país.

26. RELACION ENTRE EL VOLUMEN DE PRODUCCION DE RACIONES Y LOS COSTOS DE LA RACION EN ALGUNOS HOSPITALES DE SANTIAGO.

Ana M. Wall, Ricardo Bize y Verónica Boteselle.

(Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad de Antofagasta y Escuela de Salud Pública, Facultad de Medicina, Universidad de Chile).

El funcionamiento de un hospital está condicionado por la cuantía de recursos humanos y materiales de que éste dispone; de allí la importancia que se le asigna al presupuesto en un hospital, por cuanto ésta es una herramienta administrativa que permite conocer los recursos económicos de un establecimiento.

En tres hospitales de Santiago, la estructura porcentual del presupuesto de funcionamiento del año 1982, según balance de ejecución presupuestaria, muestran que, en promedio, un 64,1% del gasto total se destina a remuneraciones y el 35,9% a compra de bienes de consumo y servicio no personales. De este 35,9% , el 28,7% se destina a farmacia, el 8,1% a consumos básicos, el 5,8% a alimentación y el 57,4% a otros gastos.

Si del total de gastos de bienes de consumo y servicios no personales un 5,8% se destina a alimentación, y siendo el Servicio de Alimentación un servicio de apoyo administrativo, se desprende que la mayor o menor eficiencia que alcance este servicio redundará en el presupuesto de funcionamiento del establecimiento.

El grado de eficiencia se suele medir por la relación costo-producción, ya que a menor costo y a una mayor producción, se obtendrá un alto grado de eficiencia.

Esto motivó realizar un estudio para medir la eficiencia de los Servicios de Alimentación en algunos hospitales de Santiago, a través de los indicadores: costo unitario y número de raciones por hora trabajada.

La finalidad del trabajo fue contribuir en el campo de las ciencias de la salud, y en especial en el área de la alimentación, a mejorar la eficiencia de los Servicios de Alimentación hospitalarios. Los objetivos específicos se centraron en el registro del costo de remuneraciones, del costo de ingredientes consumidos, del número de raciones preparadas, identificación del número de horas trabajadas; en el cálculo de los costos unitarios, costos unitarios de remuneraciones por ración, número de raciones por hora trabajada y comparación del comportamiento de los costos unitarios de la ración y el número de raciones por hora trabajada en distintos hospitales comparables y en un mismo hospital en distintos períodos.

Material y Método:

Se trata de un estudio descriptivo y analítico por relación o comparación. El universo que se consideró fue el conjunto de hospitales de Santiago del Sistema Nacional del Servicio de Salud. La muestra fue dirigida debido a la imposibilidad de sacar una muestra al azar. Cada establecimiento mostró diferentes barreras de acceso a la información; la muestra quedó reducida a tres establecimientos de un total de 25 hospitales del Servicio de Salud de Santiago.

Ante la negativa de las autoridades para efectuar el estudio, se debió solicitar autorización en un hospital del sector público, para completar una muestra de cuatro establecimientos. Dos de ellos son generales de tipo 1 y los otros dos, hospitales pediátricos tipo 2.

La investigación abarcó los datos registrados en estos establecimientos desde Abril de 1982 a Marzo de 1983.

La información obtenida se realizó con el apoyo del Statistical Package for the Social Sciences (SPSS); el proceso fue operado a través del terminal de la Escuela de Salud Pública. Se analizó la correlación entre las variables dependientes a independientes por medio del coeficiente de correlación y de determinación. Se aplicó un test de significación y se fijó un límite de significación de un 0,05.

Resultados:

El análisis estadístico que se aplicó en los cuatro establecimientos dio correlación negativa entre el costo unitario y el número de raciones, tal como se esperaba teóricamente. Al relacionar el volumen de producción y el costo de ingrediente y costo total, se dio la correlación positiva entre el costo de ingrediente y número de raciones en tres establecimientos, en el primero de los hospitales generales y en ambos hospitales pediátricos. En el primero de los hospitales ge-

nerales y en el segundo de los hospitales pediátricos se dio correlación positiva entre el costo total y el número de raciones. En el segundo de los hospitales generales, al relacionar el costo de ingrediente y el número de raciones, la correlación fue muy baja, con un coeficiente de correlación de 0,23 que no da la condición que señala la teoría que indica que si aumenta el número de raciones, el costo de ingrediente aumenta y si disminuye el número de raciones el costo de ingrediente disminuye. La baja correlación de este componente, unida al hecho del alto porcentaje (54%) del costo de ingrediente como componente del costo total, trae como consecuencia la condición antes señalada entre el volumen de producción y el costo total.

Cuando se analiza el primero de los hospitales pediátricos, se observa que al relacionar el costo de ingrediente y el número de raciones, el análisis estadístico entrega un coeficiente de correlación de un valor 0,56; la baja correlación entre el costo de ingrediente y el número de raciones unida al bajo porcentaje (40%) del costo de ingrediente como componente del costo total, da como resultado la escasa correlación entre el costo total y número de raciones. Al relacionar la producción de raciones y raciones por hora trabajada, de los cuatro establecimientos estudiados, en el segundo de los hospitales generales y en el primero de los hospitales pediátricos, se dio correlación positiva entre el número de raciones y el número de raciones por hora trabajada. En el primero de los hospitales generales, no se dio la correlación que señala la teoría entre raciones y ración por hora trabajada; ración por hora trabajada nutricionista, ración por hora trabajada administrativo y auxiliar, lo que denota en este hospital una menor eficiencia en el manejo de personal que en el segundo de los hospitales generales.

En el primero de los hospitales pediátricos, no se dio la correlación entre raciones y ración por hora trabajada nutricionista; el análisis estadístico entrega un coeficiente de correlación de un valor 0,19. En el segundo de los hospitales pediátricos, al relacionar la producción y la ración por hora trabajada administrativo y auxiliar, se dio la correlación positiva, sin embargo, en este último hospital no se dio la correlación que indica la teoría entre el número de raciones y número de raciones por hora trabajada; número de raciones por hora trabajada nutricionista.

De este análisis se desprende que el primero de los hospitales generales es menos eficiente que el segundo de ellos, en materia de manejo de personal.

En relación a la eficiencia observada en los hospitales pediátricos, ésta es diferente entre ambos hospitales. El análisis estadístico permitió confirmar la correlación positiva que indica la teoría, que si aumenta o disminuye el número de raciones, debiera aumentar o disminuir el indicador raciones por hora trabajada; este indicador tiene relación directa con el número de raciones. Esto último se observó en el primero de los hospitales pediátricos al relacionar raciones y ración por hora trabajada nutricionista; ración por hora trabajada administrativo y auxiliar. En el segundo de los hospitales pediátricos, solamente se dio lo que señala la teoría al relacionar raciones y ración por hora trabajada administrativo y auxiliar.

TABLA Nº 1

IMPORTANCIA RELATIVA DEL COSTO EN REMUNERACIONES Y COSTO DE INGREDIENTES, EN EL COSTO UNITARIO POR RACION, HOSPITALES R, E, N, O.

Hospitales	Costo Unitario Por Ración S	Costo de Remuneraciones Unitario por Ración		Costo de Ingrediente Unitario por Ración	
		S	%	S	%
R	186,20	93,07	50	93,12	50
E	95,08	43,96	46	51,12	54
N	118,81	71,61	60	47,20	40
O	97,57	50,96	52	46,88	48

TABLA Nº 2

**PROMEDIOS DE RACIONES POR HORA TRABAJADA, PORCENTAJES DE EFICIENCIA
MAYORES O MENORES EN HOSPITALES R, E, N, O.
BASE: HOSPITALES E y O.**

Promedios Anuales	H O S P I T A L E S						
	R	E	Porcentaje Eficiencia	N	O	Porcentaje Eficiencia	
Raciones promedio por hora trabajada	0,91	1,53	< 41%	1,00	1,51	< 51%	
Raciones promedio por hora trabajada Nutricionista	6,70	13,32	< 50%	8,56	8,95	< 4%	
Raciones promedio por hora trabajada Adm. y Auxiliar	1,05	1,69	< 38%	1,13	1,82	< 38%	

27. CAPACIDAD RESOLUTIVA OBSTETRICA EN UN HOSPITAL RURAL

Drs. Roberto Baechler y Carmen Gloria Silva y Srta. María E. Ojeda
(Hospital de Rengo)

El Sistema Nacional de Servicios de Salud ha organizado la atención en distintos niveles de complejidad. El primario representa aquel de menor complejidad y mayor cobertura; la capacidad resolutoria de este nivel dependerá de la naturaleza de los recursos involucrados en la prestación brindada.

Con el objeto de estudiar cuál es la responsabilidad de los Hospitales Rurales en la atención de la paciente embarazada, se investigó la capacidad resolutoria obstétrica en el Hospital de Rengo.

Rengo es una localidad ubicada en la VI Región, 28 kilómetros al sur de la ciudad de Rancagua. Cuenta con un Hospital tipo 4, la población asignada al establecimiento asistencial es de 50.000 habitantes.

Resultados:

Durante 1984 se registraron 1.034 partos en mujeres que les corresponde atención en el Hospital de Rengo: 844 casos (81,6%) fueron resueltos a nivel local, derivándose a un centro de mayor complejidad (Hospital Regional Rancagua), 190 pacientes (18,4%).

De las 1.034 pacientes, 138 (13,3%) eran menores de 19 años; 823 (79,6%) tenían entre 19 y 35 años, y 73 (7,1%) eran mayores de 35 años. Los diagnósticos de derivación pueden apreciarse en la tabla 1.

La frecuencia global de cesárea fue de un 29,1%, en el Hospital de Rengo el 25,8% de los partos fue resuelto por vía Abdominal, mientras en el centro de referencia se registró un 43,7% de operación Cesárea en aquellas pacientes derivadas desde nuestro establecimiento ($p < 0.001$).

En Rengo hubo 6 mortinatos, y en el 3,7% de los recién nacidos atendidos se registró un índice Apgar inferior a seis; en los casos trasladados se consignaron 7 mortinatos y el 19,5% de los neonatos presentó un Apgar inferior a seis ($p < 0.001$).

La distribución de los recién nacidos por peso puede apreciarse en la tabla 2.

Discusión y Comentarios:

Los profesionales del Hospital de Rengo resuelven 4 de cada 5 partos que les corresponde atender; los diagnósticos más importantes de derivación son la ruptura prematura de membranas y el trabajo de parto prematuro. Esta última causa está condicionada por la carencia de un apoyo neonatológico adecuado a nivel local, debiendo asegurar la atención del recién nacido en un centro de mayor complejidad.

El mayor número de mortinatos y el porcentaje superior de niños con Apgar inferior a seis observado en el Hospital Regional de Rancagua (centro de derivación), se explica porque a este establecimiento se trasladan todas aquellas pacientes de mayor riesgo obstétrico y/o con patología que compromete la Unidad Fetoplacentaria.

La atención del Parto requiere la presencia de profesionales idóneos, ya que una decisión o acción oportuna evita daños irreversibles en el recién nacido. Dada la gran responsabilidad que tienen los Hospitales Rurales en esta prestación, debe contemplarse la capacitación del médico general en la Atención Materno-Perinatal, asegurando así una óptima calidad en la prestación brindada.

TABLA Nº 1

DIAGNOSTICO DE DERIVACION

PACIENTES EMBARAZADAS – RENGÓ 1984

	Nº	%
Ruptura prematura de Membranas	41	21.6
Trabajo de Parto Prematuro	35	18.4
Enfermedades Médicas del Embarazo	23	12.1
Sufrimiento Fetal	17	8.9
Cesárea Anterior	17	8.9
Distocia Osea	10	5.3
Metrorragia del tercer trimestre	8	4.2
Otras	11	5.8
No consignado	28	14.8
Total	190	100.0

TABLA Nº 2

EGRESOS POR PARTO SEGUN PESO

RECIENTES NACIDOS 1984

Peso (g)	Hospital Rengó		Hospital Rancagua		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
-1500	3	0.3	11	5.8	14	1.3
1501 - 2500	40	4.7	28	14.7	68	6.6
2501 +	801	95.0	151	79.5	952	92.1
Total	844	100.0	190	100.0	1034	100.0

p – 0.001

28. PARTICIPACION DE UN HOSPITAL TIPO I EN LAS ACTIVIDADES QUIRURGICAS DE UNA REGION

Dr. Pablo Atria, Enf. María Alicia Rojas, Sra. Ester Morgado, As. Soc. María Rodríguez y
Matr. Maite Montero

(Secretaría Regional de Salud, IX Región)

Se cuantifica la participación del Hospital de Temuco, establecimiento base en la Región de la Araucanía, en lo que se refiere a intervenciones quirúrgicas mayores.

Se revisa material computarizado y egresos hospitalarios de los Servicios de Cirugía General y de Urgencia del Hospital de Temuco, de pacientes intervenidos de las vías biliares correspondiente al año 1984, dado que históricamente el más alto porcentaje de intervenciones quirúrgicas mayores se realiza en pacientes portadores de patologías digestivas y de éstas, la más frecuente es la que compromete el aparato vesículo-biliar.

En la Tabla N° 1 se exponen las intervenciones quirúrgicas del Hospital de Temuco, ejecutadas por los Servicios de Cirugía General y Urgencia, durante los meses de Marzo a Septiembre de 1984.

En la Tabla N° 2 se señalan, desglosadas, las intervenciones quirúrgicas realizadas sobre el aparato digestivo, dado que éstas representan el 52,0% de la totalidad de las intervenciones quirúrgicas mayores.

Debe destacarse que el 63,85% de las intervenciones efectuadas en el aparato digestivo que se señala en la Tabla N° 2, corresponde a actos quirúrgicos sobre vías biliares, lo que representa el 33,22% del total de intervenciones quirúrgicas del Servicio de Cirugía General y de Urgencia del Hospital de Temuco.

Se presentan las características del universo en estudio, refiriéndose en forma destacada a la vía de ingreso y la procedencia de estos enfermos.

Se expone comparativamente la actividad quirúrgica del Hospital de Temuco y restantes establecimientos hospitalarios de la región durante el primer semestre de los años 1984 y 1985, como consecuencia de la puesta en marcha de la estrategia consistente en disponer que rondas de profesionales especializados del hospital base desarrollen actividad quirúrgica en hospitales periféricos.

Se discuten los resultados obtenidos, los factores que pueden haber influido en ellos. Se concluye que la estrategia diseñada, en el futuro puede llegar a representar un procedimiento que permita desarrollar los hospitales periféricos y el progreso del hospital base, al orientar sus recursos hacia intervenciones de mayor complejidad, con lo que se contribuye a intentar la autosuficiencia médica de la región.

TABLA N° 1

INTERVENCIONES QUIRURGICAS MAYORES HOSPITAL TEMUCO SERVICIOS CIRUGIA GENERAL Y URGENCIA MARZO/SEPTIEMBRE 1984

Aparatos	N°	%
Cardiocirculatorio	95	6,2
Digestivo	794	52,0
Respiratorio	65	4,3
Urogenital y Endocrinológico	89	5,8
Nervioso y Sensorial	14	0,9
Piel, Tegumentos, otros	216	14,1
Locomotor	38	2,5
Hernias	123	8,1
Laparotomía	82	5,4
No especificadas	10	0,7
Total	1.526	100,0

TABLA Nº 2

INTERVENCIONES QUIRURGICAS REALIZADAS SOBRE EL APARATO DIGESTIVO

		Nº	%
Aparato Digestivo	Faringe	1	0,13
	Estómago	28	3,53
	Esófago	3	0,38
	Hígado	1	0,13
	Vías Biliares	507	63,85
	Intestino Delgado	19	2,39
	Apéndice Vermicular	193	24,30
	Intestino Grueso	17	2,14
	Recto y Ano	9	1,13
	Parótidas	3	0,38
	Quiste Hidat. Hepático	13	1,64
Total		794	100,00

29. CIRUGIA DE NIVEL SECUNDARIO SIMPLIFICADO EN UN HOSPITAL DE NIVEL PRIMARIO

Drs. Lorenzo Merello, José Aedo, Carlos Tampier, Miguel Sepúlveda y Elías Bitrán
(Hospital de Limache)

En los últimos años hemos sido testigos de la progresiva insuficiencia del hospital base de la zona para la solución de los problemas quirúrgicos del área, debido a la poca capacidad de resolución de los hospitales primarios.

El área de salud de Viña del Mar-Quillota, con una población de alrededor de 700.000 habitantes, cuenta para su atención con nueve hospitales: 6 de tipo primario, 2 de nivel secundario y uno de nivel terciario. Este último, el Hospital Gustavo Fricke de Viña del Mar, atiende una población propia de 300.000 habitantes, más la referida por los otros hospitales del área.

El Servicio de Cirugía, con 73 camas, es insuficiente para cubrir la demanda de hospitalización, y año a año las listas de espera han ido creciendo en forma significativa, llegando a una estimación de más o menos 1.200 pacientes para diciembre de 1985.

Junto con lo anterior destaca la existencia de una estructura hospitalaria en centros de menor complejidad con una capacidad quirúrgica sub-utilizada importante sumada a un mal aprovechamiento de centros de mayor complejidad donde se realizan muchos procedimientos de cirugía secundaria no compleja.

Todo esto ha motivado a la jefatura del Servicio de Cirugía del Hospital G. Fricke a buscar y diseñar estrategias que permitan enfrentar el problema en forma realista y concreta.

Con la inquietud expresada, en 1983 se realizó un diagnóstico de los recursos quirúrgicos de los hospitales del área, llegando a la conclusión que tres de los hospitales primarios podrían realizar una atención quirúrgica secundaria de tipo simplificado. Este tipo de cirugía considera pacientes en estado de salud sin riesgos y operaciones como hernias, lipomas, várices, colecistitis no complicada, hemorroides, etc.

De esta manera se tomó al Hospital Limache, diseñándose un plan piloto, siendo los resultados de éste y la evaluación de 12 meses de experiencia, los motivos de este trabajo.

Objetivos del Programa

- 1) Cubrir la demanda de cirugía secundaria simplificada de la comuna de Limache y sus alrededores.
- 2) Reducir el número de pacientes en espera de hospitalización para cirugía en el Hospital G. Fricke de Viña.
- 3) Coordinar de la mejor manera ambos hospitales para permitir un mejor desarrollo profesional.
- 4) Reducir los costos de este nivel de cirugía solucionándolos en un hospital de menor complejidad.

Método de Trabajo

Seleccionando pacientes sin riesgo quirúrgico, tanto de la consulta espontánea como de las listas de espera del Hospital G. Fricke, se procede a efectuar el estudio en el Policlínico General. Aquí se hace una anamnesis y examen físico completo y se solicitan exámenes preoperatorios que permiten llegar a un diagnóstico y evaluar el riesgo quirúrgico.

De esta manera, y en coordinación con el S.O.M.E. se elabora la tabla quirúrgica que se comunica a la secretaría del Servicio de Cirugía del Hospital G. Fricke.

El paciente se hospitaliza el día previo a la intervención, con el fin de prepararlo para la operación de la mañana siguiente.

El día quirúrgico (dos días a la semana) y utilizando los viajes que constantemente realiza la ambulancia al hospital base, es traído el cirujano al Hospital Limache, de manera que las intervenciones comiencen temprano en la mañana. El enfermo operado queda en observación en una sala de recuperación anestésica, pasando luego a la sala de cirugía, donde queda bajo control por los médicos de Limache. Existe supervisión por el cirujano que asiste el día quirúrgico.

Comentarios

El problema de la falta de solución de los problemas quirúrgicos en localidades rurales existe a nivel mundial. Esta situación ha llevado a grupos de médicos en distintos países a la búsqueda de sistemas de atención de Cirugía Simplificada. Este proceso ha comenzado con la redefinición de los niveles de complejidad de la cirugía, eliminándose la división antigua de cirugía menor y cirugía mayor. En la actualidad parece más práctica la clasificación en 5 categorías: 3 categorías principales y 2 subcategorías:

- La Clase I es de cirugía de menor complejidad o de nivel primario, que necesita sólo anestesia local, como son pequeños abscesos, uña encarnada, forúnculos, etc.
- La Clase II es de cirugía intermedia o de nivel secundario. Se subdivide en una categoría A, de menor complejidad (hernias, várices no complicadas, colecistitis crónica no complicada, etc.) y una categoría B, de mayor complejidad (cirugía gástrica benigna, ictericia obstructiva, bocio, etc.).
- La Clase III corresponde a la cirugía de complejidad mayor o de nivel terciario, como son: cirugía de esófago, cardiovascular central, cirugía oncológica, etc.

Definidos los niveles quirúrgicos y conociendo el nivel tecnológico existente en cada centro, se han podido diseñar modelos quirúrgicos asistenciales que permiten con los mismos recursos existentes ampliar la cobertura sin disminuir la calidad de la atención.

Con estas bases se diseñó un plan con la asistencia de un cirujano del Hospital G. Fricke al Hospital Limache, combinándose tanto una labor asistencial como docente.

El desarrollo exitoso de esta tarea, que ha logrado el 100% de satisfacción de la cirugía de este nivel de la comuna, ha permitido ampliar la cobertura del programa, pudiéndose crear a través de un sub-programa un sistema de derivación de una localidad vecina, que tiene una población mayor a la de la propia comuna.

Esta y otras estrategias, que son de índole eminentemente administrativas, permitirán lograr soluciones reales y efectivas al problema quirúrgico del área, ocupando mejor los recursos ya existentes sin aumentar los costos, y permitiendo aún el uso de unidades de manejo menos oneroso como es un hospital primario en relación a un hospital terciario.

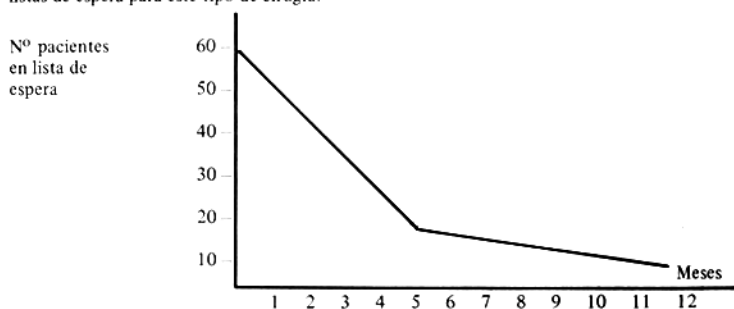
TABLA Nº 1

**TOTAL DE CIRUGIA REALIZADA A TRAVES DEL PROGRAMA
EN LOS 12 PRIMEROS MESES DE TRABAJO (MARZO 1984 – FEBRERO 1985)**

Tipo de Operación	Nº
– Colecistectomía	77
– Hernioplastia	50
– Safenectomía	10
– Biopsia (mama, ganglio)	4
– Apendicectomía	2
– Otras	4
Total	147

FIGURA 1

Capacidad de resolución del programa, mostrando el descenso del número de pacientes en listas de espera para este tipo de cirugía.



30. PROGRAMA DE CIRUGIA NO COMPLEJA VESPERTINA

Drs. Ruth Arnao, Juan José de la Torre, Elías Bitrán y Mónica Concha
(Hospital Gustavo Fricke, Viña del Mar y Hospital de Peñablanca)

Las políticas de Salud emanadas de la Constitución Política de la República de Chile se desarrollan como acciones, las que deben entregarse en forma oportuna, eficiente, suficiente y con un máximo de cobertura a través de los Establecimientos del Sistema Nacional de Servicios de Salud.

En el país existe una gran demanda de pacientes susceptibles de ser intervenidos quirúrgicamente, cuyo origen principal es el aumento vegetativo de la población. Esta situación hace crisis en la atención quirúrgica hospitalaria convencional, la cual día a día disminuye su capacidad de respuesta.

Estudios efectuados en países tales como Venezuela, Colombia, Estados Unidos y otros, han generado modelos de atención de Cirugía no Compleja con excelentes resultados en su puesta en marcha.

La Cirugía no Compleja, en estos países, se ha resuelto a través de Centros adosados a Hospitales, Centros independientes capaces de resolver quirúrgicamente y realizar un post-operatorio inmediato y de programas dentro de un mismo Hospital.

Las dos primeras modalidades mencionadas no han contado, en Chile, con las condiciones necesarias para desarrollarse. Sin embargo, el modelo de programa dentro de un mismo Hospital es posible que se haya aplicado en algunos Hospitales Docentes como plan de entrenamiento quirúrgico, para satisfacer las demandas crecientes de necesidades quirúrgicas.

La realidad socio-económica nacional no aconseja el concurso de post-operatorios domiciliarios, por lo cual se hace imprescindible el concurso de camas quirúrgicas para efectuar post-operatorio intra-hospitalario.

El Programa de Cirugía no Compleja se ha desarrollado en el Hospital Gustavo Fricke de Viña del Mar, ciudad con una población de 300.000 habitantes y un Hospital de Nivel Terciario con 520 camas, 73 de las cuales están destinadas a Cirugía de adultos. La aplicación de los índices nacionales recomienda una dotación de 110 camas para esta población.

El Servicio de Cirugía del Hospital Gustavo Fricke con un índice ocupacional de 98,6% y un promedio de días de estadía de 10,2, reconoce un número de 1.000 pacientes en espera quirúrgica proyectados a 1.200 a fines de 1985.

En el uso tradicional de los pabellones quirúrgicos se observan horas de alto rendimiento quirúrgico, frente a horarios de tarde y vespertino con escaso aprovechamiento de los recursos humanos y físicos existentes. Ante la incapacidad de la resolución de la espera quirúrgica en un sistema de Cirugía convencional, el Servicio de Cirugía del Hospital Gustavo Fricke ha optado por el Programa de Cirugía no Compleja Vespertina, que contribuirá a la disminución de la espera quirúrgica, al mejor aprovechamiento de las horas médicas y a la mejor utilización de los pabellones quirúrgicos. Este Programa requiere de pacientes electivos, seleccionados, susceptibles de ser sometidos a intervenciones tales como: lipomas, quistes, safenectomías y hernias; con el concurso de anestesia regional y con un estado de salud sin riesgo quirúrgico respecto a edad y patología agregada. El tipo de pacientes susceptibles de ser intervenidos por las patologías señaladas, significan el 30% de los pacientes en lista de espera.

Para dar cumplimiento a los requisitos del post-operatorio, el Programa cuenta con otro establecimiento asistencial de nivel básico, con un bajo índice ocupacional de camas y ubicado a una distancia aceptable del centro quirúrgico que origina la intervención.

Dentro del ámbito geográfico del Servicio de Salud Viña del Mar-Quillota, cumple este requisito el Hospital de Peñablanca, ubicado a 30 Kms. de Viña del Mar y con un bajo índice ocupacional de camas, por cuanto es un establecimiento que brindaba atención sanatoria en Tisiología.

Se concluye que, mediante la coordinación entre los dos Hospitales: uno de alta complejidad y alto índice ocupacional de camas quirúrgicas, y el otro de baja complejidad y escaso índice ocupacional de camas, se puede resolver el pre-intra y post-operatorio de un Programa Electivo de Cirugía no Compleja como el ya señalado.

Propósito

Racionalizar la resolución de la Cirugía Electiva en un Hospital de Nivel Terciario, logrando la máxima cobertura a través de la utilización de los recursos de Hospitales Gustavo Fricke y Peñablanca, en intervenciones quirúrgicas no complejas.

Objetivos

1) Satisfacer la demanda de la cirugía electiva postergada a plazo y no resuelta por la vía de la cirugía convencional. 2) Ocupar horas vespertinas disponibles de pabellón en horas de bajo consumo. 3) Ocupar recursos humanos de residentes y becarios cirujanos en horarios de bajo rendimiento en horas médicas quirúrgicas. 4) Aprovechar la disponibilidad de camas de bajo índice ocupacional en Hospital de Peñablanca. 5) Dar máximo aprovechamiento de camas en Cirugía del Nivel Terciario. 6) Disminuir el costo día-cama hospitalaria.

Actividades

A. En Hospital Gustavo Fricke: Seleccionar los pacientes a intervenir; citar los pacientes para actualizar su ficha clínica; confeccionar calendario de operaciones, fijando día y hora de su ingreso al Hospital; informar a los pacientes y familiares de los detalles de este sistema; hospitalizarlos a las 10.00 hs. para cumplir con su trámite de ingreso y efectuar preparación pre-operatoria; intervención quirúrgica vespertina (de lunes a viernes); asistencia del paciente durante un día de hospitalización, y alta con hoja de traslados y carné correspondiente, escrito a máquina.

B. En Hospital de Peñablanca: Traslado al Hospital de Peñablanca en ambulancia de dicho hospital (martes a sábado); atención del post-operatorio en el Hospital de Peñablanca a cargo del personal ad-hoc; alta con la hoja de traslado y carné de alta escrito a máquina, en que conste su control en el Consultorio del Hospital Gustavo Fricke; solicitud de comentarios y sugerencias a los pacientes, a través de folletos; traslado a su domicilio en un Kleinbus adecuado para ello; coordinación diaria a través de la S.O.M.E. sobre disponibilidad de camas; control permanente a través del personal encargado del Programa, y evaluación periódica a cargo del Comité, con integrantes de ambos hospitales.

Recursos

A. En Hospital Gustavo Fricke. Humanos: 4 médicos becados de 44 horas; 1 enfermera; auxiliar paramédico; auxiliar de servicio y secretaria. Planta Física: Uso de dos piezas de hospitalización que están habilitadas en el ala izquierda del 3er. piso, designadas con los números 10 y 11. Pabellón Operaciones: Un pabellón de uso vespertino (14 a 16 horas). No se requiere de elementos adicionales. Insumos: Analgésicos y sueros.

B. En Hospital de Peñablanca. Humanos: 1 médico; 1 enfermera; 5 auxiliares paramédicos; 1 auxiliar de servicio; 1 secretaria. Planta física: Dos salas de 8 camas cada una y una sala de 4 camas.

Evaluación del Programa

Después de 3 meses de su funcionamiento en forma ininterrumpida de lunes a viernes, y con la ampliación del calendario de operaciones en dos intervenciones no complejas en horario vespertino, se obtiene que de las 111 resoluciones quirúrgicas en este período, aumenta casi en un 50% (Tabla 1) el número de pacientes operados en el Servicio de Cirugía del Hospital Gustavo Fricke, lo que ha permitido que los Pabellones en horario de la mañana se concentren sólo en cirugía compleja del Nivel Terciario.

El Programa de Cirugía no Compleja Vespertina ha permitido, además, disminuir el promedio de días (Tabla 2) del Hospital Gustavo Fricke, de 12,0 (Marzo) a 8,2 (Julio) debido a la corta estadía de los pacientes en este establecimiento, ya que cumplidas 12 horas de post-operatorio son trasladados al Hospital de Peñablanca, en el cual su permanencia no supera las 48 horas hasta su alta.

TABLA Nº 1

**INTERVENCIONES REALIZADAS FUERA Y DENTRO DEL PROGRAMA EN SERVICIO
CIRUGIA HOSPITAL GUSTAVO FRICKE DESDE JUNIO A AGOSTO DE 1985**

Meses	Intervenciones fuera Programa Cirugía Compleja		Intervenciones por Programa Cirugía no Compleja		Totales
	Nº	%	Nº	%	
Junio	46	56,0	36	44,0	82
Julio	41	52,5	37	47,5	78
Agosto	52	57,7	38	42,3	90

TABLA Nº 2

**PROMEDIO DIAS DE ESTADA DEL SERVICIO DE CIRUGIA DEL HOSPITAL
GUSTAVO FRICKE DESDE ENERO A AGOSTO DE 1985**

Meses	Promedio días estada
Enero	9,7
Febrero	10,7
Marzo	12,0
Abril	10,3
Mayo	10,3
Junio	8,4
Julio	8,2
Agosto	8,3

31. ATENCION DE SALUD EN DESASTRES UNA EXPERIENCIA LOCAL

Dr. Roberto Baechler
(Hospital Rengo)

Introducción

Chile es un país que en forma periódica es azotado por terremotos, desastres que ocasionan graves problemas para la vida y salud de la población, como asimismo determinan grandes pérdidas económicas para el país.

Se mantiene en la memoria de los chilenos el sismo de Valparaíso en 1906, el de Chillán en 1939 con 30.000 muertes, el de Mayo de 1960 que afectó a la zona sur del país; los años 1965 y 1971 hubo que agregar nuevas víctimas y pérdidas materiales debido a fenómenos telúricos que afectaron las zonas Central y Norte.

El 3 de Marzo de 1985 se agrega un nuevo sismo a esta lista que, si bien no ocasionó un gran número de muertos (177 en el país), tuvo pérdidas materiales cuantiosas, estimándose que ascenderían a 1.800 millones de dólares. De ello no estuvo exento el Sector Salud, que sufriera la destrucción de centros asistenciales ubicados en las Regiones Metropolitana, Quinta y Sexta, dejando 3.271 camas fuera de servicio.

En el presente trabajo se analiza la atención de Salud con motivo del terremoto del 3 de Marzo de 1985 en la Comuna de Rengo, VI Región.

Resultados

Como consecuencia directa del sismo, en Rengo fallecieron 4 personas (2,3% del total de muertes en el país) y sufrieron lesiones graves a causa del terremoto, 12 pacientes. Los diagnósticos se aprecian en la Tabla 1.

En esta localidad resultaron destruidas 2.528 viviendas (3,6% del total de viviendas destruidas a nivel nacional), esto determinó 15.270 personas damnificadas (43,5% del total de la población de la Comuna).

Se habilitaron 9 albergues los que atendieron a 145 personas, con un promedio de 29 días de funcionamiento.

El centenario Hospital de Rengo que contaba con 93 camas resultó completamente destruido; solamente el Consultorio Externo de reciente edificación quedó sin mayores daños; a esta dependencia se trasladaron los 60 pacientes hospitalizados y allí se brindaron las atenciones de urgencia.

Trece días después del desastre se instaló un Hospital de Campaña (carpas) con 35 camas por espacio de 66 días, registrándose 487 egresos hospitalarios. Durante el tiempo de funcionamiento el índice ocupacional alcanzó a 77,3%.

Un 57% de la población de la comuna está abastecida con agua potable, y un 36,8% dispone de alcantarillado. Estas cifras no sufrieron variaciones posterior al sismo, sin embargo se observó un mayor número de casos notificados de Hepatitis, Fiebre Tifoidea y Paratífus en los meses de Abril, Mayo y Junio del año 1985 con respecto a igual período del año 1984 (Tabla 2).

Comentarios

El Sector Salud, en caso de desastres, cumple un rol preponderante en el período inmediatamente posterior a éstos, fundamentalmente en la atención de heridos y pacientes con alteraciones emocionales; posteriormente se debe preocupar de los problemas sanitarios que se presentan debido a posibles alteraciones y/o daños que ocurran en el suministro de agua potable y en la red de alcantarillado, como asimismo se deben mantener bajo control los lugares habilitados como albergues.

Si bien la frecuencia con que se presentan estos fenómenos no es alta, dada la magnitud de ellos debe tenerse vigente el programa de asistencia en desastres en los establecimientos hospitalarios, a fin de que el personal cumpla su función en forma organizada, garantizando una óptima atención sanitaria a la población.

TABLA Nº 1
HERIDOS GRAVES SISMO 3 DE MARZO
RENGO 1985

	Nº	%
Fractura Extremidades	5	41,7
Politraumatizado	4	33,3
Fractura Columna Vertebral	2	16,7
Contusión Torácica	1	8,3
Total	12	100,0

TABLA Nº 2
CASOS NOTIFICADOS HEPATITIS, FIEBRE TIFOIDEA Y PARATIFUS
RENGO 1984-1985

Mes	Hepatitis		Fiebre Tifoidea y Paratífus	
	1984	1985	1984	1985
Abril	—	8	1	6
Mayo	1	7	2	3
Junio	1	8	—	6
Total	1	23	3	15

32. CAPACITACION EN EL SERVICIO SALUD DE ÑUBLE

As. Soc. Elba Rosa González B.
(Servicio de Salud de Ñuble)

Introducción

El estudio que se presenta relata la organización, actividades realizadas y lo que ha ocurrido durante el año 1984 en relación a Capacitación en el Servicio Salud de Ñuble.

Se ha definido como Política de Capacitación, toda acción de enseñanza orientada a acrecentar el estado de conocimientos, habilidades y aptitudes de sus funcionarios, para el adecuado desempeño de su quehacer específico. Dada la importancia que tiene como componente de la Administración de Personal, creó la Sección Capacitación a contar del 1º de Diciembre de 1983, dependiente del Departamento de Recursos Humanos, dirigiendo su ámbito de acción a todos los niveles del personal.

El Servicio Salud de Ñuble, cuenta con una dotación actual de 1.642 cargos y 191 adscritos al Plan de Expansión del Departamento de Recursos Humanos, distribuidos en 7 establecimientos, 13 en Consultorios Generales Rurales y 48 en Postas Rurales.

Objetivos

Asegurar la permanente orientación del personal sobre los objetivos básicos del Sector Salud; lograr y mantener la eficiencia y eficacia en las tareas específicas; proporcionar una actualización en materias científicas, tecnológicas, administrativas y de relaciones humanas, contribuyendo a una identificación del Personal con los objetivos del Sector Salud.

Organización

Para la puesta en marcha y el control de esta Política, a nivel provincial se constituyó un Comité de Capacitación, la Sección correspondiente y la designación de Coordinadores. Las normas generales para cada uno de ellos, como las atribuciones y responsabilidades de los establecimientos, se encuentran establecidas en el Reglamento de Capacitación.

Diagnóstico

La detección de necesidades se realiza a través de: encuesta y entrevista a niveles Directivos y Jefaturas de los establecimientos; observaciones directas o indirectas de tareas y funciones; opiniones de funcionarios y sugerencias del personal capacitado. Estos métodos son los adecuados a las condiciones propias del Servicio.

Programación

Una vez obtenido y analizado el diagnóstico, la Sección Capacitación presenta el programa al Comité respectivo, para su conocimiento, ajuste, rechazo o aprobación total o parcial. En el año 1984, se alcanzó un 100% de cumplimiento.

En todas las actividades realizadas, asistieron un total de 1.273 funcionarios, con una concentración aproximada de 2,3 por persona. (Tabla Nº 2).

Los contenidos fueron en su mayoría dirigidos al área técnica como lo especifica la Tabla Nº 3.

Recursos

La Sección propiamente tal cuenta con un Jefe, profesional Asistente Social y una Secretaria, personal insuficiente para satisfacer las necesidades de Capacitación, debido a la importancia que ha ido cobrando en el Servicio.

- Recursos Humanos: Coordinadores, Profesionales del Servicio como de otras Instituciones Públicas o Privadas.

- Recursos Físicos: Propios del Servicio como otras entidades en relación al local adecuado equipos audiovisuales y material didáctico del Sistema Educación Continua del Ministerio de Salud.
- Recursos Financieros: Presupuesto del Servicio, Misiones de Estudios, Matrícula de los funcionarios alumnos; aportes de otras Organizaciones Internacionales como O.P.S. y convenio con Universidad Católica Proyecto Kellogg/OPS.

Evaluación

Se efectúa en dos niveles: una técnica a cargo del Docente respectivo y otra a cargo de la Sección Capacitación orientada a medir factores de organización, desarrollo y resultado en general.

Comentario

Cabe destacar que ninguna institución puede sobrevivir sin Capacitación de su personal, ya que en la medida que sus funcionarios tengan acceso a ella mejorará la atención a la población beneficiaria.

TABLA Nº 1

	Cursos Programados	Cursos Realizados	% Cumplim.
Cursos Programados	32	32	100
Cursos Extraprogram.	—	17	—
Estadías Perfeccionamiento	28	35	125
Capacit. Extraprogram.	—	217	—

TABLA Nº 2

Niveles	C. Program.	C. Extrapr.	Est. Perfec.	Cap. Extrapr.	Total Asistencia
Ley 15.076	162	66	13	110	351
O. Profes.	328	55	18	97	498
O. Funcion.	403	7	4	10	424
Totales	893	128	35	217	1.273

TABLA Nº 3

Áreas Temáticas	C. Progr. y Extraprogram.
Técnica	28
Administrativa	15
Téc-Administrativa	2
Otras áreas	4
Total	49

33. INVESTIGACIONES EN SERVICIOS DE SALUD EN CHILE 1974-1983

Dr. Juan Giaconi y Matr. Solange Valenzuela
(Unidad de Salud Pública, Universidad Católica de Chile)

Introducción

La exploración respecto a la investigación en servicios de salud se realizó por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) en diecisiete países del Continente. Los resultados de esta investigación permiten conocer el desarrollo que ha tenido la investigación de servicios de salud y su situación actual. La información sirve, además, para la elaboración de un documento más amplio que permitirá a la OPS orientar su programa de cooperación técnica. La presentación de los resultados se hizo en un Seminario en Cocoyoc -México- en Julio de 1984.

Material y Método

Para efectos de ubicar la presente investigación, entendemos por investigación en servicios de salud "el estudio sistemático de los medios por los cuales el conocimiento médico básico, y otros conocimientos relevantes, se aplican a la salud de los individuos y de las comunidades bajo un conjunto dado de condiciones existentes". La investigación cubrió un período de diez años comprendido entre 1974 y 1983.

Por lo tanto, se reconocerá como una investigación de servicios de salud aquella que:

- Tenga un plan previo en el cual estén definidos los objetivos del estudio y los procedimientos a seguir en el mismo.
- Contemple la preparación de informes periódicos y final de investigación describiendo los resultados del estudio.
- El sujeto de la investigación deberá estar íntegramente relacionado con los servicios de salud.
- Se aceptará registrar aquellas investigaciones en proceso.

Para obtener la información, se recurrió a dos sistemas diferentes de búsqueda de antecedentes, que fueron:

- 1) Revisión y clasificación de las publicaciones aparecidas en el decenio 1974-1983 (ambos años inclusive) en las principales revistas nacionales como extranjeras.
- 2) Contacto directo con los grupos de investigación, a través de entrevistas en las cuales se requería información acerca de las investigaciones realizadas, los principales problemas, posibles soluciones, etc., en sus respectivos grupos de trabajo.

En base a esto, se llenó el cuestionario propuesto por O.P.S. Se recogieron 700 cuestionarios, de los cuales se aprovecharon, finalmente, 326.

Resultados

Ver Tablas 1 y 2.

Problemas detectados en los grupos de investigación

1. Los grupos de investigación son pocos, porque en general ésta es una actividad poco o nada motivada ni estimulada desde los niveles superiores o de decisión.
2. Con respecto a la motivación, el nivel de sueldos y honorarios influye negativamente, ya que como éstos son bajos (a juicio de los entrevistados), los investigadores no se sienten estimulados a dedicar horas extras (fuera de su horario de trabajo) a planificar y realizar estas actividades.
3. La carga docente, administrativa y asistencial es, en general, muy alta.
4. Los investigadores tienen poca influencia en las decisiones que afectan a la ciencia.
5. El número de investigadores por área de trabajo es muy bajo, lo que hace difícil los contactos incentivadores. Faltan, especialmente, investigadores con experiencia que puedan servir de cabeza de grupo. Esta carencia es aún más aguda en las Universidades de provincia.
6. Las bibliotecas son muy insuficientes.
7. Los fondos de viaje para asistir a congresos y realizar trabajos con investigadores extranjeros son insuficientes en todas las Universidades. Lo mismo ocurre con los fondos para profesores visitantes y becas post-doctorales. Este tipo de ayuda es muy importante debido a

- la poca posibilidad de contactos nacionales.
8. El interés de los jóvenes ingresados a la Universidad por estudiar carreras que conduzcan a la investigación en servicios de salud, es bajo. Esto es debido, por una parte, al desconocimiento de esta posibilidad y, por otra, a las expectativas de trabajo limitadas.
 9. En general, los investigadores persisten en este campo, básicamente, por gozo y satisfacción de tipo personal y una gran vocación.
 10. El gran problema es el financiero, ya que no se han dado ni se dan los recursos necesarios para que ésta sea una actividad sistemática y dinámica a la vez.
 11. Las empresas privadas de salud chilenas hacen un uso muy limitado de las investigaciones en servicios de salud, con lo cual no cooperan a su desarrollo.

Recomendaciones recogidas en los grupos de investigación

1. Quizás lo más importante para estimular la investigación es dar a los investigadores mejores condiciones de trabajo. Para esto se requiere, en primer lugar, estabilidad de trabajo con una remuneración adecuada y, en segundo, una carga docente y administrativa moderada.
2. Otra medida muy importante es el fortalecimiento de los programas de formación de investigadores. Así, deben fortalecerse y coordinarse los programas de post-gradó conducentes a los grados de Magister y Doctor.
3. Las Universidades requieren de mayor coordinación de sus actividades en investigaciones en servicios de salud. Esto deberá traducirse en mayor comunicación en cuanto a los temas en que se está trabajando, coordinación e información en cuanto a bibliotecas y coordinación con respecto a las visitas de especialistas. Además, las Universidades de la capital, Santiago, deberían hacer un esfuerzo especial para favorecer a las de provincia aportando cabezas de grupos de investigación.
4. Despertar la inquietud científica y el espíritu de investigación en la juventud desde antes del ingreso a las Universidades para poder contar con futuros investigadores.
5. Favorecer las actividades de las Sociedades Científicas relacionadas con salud pública.
6. Creación de un fondo nacional para el fomento de la investigación en servicios de salud. Este fondo debería usarse para:
Becas de estudio para los programas de post-gradó en Chile; Becas post-doctorales para investigar tanto en Chile como en el extranjero; Becas para doctorarse en el extranjero en áreas donde no sea posible hacerlo (o las posibilidades sean limitadas) en Chile; Fondos para mejorar las bibliotecas; Apoyo a proyectos específicos; Invitación de expertos extranjeros; Asistencia a Congresos y Seminarios, y Organización de Conferencias y Seminarios.
7. Asegurar que ciertos grupos alcancen una "masa crítica" y la conserven, asegurándoles una continuidad en su actividad mediante un apoyo real y mantenido.
8. Establecimiento de un sistema similar al del año sabático en las Universidades donde aún no existe.
9. Estimular proyectos interuniversitarios.
10. Estrechamiento de vínculos con el sector productivo nacional, para que apoye investigaciones en Servicios de Salud.
11. Que se facilite el retorno al país de los científicos chilenos más capacitados.
12. Que se consolide la ordenación jurídico-administrativa suficientemente estable en los Centros Universitarios que se encuentran todavía en etapas de reorganización, garantizando a los investigadores la necesaria estabilidad funcionaria.
13. Que se estimulen y se perfeccionen en las Universidades las actividades de post-gradó en las disciplinas relacionadas con investigaciones de servicios de salud.
14. Crear conciencia en las autoridades y opinión pública de la urgente necesidad de apoyo a la investigación científica y, en particular, a las investigaciones en Servicios de Salud.
15. La realización de un Congreso de Salubristas para delinear una política de base, que apunte a recoger las inquietudes de los investigadores de las diversas instituciones donde se realizan investigaciones de servicios de salud.

TABLA Nº 1

Contenido de la Información

Relaciones de los Servicios de salud con el entorno social	21,6%
Determinación de las necesidades (demanda de salud de la población)	21,6%
Producción y distribución de recursos	16,8%
Estructura organizativa y componente del sistema de salud	12,1%
Estudio de la prestación de servicios de salud	11,9%
Evaluación de Programas	10,1%
Análisis económico	4,9%
Administración de los Servicios de Salud	0,7%

		Año de Inicio de la Investigación	
Ambito que Cubre la Investigación		1969-1973	4.1%
Nivel Nacional	22.8%	1974-1976	16.3%
Nivel Regional	12.7%	1977-1979	34.4%
De localidad	21.3%	1980-1983	49.7%
De hospital	10.8%	.	
De centro de consulta ambulatoria	9.7%	Estado Actual de la Investigación	
Otros	16.8%	Concluida	84%
		En proceso	16%

Proporción de Fondos

Fondos Nacionales Públicos	66.4%
Fondos Nacionales Privados	9.3%
Fondos Extranjeros de Organismos Internacionales	5.2%
Combinación Públicos y Privados	10.1%
Combinación Público y Extranjero	4.5%
Otros	4.4%

Instituciones Responsables

Ministerio de Salud	23.9%
Instituto de Investigación	17.5%
Centro Educativo	47.8%
Otros	9.3%

Tipo de Institución

Público	84.3%
Privado	15.7%

Presentación

Informe Confidencial	5.2%
Documento público	29.5%
Publicación artículo	47.2%
Publicación libro	5.2%
Tesis	2.6%
Otros	9.3%

TABLA Nº 2

Ciudad de Origen		Número de Personas Involucradas en el Trabajo	
82.5% en Santiago	1		18.3%
3.7% en Valparaíso	2 a 4		49.3%
2.2% en Valdivia	5 a 7		22.3%
1.9% en Rancagua	Más de 7		9.7%
Profesiones Involucradas			
Médico	18.4%		
Médico Especialista	17.3%		
Médico Especialista en Salud Pública	14.9%		
Enfermera	7.7%		
Educador	4.2%		
Ingeniero	8.1%		
Cientista Social	3.1%		
Administrador	2.0%		
Odontólogo	1.1%		
Otros	22.0%		
n/e	0.9%		
Duración			
Menos de 6 meses			18.0%
6 a 12 meses			51.0%
13 a 24 meses			15.3%
Más de 24 meses			15.0%
Metodología Empleada			
Descriptivo			19.8%
Analítico			37.7%
Evaluativo			23.5%
Combinaciones			19.0%
Generada por Iniciativa			
Institucional			40.0%
Organismo Nacional Externo			15.7%
Organismo Extranjero			6.7%
Responsables del Proyecto			35.1%

34. LAS DIFICULTADES DE EVALUAR EL PROGRAMA ODONTOLÓGICO

Dr. Sergio Morales

(Programa de Odontología, Servicio de Salud VI Región, Ministerio de Salud)

Normalmente los programas de salud se evalúan considerando el impacto de su acción en las tasas de morbilidad y mortalidad. En Odontología ello es bastante difícil, y el objetivo de este trabajo es señalar algunas alternativas y mover a la meditación y al intercambio de opiniones y experiencias.

1. LA MORBILIDAD: Estudios epidemiológicos realizados muestran tasas de prevalencia muy altas, especialmente en caries dentaria (98%), periodonciopatías (68%), maloclusiones (62%), traumatismos del maxilo maxilar facial (40%), pero, sin embargo, estas cifras son el fruto de un trabajo realizado hace ya años.

2. LA MORTALIDAD: Considerando como tal el número de piezas perdidas o con indicación de exodoncia, es elevada, calculada en el índice COP y el rubro P, muestra que a los 14 años se han perdido 1.22 piezas y que a los 30 años se han perdido 8.30 piezas y, finalmente, a los 50 años, el número de piezas perdidas alcanza a 15.7.

3. MEDIR EL IMPACTO DE LA ACCIÓN: Fácilmente conocemos lo que hacemos, pero para que ello nos muestre el impacto de la acción, es necesario tener un punto o standard de comparación y ello sólo puede ser medido con estudios epidemiológicos que muestren diferencia entre el punto de partida y el de comparación.

4. QUE PODEMOS MEDIR:

El total de consultas y acciones realizadas: Es una fácil suma de lo anotado día a día en la hoja diaria de Odontología que no indica, por sí misma, nada del impacto y tampoco sobre el nivel de salud alcanzado.

El tiempo asignado a cada consulta o acción: Nos sirve para entender la forma en que estamos utilizando el tiempo contratado en horas odontológicas. Actividades conservadoras o mutilatorias.

El tiempo asignado a cada grupo etario: Nos sirve para analizar la forma en que usamos el tiempo de acuerdo a los grupos etarios en que nuestra acción es más positiva (el niño).

El grado de uso del tiempo contratado: Si comparamos el tiempo contratado, y por ello, la inversión financiera que hacemos en recursos humanos y el tiempo que aparece respaldado por acciones odontológicas, logramos conocer el grado de uso de este tiempo contratado y ello es ya una medición de eficiencia.

La medición de la cobertura: Útil es conocer cuál es el porcentaje de la población asignada a la atención odontológica de un establecimiento del sector salud, que ha logrado atención. Sin embargo, este dato sólo es incompleto, ya que no sabemos si nos limitamos a una simple única consulta o acción, ni tampoco cuántas eran las que esas personas necesitaban.

La medición de la concentración: Es absolutamente necesario conocer la concentración; como todos saben, una acción odontológica suele requerir más de una consulta. Una persona suele requerir mucho más de una acción para lograr solucionar su problema odontológico.

La medición del rendimiento: Como administradores de salud, debemos calcular el rendimiento por hora de trabajo. El rendimiento debe ser calculado por actividades, y es diferente si consideramos la consulta o la acción que se realiza en esa actividad.

La medición comparativa entre las piezas extraídas y las obturadas: Nuestro quehacer debe ser conservador, por ello se han determinado relaciones ideales de piezas extraídas y obturadas. Compararlo con lo que logramos con nuestro quehacer es una manera de medir la eficacia de nuestra acción.

La medición entre piezas extraídas y piezas restituidas: Por años hemos extraído millones de piezas dentarias y debemos conocer la relación que logremos, en el año calendario, entre las piezas que extraemos y las que restituimos. Ello nos mostrará la eficacia de nuestra acción.

El problema de medir el "Alta Odontológica": Una verdadera alta odontológica sería el "Alta integral", pero ello es casi una ilusión inalcanzable. El alta es posible de lograr por niveles de complejidad y especialmente en el nivel primario. Finalmente, se ha ideado una "Alta disciplinaria" y que no ha dado el resultado esperado por problemas operativos de información estadística. Ella era la que se producía cuando una persona abandonaba la atención dental por más de tres meses.

El rechazo de la atención: Muchas veces no medido, sin embargo es absolutamente necesario que se proceda a considerarlo y registrarlo. Si lo omitimos, no sabemos nunca cuál es el número de personas que necesitan atención, demandándola, no la logran y la cobertura sólo nos indicará el número de personas atendidas, pero sin relación alguna con las que, habiéndola solicitado, no la lograron.

5. LA CALIDAD DE LA ATENCION: Considerando como tal la correcta aplicación de los procedimientos técnico odontológicos, tanto en la atención del enfermo como en el uso de los insumos, ello es muy difícil de medir. Por lo anterior, sólo es posible dejarla librada a la "Ética profesional" y que, como ocurre con las conductas y acciones de los seres humanos, es bastante variable o, al menos, permite diferencias.

6. CONCLUSIONES

Medir la cantidad de lo realizado es fácil y se hace, pero lo que ello muestra es pobre.

Usar varios parámetros es nuestra real alternativa, y ella nos dará una idea aproximada a la realidad, de la eficiencia y eficacia de la atención.

Medir la calidad es prácticamente imposible.

Es necesario poner un mayor énfasis en la medición del rechazo.

La profesión odontológica necesita usar de varios parámetros y colocarlos a todos en juego, para lograr alcanzar una medición de lo realizado y su efecto sobre las personas y sobre la comunidad e, igualmente, de lo que ello cuesta al Estado y lo que se obtiene a cambio.

Invitamos a todos a colaborar con ideas, comentarios y experiencias para lograr parámetros mejores y obtener una medición real del impacto del quehacer odontológico, en forma rápida, a un costo posible y con los medios y recursos disponibles.

35. AUTOEXAMEN BUCAL

Drs. Silvia Mella, Beatriz Blanco y Leticia Olmo.
(Sociedad de Prevención y Educación para la Salud, Filial Santiago)

Según los postulados de O.M.S., en la reunión mundial de Alma Ata, se debe preparar a las comunidades para que sean gestores de su desarrollo de salud.

La profesión odontológica está preocupada desde hace años de este aspecto, considerando que los recursos, tanto humanos como materiales, con que cuenta hasta el momento, son insuficientes para dar solución a los problemas bucales que presenta la población.

Los pacientes se caracterizan por acudir tardíamente a tratamiento, la mayoría de las veces con patologías ya complicadas. Por ello, necesitan varias sesiones para ser dados de alta, y así, la atención odontológica es de baja cobertura y de alto costo.

El diagnóstico precoz es imprescindible en Odontología y el reconocimiento de patologías incipientes debe ser realizado por la propia comunidad.

La Sociedad Chilena de Prevención y Educación para la salud, Filial Santiago, está preocupada de transferir conocimientos de prevención de patologías bucales. Por ello, preparó material visual en 15 paneles con 60 fotografías donde se presenta en forma secuencial el autoexamen bucal, para que las personas se examinen o examinen a los miembros de su familia una vez al mes, y puedan diferenciar lo normal de lo patológico en relación a las enfermedades más prevalentes.

Incluye: Anomalías Dento Maxilares; Caries; Gingivitis; Cáncer Bucal.

Esta exposición tiene el carácter de itinerante y deseáramos presentarla para que el equipo de Salud la conozca y sepa que la tiene a su disposición para sus beneficios.

36. CARACTERÍSTICAS SOCIOCULTURALES RELACIONADAS CON SALUD EN DOS COMUNIDADES DEL PLAN KELLOGG SANTIAGO NORTE

Prof. Diego Zalazar
(Escuela de Salud Pública, Universidad de Chile)

En general, resulta ser importante para el profesional de la salud, comprender la cultura de las comunidades que sirve, debido a que esta comprensión es requisito para que logre una buena comunicación con ellas. En relación a esto, no se debe olvidar que parte importante del condicionamiento del éxito de las intervenciones del profesional de la salud, depende del éxito de su comunicación con las personas y la comunidad.

Debido a esto, parte de la investigación realizada en el Plan Kellogg Norte se ha dirigido a recoger conocimientos relativos a la cultura de las comunidades en que el Plan opera. Este trabajo resume los hallazgos en Til Til y Lampa, dos comunidades semi rurales.

Los datos de base se han recogido a través de observación participante, informantes clave y entrevistas semiestructuradas.

El análisis de los trabajos de investigación realizados en las dos comunidades y la observación de ellos permitiría formular que tienen diez características básicas en lo referente a conductas relacionadas con salud:

1) Tienen conducta polucionante del medio ambiente concentrada en la introducción de desechos personales y hogareños, así como procedentes de animales domésticos en calles, caminos, campos y hogares.

2) Tienen conducta dependiente con pocas excepciones, no sienten la necesidad ni el interés por participar en la solución de problemas de salud de la comunidad, pues consideran que esa responsabilidad es del "gobierno" o del "Servicio Nacional de Salud", o del "Consultorio" o de los "hospitales", etc.

3) Los Servicios de Salud son percibidos como esencialmente curativos.

4) Existe una extendida "ceguera nosológica" en lo referente a patologías que no requieren hospitalización o no dan síntomas dramáticos o inmediatos tales como la obesidad, el alcoholismo, algunos problemas de salud mental, etc., los cuales no se sienten como problemas de salud.

5) El pensamiento es concreto, analógico y presentista, es decir, el nivel de abstracción es bajo, se hacen evaluaciones por analogía de las enfermedades propias o ajenas y se toman decisiones basadas en situaciones presentes, para soluciones de problemas puntuales o para futuro inmediato.

6) La mayor parte de la población conocida, especialmente las madres, se expresan como agentes informales de salud, haciendo diagnóstico lego y realizando intervenciones terapéuticas de diversos tipos antes, durante o después de la consulta y/o tratamiento por agentes formales de salud. La población aplica una semiología y terapéutica populares, con un lenguaje propio, conceptos definidos y con un uso amplio de medicina herbaria y prácticas terapéuticas mágicas y tradicionales. Esta población, además, no percibe sus prácticas como contradictorias con la medicina moderna, sino ambas como complementarias dentro de un continuum de medicina curativa.

7) La población suele tener actitud hipercrítica frente a centros de salud cuyo funcionamiento desconoce y tiende a interpretar problemas técnicos de atención como "mala voluntad" o "defectos personales o profesionales" de los miembros del equipo de salud. La satisfacción con la atención dada por los Servicios es juzgada según los siguientes criterios:

a) Características de la interacción entre los pacientes y los profesionales de salud; ésta incluye la cortesía, el escuchar al paciente, dar importancia a las informaciones que da, dar explicaciones relativas al problema de salud del paciente, etc.

b) Exhaustividad del examen: si es completo, cuidadoso.

c) Éxito en las intervenciones diagnóstica y terapéutica. En general, la población espera infalibilidad del profesional, carece de concepto respecto a las limitaciones del profesional.

e) Prescripción de medicamentos: en estrecha conexión con el concepto puramente curativo de la medicina que tiene la población, con pocas excepciones ésta practica la "fe en el medicamento", el cual es concebido como parte esencial de la atención que recibe.

8) La población tiende a interpretar la conducta de personas de status más alto o que le desa-

gradan, en forma paranoide, es decir, como dirigida voluntaria o intencionadamente contra sus intereses o como discriminatoria en contra de ella.

9) La población practica la "falacia inductiva": generaliza de una conducta parcial al todo de la persona, como por ejemplo, cuando un profesional comete un exabrupto con un paciente, éste, entonces, pasa a juzgar que es una persona brusca y desconsiderada en todos sus actos y con todos o la mayoría de los pacientes. Lo mismo ocurre cuando algunas veces el paciente no recibe la atención que espera del consultorio, entonces pasa a considerarlo "malo".

10) Los pacientes que se perciben en situaciones excepcionales tienden a solicitar de los servicios de salud un trato también excepcional, tal es el caso de grupos urbanos trasladados recientemente a sectores rurales o semi rurales, grupos de extrema pobreza, etc.

Todas estas diez características conforman lo que se podría llamar la PERSONALIDAD SOCIOMEDICA de la población atendida en los consultorios del Plan Kellogg Norte. El listado de características no es exhaustivo, pero orienta claramente las conductas que podrían asumir los profesionales de salud en relación a ellas.

La tarea es deducir del listado cuáles serían las conductas de acuerdo a las posibilidades de cada consultorio. Por lo menos, parte de esas conductas deberían expresarse como actividades de educación a la comunidad, mientras que otras deberían expresarse, en las personas del consultorio, en su trato con los pacientes, incluyendo estudiantes, internos, becados y profesionales de planta.

37. EL MEDICO, EL PACIENTE, Y SU MUTUA FRUSTRACION DE EXPECTATIVAS

Sr. José Manuel Araneda

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

Diversas publicaciones de la OMS y de la OPS han venido haciendo notar en los últimos años, una tendencia del médico a tecnificar el ejercicio de su profesión, hacer más efectiva su acción curativa e incorporar los últimos adelantos de la tecnología. Esta tendencia se expresa como un creciente grado de especialización de la medicina, que acerca progresivamente al médico hacia la enfermedad y sus raíces, pero lo aleja cada vez más del ser humano portador de esa enfermedad.

En América Latina, esta tendencia hacia el empleo de los refinamientos tecnológicos ocurre en un contexto social, cultural y económico que hace aconsejable enfatizar la medicina integral, con marcada orientación preventiva, más que la especialidad o la superespecialidad médica. En otras palabras, y citando el informe de la Conferencia Internacional Sobre Atención Primaria de Alma Ata (1978), en los países latinoamericanos la medicina se ha venido capacitando "para tratar problemas de salud individuales, en instituciones de compleja tecnología, más que para aplicar soluciones tecnológicas sencillas, que beneficien a las personas y a las comunidades en conjunto". Tal orientación pone a la asistencia médica —proporcionada por un creciente número de especialistas— al alcance de una privilegiada minoría, dejando al margen a los grupos sociales que presentan los problemas de salud de mayor trascendencia social.

El análisis de la atención médica desde esta perspectiva, conduce inevitablemente al tan discutido tema de la deshumanización de la medicina y de la incomunicación del médico y su paciente. A este respecto, parece imponerse la hipótesis que sostiene que mientras mayor sea la especialización del doctor, más pronunciada será la recíproca despersonalización entre el terapeuta y su paciente. El supuesto subyacente establece que la relación terapéutica frustra las expectativas de comportamiento mutuo, puesto que el médico necesita centrarse sobre el problema de salud y exige del paciente una conducta apropiada, en tanto que el paciente espera del médico un reconocimiento de él como una persona integral y se comporta de manera coherente.

Estas consideraciones dieron base a un estudio sociológico llevado a cabo en Valdivia, destinado a determinar qué imagen tienen del médico y su rol las madres de familia y jefas del hogar, o sea, las personas que adoptan las decisiones de salud dentro del grupo familiar. Se estudió una muestra estadística de 289 familias, equivalentes al 20% del área investigada. La técnica de recolección de la información fue la entrevista, aplicada por estudiantes de la Escuela de Medicina —previamente adiestrados— quienes aplicaron un cuestionario semiestructurado.

Los resultados del estudio muestran que el 62% de las entrevistadas concibe el comportamiento del médico en la relación terapéutica, como una actitud humana, sincera y desinteresada. Para el 34% de las mujeres estudiadas, en cambio, la conducta del médico debe ser primordialmente de eficiencia técnica, destreza para sanar, acuciosidad para examinar y seguridad para diagnosticar. Las mujeres que destacan la actitud del médico para con el paciente como componente básico del rol del doctor, aluden con abrumadora mayoría —el 71% de ellas— a un trato amable, amistoso, atento y comprensivo.

El estudio consideró un sistema de hipótesis que proponía a un conjunto de variables como condicionantes de la imagen de las mujeres acerca del rol del médico. Tales hipótesis fueron falladas por la evidencia empírica. La edad de las mujeres y su escolaridad no influyen sobre su concepto del rol médico; tampoco lo hacen el tipo y tamaño de la familia ($p > 0.05$).

En conclusión, la información recogida sugiere que las madres de familia estudiadas conciben al rol del médico como una aproximación del terapeuta a un ser humano integral que está enfermo, y no a la enfermedad que padece. Los antecedentes disponibles, por el contrario, sugieren que el médico tendería a acercarse técnicamente a la enfermedad, trasladando a un segundo plano a la persona que la porta.

El análisis de tales antecedentes hace evidente una divergencia en la actitud con la cual los dos actores se comprometen en una relación terapéutica. En el acto médico, por tanto, desde un principio se halla presente una potencial frustración mutua de expectativas, que resulta un factor de limitación de las posibilidades de éxito en la acción terapéutica, principalmente a través de las dificultades de comunicación. Desde una perspectiva sociológica, la raíz del con-

flicto de expectativas yace en la diferencia de los respectivos puntos de referencia. El paciente se ciñe a pautas culturales y espera que el médico también lo haga; el terapeuta, en cambio, establece su comportamiento a partir de pautas sancionadas por la subcultura de la medicina, las que definen para el paciente un patrón de conducta que se les adapta.

38. LA FAMILIA UNIDAD MEDICO-SOCIAL EN LA ATENCION PRIMARIA EN UN ENTORNO SEMI-RURAL CHILENO

Prof. Diego Zalazar

(Escuela de Salud Pública, Programa Kellogg Santiago Norte)

El objetivo de este trabajo fue describir la dinámica observada en un grupo de familias en un entorno semi-rural de la Región Metropolitana. Se hizo observación participante de 35 familias, de un área semi-rural de nivel socioeconómico medio medio, medio bajo y bajo. A la observación directa se agregó entrevista semi-estructurada.

Los ítems principales de la cédula fueron: 1) ¿Qué es para Ud. una familia? 2) ¿Quiénes forman parte de la familia? 3) ¿Quién corrige a los niños? 4) ¿Quién se preocupa de la salud de los hijos? 5) ¿Cómo debe ser la mujer? 6) ¿Cómo debe ser el hombre? 7) ¿Cómo debe ser un buen hijo? 8) ¿Cómo debe ser una buena hija? 9) ¿Cómo debe ser un buen padre? 10) ¿Cómo debe ser una buena madre? 11) ¿Qué es lo más importante en la crianza de los niños? 12) ¿De qué hay que preocuparse en cuanto a los niños?

Resultados y Conclusiones

Los datos se elaboraron por análisis de contenido y por análisis componencial.

Los hallazgos más importantes fueron: a) El concepto de familia se define por la consanguinidad y alianzas de no consanguíneos con consanguíneos. b) La figura central de la familia es la madre, en todos sus aspectos, apareciendo el padre como figura secundaria. c) La madre forma a los hijos de cada sexo con patrones diferentes, educa a la mujer para el dominio en el hogar y laboral y al hombre para el mundo laboral. d) Los valores principales atribuidos a la mujer son: Ser "preocupada" y "limpia"; los atribuidos al hombre: Ser "trabajador" y "responsable". e) La madre es un agente de salud informal que practica el diagnóstico lego, la terapia y el cuidado preventivo con su familia. f) La preocupación más importante de la madre para la conservación de la salud es la alimentación. g) La educación de los hijos se realiza según un esquema de valores inhibitorios. h) La familia es concebida como un refugio protector psicosocial, pero con frecuencia la casa es utilizada sólo como dormitorio y comedor, haciéndose la vida social fuera de ella en su mayor parte.

39. ESTUDIO DE LA MEDICINA BOTANICA EN EL AREA DE UN CONSULTORIO URBANO DE SANTIAGO

Dr. Francisco Donoso y Antrop. Eduardo Sarué
(Hospital Roberto del Río y Programa Kellogg Santiago Norte)

Estudiar el uso de elementos naturales que hace una población (herbolaria y botánica), sugiere alguna relación con lo que se conoce como medicina popular. Esta medicina no sólo es impartida por diversos agentes informales de salud como los "yerbateros, meicas, sanguiadores, curanderos, abuelitas", etc., sino por la familia misma que a menudo se convierte en su propio agente de salud. En un contexto más amplio, la medicina herbárea y botánica constituyen parte importante de la terapéutica característica de la medicina popular o tradicional. Su facilidad de obtención, bajo costo, así como su gran difusión y aceptación, han hecho que haya subsistido, coexistiendo como sistema paralelo, al margen del sistema médico formal.

Propósito

Básicamente se quiso investigar algunos aspectos de la terapéutica doméstica frente a problemas de salud corrientes en la familia, con cierto énfasis en el ámbito pediátrico.

Material y Método

Durante el verano de 1983 y parte del otoño, se entrevistó a 100 sujetos adultos (94 mujeres y 6 hombres). La mitad fue visitada en sus domicilios y otro tanto en el consultorio. Se les preguntó sobre su origen, composición familiar, presencia y uso de "yerbas" en el hogar, descripción de enfermedades tradicionales experimentadas en el entorno familiar, así como la actitud adoptada en términos de tratamiento. Se utilizó una cédula semi-estructurada para registrar la información. El análisis de los datos se realizó con cruces bivariados y el conocimiento adquirido a través de la observación participante en el terreno.

Descripción

Se hará referencia a las enfermedades tradicionales más frecuentes mencionadas por las personas y que conocen en detalle. Se trata del "empacho" y "mal de ojo".

El empacho aparece como una "enfermedad" frecuente en los niños. El 82% de los entrevistados declaró haber tenido el problema con sus hijos o hermanos pequeños. Se le define como un cuadro agudo caracterizado por decaimiento, rechazo alimentario, con alteraciones del tránsito intestinal (constipación o diarrea mal oliente), náuseas y/o vómitos, dolor abdominal, halonamiento ocular y palidez. Sólo a veces se presenta con fiebre. La causa del problema sería "algo que se pega en el estómago" y que el niño ha ingerido, como alimentos crudos (mal cocidos), leche mal preparada, goma de mascar. Es de carácter progresivo, comprometiendo cada vez más al niño, a menos que se le trate oportunamente. El procedimiento para tratar un empacho consiste en que una "abuelita" le "quiebre el empacho" y cuyas etapas fueron comprobadas personalmente por los autores.

En primer lugar se soba la zona lumbosacra con ceniza (lejía). En seguida se busca una zona soleavada y se procede a tomar suavemente la piel de la región paravertebral tirándola hasta sentir un sonido característico, similar al que se produce al hacer sonar los dedos, siendo éste un hecho básico en el diagnóstico del "empacho". Paralelamente se le administra un "purgante" (zumo de papa con aceite y limón o raíz de paico machacada) que se da en ayunas durante 3 días. En cuanto a la efectividad declarada en comparación con el tratamiento médico, se basa en la confirmación del diagnóstico cuando el paciente responde al tratamiento. (Tabla 1).

El "mal de ojo" es otra enfermedad tradicional, cuyos signos son: decaimiento, irritabilidad, a veces fiebre, rara vez con alteraciones digestivas, pero siempre se "achica un ojo" y la frente se pone salada. La gravedad del cuadro está en relación con el parentesco de quien "aojó" al niño. La evolución puede ser benigna y autolimitada o extraordinariamente grave. La causal es la mirada o mimo de alguien de "vista fuerte". Se le puede prevenir con frases del tipo "que Dios lo bendiga". Hay quienes le cuelgan al bebé una medallita con cinta roja que hace las veces de "contra". Para curar el mal se debe "santiguar" o "ungir" al paciente con rezos y oraciones que se asocian con sahumeros.

La eficacia del tratamiento en este caso es de 95% declarado. (Tabla 2).

Conclusiones

Existe un uso bastante difundido de hierbas en el hogar, que alcanza al 80% de los entrevistados. Se observa una diversidad de formas de obtención de éstas que van desde el cultivo en la casa hasta la compra en puestos públicos. El conocimiento respecto de los usos y las dosificaciones de las hierbas es adquirido por vía materna en el 85% de los casos, de los cuales el 58% tienen padres de origen rural.

Del estudio se desprende la necesidad de continuar investigando en las siguientes líneas, a lo menos: a) evaluar la eficacia de algunos tratamientos herbáreos a través de estudios clínicos objetivos; b) buscar principios farmacológicos en las hierbas más usadas (tenemos clasificadas cerca de 50), y c) profundizar en el estudio del ejercicio de la medicina tradicional en el contexto de reconocidos "sanadores" tradicionales.

Todo lo anterior no pretende otra cosa que el beneficio para las metas de Alma Ata, en el sentido de lograr una verdadera integración entre sistemas de salud hasta ahora paralelos.

TABLA 1

Tratamiento del "Empacho"

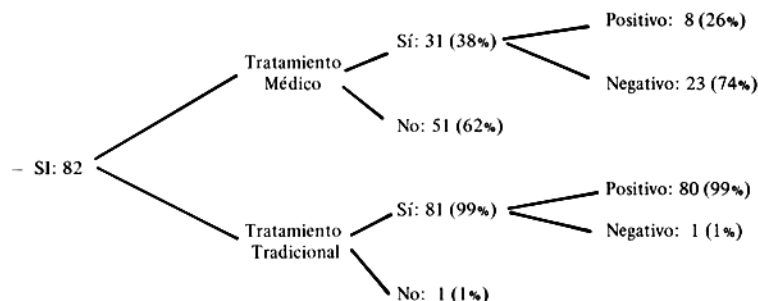
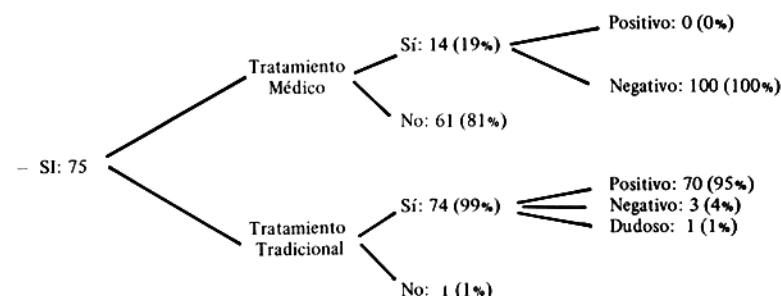


TABLA 2

Tratamiento del "Mal de ojo"



40. OBSERVACION DE CONDUCTAS RESOLUTIVAS PSICOSOCIALES EN PROFESIONALES DE LA SALUD

Prof. Diego Zalazar
(Escuela de Salud Pública, Universidad de Chile)

El autor, sobre la base de observaciones previas, aplicó al estudio de la resolución psicosocial de problemas en consultorio, el concepto de "Negociación". Se entendió por "Negociación" toda actividad realizada por dos personas (o grupos) relacionadas por un mismo problema, dirigida a crear una solución entre ambas, a ese problema que sea satisfactoria, por lo menos parcialmente, para ambas. En forma más analítica diremos que hay una negociación si:

- 1) Dos personas (o grupos) reconocen estar involucradas en un mismo problema.
- 2) Aceptan como objetivo resolver ese problema.
- 3) Cada una de ambas personas desea que esa solución sea satisfactoria para ellas.
- 4) Ambas personas aceptan buscar la solución juntas y así lo hacen.
- 5) Ambas personas están dispuestas a poner algo de su parte para lograr la solución.

La negociación es especialmente importante cuando dos personas o grupos no están inicialmente de acuerdo, parcial o totalmente, en cuanto a cómo resolver un problema. Esto es especialmente frecuente cuando la cultura de los pacientes difiere mucho de la cultura de los profesionales de salud. La negociación es un proceso psicosocial de búsqueda de entendimiento mutuo para resolver problemas comunes.

Material y Métodos

Se trabajó aplicando una encuesta a diferentes grupos de profesionales de salud del nivel primario de atención.

Esta encuesta abarcó a médicos, enfermeras, matronas, nutricionistas, odontólogos, asistentes sociales, y a algunos fonaudiólogos.

El instrumento contuvo los siguientes ítems:

- 1) ¿Ha tenido Ud. problemas para lograr de sus pacientes conductas adecuadas en Salud? Si su respuesta es "Sí", ¿cuáles problemas? Describa (qué problema, con quiénes, dónde, cuándo). ¿Cuál cree Ud. que es la causa del problema?
- 2) ¿Cómo ha intentado Ud. resolver esos problemas? ¿Qué ha hecho Ud. para intentar resolverlos? (reprender al paciente; obligarlo a hacer las cosas; buscar o crear puntos de acuerdo con el paciente; darle algo al paciente a cambio de que él dé la conducta deseada; aceptar lo que el paciente hace, pero pedirle que agregue a eso una conducta deseable propuesta por el profesional; otras maneras). ¿Qué grado de éxito ha tenido su esfuerzo por resolver el problema? Si ha tenido éxito, ¿ha hecho algo para darlo a conocer al resto de los profesionales de Salud?
- 3) ¿Conoce Ud. esfuerzos, exitosos o fracasados, hechos por profesionales de Salud y dirigidos a obtener de individuos, o grupos de comunidad, conductas deseables en Salud? Si su respuesta es sí, describa: (qué problema, con quiénes, dónde, cuándo, quién hizo qué para solucionarlo y cómo lo hizo).

Se ha entrevistado a 87 profesionales: 27 médicos, 14 enfermeras, 19 matronas, 11 nutricionistas, 9 asistentes sociales, 7 odontólogos.

Para analizar los datos se hizo análisis de contenido.

Resultados y Conclusiones

Las conductas de negociación se clasifican en tres tipos:

- 1) Transacciones: cada parte cede algo. Es del tipo "yo le doy A y Ud. me da B a cambio"; para hacerlo, el profesional de salud recurre a dar medicamentos, afecto, apoyo, atenciones, visitas, o intenta soluciones más complejas del tipo "yo acepto que Ud. trate al desnudo en su casa, pero Ud. tiene que traerlo a control más seguido".
- 2) Búsqueda de acuerdos: el profesional identifica o crea puntos de vista común con los pacientes y desarrolla verbalmente y en acciones esos acuerdos: por ejemplo, la preocupación de la embarazada por su embarazo y de la madre por su hijo; dando a conocer a la comunidad los beneficios que le da el Consultorio, o los problemas de Salud que hay en ella, etc.
- 3) La Conjugación: el profesional acepta lo que hace el paciente; pero le pide a éste agregar una conducta deseable: "es del tipo", "dele a su hijo las agüitas de yerba que Ud. considera buenas, pero con agüita dele este comprimido cada 8 horas".

Además agregamos los rubros "Reprimenda" y "Coacción", que no son negociaciones propiamente tales, pero que el profesional de Salud utiliza también para lograr docilidad de sus pacientes.

Tal como se observa en la tabla, cada grupo profesional declara estructurar de modo diferente su intervención psicosocial. En el grupo médico predomina la reprimenda, en el grupo de enfermeras predominan la reprimenda y la transacción; en las matronas, nutricionistas y asistentes sociales, la reprimenda y la búsqueda de acuerdo; en los odontólogos predominan la transacción y la búsqueda de acuerdo.

Probablemente esta diferente estructuración colectiva de las respuestas refleja el estilo social de los diferentes grupos en su trabajo con la comunidad.

La conclusión más importante es que los grupos profesionales realmente negocian con su comunidad o con miembros de ella para lograr objetivos de salud. Pero lo hacen en forma espontánea. Necesitan auxilio técnico para elevar el grado de eficacia de sus intervenciones psicosociales, es decir, necesitan una formación más amplia en ciencias de la conducta aplicadas a la solución de problemas de Salud.

TABLA Nº 1
PROPORCIÓN DE CADA GRUPO PROFESIONAL QUE UTILIZA CADA TÉCNICA PARA INTENTAR OBTENER
CONDUCTA DESEABLE

Técnicas	Médico		Enfermera		Matrona		Nutricionista		A. Social		Odontólogo	
	P	%	P	%	P	%	P	%	P	%	P	%
Reprimenda	$\frac{16}{27}$	59,25	$\frac{10}{14}$	71,42	$\frac{13}{19}$	68,42	$\frac{8}{11}$	72,72	$\frac{7}{9}$	77,77	$\frac{2}{7}$	28,57
Coacción	$\frac{14}{27}$	51,85	$\frac{9}{14}$	64,28	$\frac{7}{19}$	36,84	$\frac{4}{11}$	36,36	$\frac{5}{9}$	55,55	$\frac{1}{7}$	14,28
Transacción	$\frac{8}{27}$	29,62	$\frac{11}{14}$	78,57	$\frac{9}{19}$	47,36	$\frac{5}{11}$	45,45	$\frac{3}{9}$	33,33	$\frac{5}{7}$	71,42
Acuerdo	$\frac{10}{27}$	37,03	$\frac{8}{14}$	57,14	$\frac{13}{19}$	68,42	$\frac{10}{11}$	90,90	$\frac{7}{9}$	77,77	$\frac{6}{7}$	85,71
Conjugación	$\frac{5}{27}$	18,51	$\frac{6}{14}$	42,85	$\frac{5}{19}$	26,31	$\frac{3}{11}$	27,27	$\frac{2}{9}$	22,22	$\frac{3}{7}$	42,85

41. ESTUDIO DE LA INCONGRUENCIA ENTRE LA OPINION GENERAL Y LA CONDUCTA PARTICULAR RESPECTO DE ALGUNOS PROBLEMAS DE SALUD

Prof. Diego Zalazar
(Escuela de Salud Pública, Universidad de Chile)

Se observa a menudo que las personas, o los grupos, piensan algunos problemas de salud de un modo, pero actúan de modo contrario.

La observación del rechazo a la basura ambiental en una comunidad, en contradicción con la conducta polucionante de los miembros de ella misma, es decir, de los propios declarantes, motivó al investigador a profundizar un poco más en el tema. Los objetivos fueron: a) Medir el rechazo o aceptación de algunas conductas relacionadas con salud. b) Medir a qué instancia se atribuye la responsabilidad de hacer algo en relación a esos problemas. c) Medir por qué los respondientes han hecho o no han hecho algo en relación a ellos.

Materiales y Métodos

El estudio se realizó en 150 pobladores de dos pueblos semi-rurales de la Región Metropolitana. Se hizo entrevista semi-estructurada, la que incluía los siguientes ítems, además de los sociodemográficos:

1) En su población hay mucha basura en el suelo. ¿Qué piensa Ud. de eso? ¿Por qué? ¿Es problema suyo? 2) ¿Qué piensa Ud. de una persona que fuma? ¿Por qué? ¿Es problema para que Ud. se preocupe de él? 3) ¿Qué piensa Ud. de una persona que "se cura" a menudo? ¿Por qué? ¿Es problema para que Ud. se preocupe de él? 4) ¿Qué piensa Ud. de una persona que es drogadicta? ¿Por qué? ¿Es problema como para que Ud. se preocupe de él? 5) ¿Quiénes deberían hacer algo contra la suciedad del suelo en la población? 6) ¿Quiénes deberían hacer algo para evitar que la gente tome demasiado trago? 7) ¿Quiénes deberían hacer algo para evitar que la gente fume? 8) ¿Quiénes deberían hacer algo para evitar que la gente joven se drogue? 9) ¿Ha hecho Ud. algo contra estos problemas? ¿Qué? ¿Por qué sí o por qué no? 10) ¿Cuándo haría Ud. algo contra alguno de estos problemas? 11) ¿Haría Ud. algo por su cuenta, solo, contra alguno de estos problemas?

Resultados y Conclusiones

- La mayoría de los entrevistados muestra actitud negativa frente a los cuatro problemas de salud presentados.
- La mayor parte de los entrevistados piensa que la responsabilidad principal de atacar el problema es de las autoridades.
- La mayoría de los entrevistados manifiestan que actuarían si hubiera acción de grupo. Una fracción pone como condición adicional la participación de la Municipalidad en el proceso de solucionar los problemas.
- La mayoría afirma que no actúa si no actúan también los demás. La noción es que sería "tonto" hacer algo si los demás no se interesan o si, al no participar los otros, van a "des-hacer" lo que uno haga.
- Los problemas comunes, en cuanto problemas, se ven como personales también, pero desde el punto de vista de su solución, ésta no se ve como personal, sino como responsabilidad colectiva.

El individuo en grupo parece sentirse menos responsable que solo.

Todos estos hallazgos son congruentes con la teoría de la Comparación Social de León Festinger, de acuerdo a la cual, en situaciones sin norma fija o ambiguas, el individuo se retiene de actuar al sentirse inseguro respecto de cómo actuar, de modo que busca orientarse por lo que otros hagan.

En algunos casos, la persona a la cual se vuelve alguien en busca de orientación respecto de cómo actuar, puede encontrarse en el mismo predicamento y no actúa tampoco, con lo cual no orienta en nada al otro. Esto explicaría porqué no hay conducta deseable en relación al alcohol, drogas y mal saneamiento ambiental, a pesar de que los involucrados por estos problemas afirman rechazar esos fenómenos, dando razones atinadas y compartidas.

42. EXPERIENCIA EN DESARROLLO MODERNIZANTE DE UN LÍDER DE SALUD FOLKLÓRICO EN UNA COMUNIDAD SEMI-RURAL

Prof. Asoc. Diego Zalazar y Srs. Marcelo Maturana y Paula Bulnes
(Escuela de Salud Pública, Universidad de Chile)

Los líderes informales de salud surgen espontáneamente en las comunidades como la expresión ingenua de una vocación de servicio dentro del contexto de las creencias tradicionales del grupo servido. Estos líderes, en general, son profundamente reacios a abandonar los roles que han elegido, y por ello parece preferible desarrollarlos como aliados antes que perseguirlos o tratar de neutralizarlos. Este desarrollo de una alianza con ellos implica modernizarlos a través de procesos educativos de diversos tipos, los cuales deben reconocer y desarrollar la vocación de servicio que estos líderes portan.

Dentro de este punto de vista, los objetivos de este trabajo fueron: a) Caracterizar el proceso de captación de un líder folklórico de salud como colaborador en salud; b) Recoger sus conocimientos de medicina tradicional; c) Definir y mejorar su capacidad resolutive.

Materiales y Métodos

Como técnica de recolección de datos se utilizó la observación participante, realizada por los autores a lo largo de año y medio. Se trata de una yerbatera que cubre gran parte de la atención informal de problemas de salud en una comunidad semi-rural del Área Metropolitana. Ella atiende heridas y quemaduras con procedimientos en que mezcla lo tradicional y lo moderno, y además atiende otras patologías con medicina herbaria. Su edad declarada es de 60 años, es una mujer lúcida y vigorosa, casada, nacida, criada y habitante permanente dentro de la misma comunidad, conocida por la mayor parte de ésta, dentro de la cual ejerce también el rol de "banquetera" para los festejos privados en casamientos y otras celebraciones. Aparentemente no cobra por sus servicios.

Resultado y Conclusiones

La yerbatera fue captada por los investigadores por medio de reconocerle manifiestamente su vocación de servicio a la comunidad, lo cual señala la importancia de satisfacer las necesidades psicológicas básicas para crear alianzas con líderes de las comunidades. Se le señaló a la yerbatera que se buscaba conocerla por ser ella una servidora de su comunidad. Una vez captada, ella propuso una base de intercambio al formular su deseo de aprender a hacer mejor las curaciones de heridas y quemaduras.

Los autores de este trabajo se comprometieron a darle ese desarrollo: a cambio, implícitamente, le pidieron que aceptara hacer las curaciones bajo supervisión y, en esto y en patología general, limitarse a aquello que realmente podía atender, derivando el resto al Consultorio. Además, se le pidió comunicar sus conocimientos de medicina herbaria. Todo esto fue aceptado y ha sido exitosamente desarrollado.

Algunos hallazgos importantes son los siguientes:

- El organismo lo concibe como un conjunto de partes sólidas, la mayoría de las cuales contiene líquido o gases. Tanto lo sólido como lo líquido y lo gaseoso está relacionado por el sistema circulatorio y por los nervios.
- La mayor parte de su farmacología herbaria está conformada por infusiones; el resto de su pensamiento farmacológico consiste en diluciones de sólidos terapéuticos, aplicaciones de preparaciones sólidas y líquidas herbarias y modernas, y exposición a vapores y a humos terapéuticos. En general, todas las prácticas reveladas por la yerbatera no presentan inconvenientes, a primera vista, para la salud del paciente, y algunas de ellas son manifiestamente correctas.
- Ha aprendido a hacer mejores curaciones y muestra derivar adecuadamente. La evaluación "de visu", hecha por los investigadores de sus intervenciones, no reveló errores importantes. Ella ha comprendido adecuadamente la magnitud y cualidad de su capacidad resolutive y se ha mantenido dentro de los límites de ella.

La experiencia de éste muestra la posibilidad de crear una alianza fructífera con líderes informales de salud a través de un proceso que involucra:

- 1) Reconocer al líder en su vocación de Servicio;
- 2) Crear con él una relación de intercambio de interés mutuo;
- 3) Clarificar y delimitar la capacidad resolutoria del líder;
- 4) Modernizarlo y supervisarlo;
- 5) Conectarlo con los servicios oficiales de salud.

43. CARACTERISTICAS DE LOS MEDICOS EGRESADOS DE LAS UNIVERSIDADES CHILENAS, 1978-1982. PARTE I: ASPECTOS DEMOGRAFICOS

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

Se ha definido como meta principal de salud en la mayoría de las sociedades, la de proporcionar actividades de salud eficaces, accesibles e igualitarias a toda la población, para lo cual es esencial el desarrollo de los recursos humanos en salud, lo que implica considerar los tres componentes básicos de estos recursos: planificación, formación y administración.

Este trabajo pretende describir algunos aspectos de la problemática señalada, en particular lo referente al número de médicos titulados en promociones recientes, su distribución por Escuelas de Medicina, y algunas variables demográficas de los mismos que dicen relación con la planificación y administración de los recursos médicos.

Material y Método

Este estudio se llevó a cabo desde Marzo de 1983 a Septiembre de 1985, tomando como universo a todos los médicos-cirujanos egresados de Universidades chilenas en los años 1978 a 1982 (Tabla 1).

Se extrajo una muestra aleatoria correspondiente al 10% del total de egresados para cada Escuela y por cada año, con una unidad de reemplazo seleccionada aleatoriamente para cada integrante de la muestra, utilizable en el caso de domicilio no ubicable. Con este método se ubicó el 98,1% de los domicilios, correspondientes a 309 médicos.

A cada integrante de la muestra se le envió una encuesta de 4 páginas y 97 preguntas, por correo y/o entrega personal, repitiéndose hasta 3 veces el procedimiento, con sendas cartas explicativas, después de lo cual se consideraron encuestas no respondidas. Se obtuvo 84,1% de respuestas (260), cuya distribución por Escuelas y años es semejante a la del universo.

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

Resultados

El universo está constituido por 3.141 médicos, aproximadamente un 20% de egresados por cada promoción (Tabla 1). Un 50% de los egresados proviene de las Escuelas Norte, U. de Chile y U. de Concepción, en cada una de las restantes egresa menos del 10% de la promoción.

Del total de egresados, 63,4% proviene de Escuelas de Santiago. Aproximadamente la mitad de los egresados tiene su residencia actual en la Región Metropolitana (Tabla 2). La mayor parte de los egresados de Santiago reside en la Región Metropolitana, mientras que la mayoría de los egresados de provincia permanece en provincia.

61% de los egresados son hombres (Tabla 2), porcentaje que se mantiene a lo largo de las promociones.

95% de los médicos son menores de 36 años; 66% de los médicos están casados, con un porcentaje algo mayor entre los hombres; 69% de los cónyuges son profesionales universitarios, 2/3 de los cuales son profesionales de la salud.

Comentario

El número de médicos egresados de las Universidades chilenas es motivo de discusión; mientras algunos estudios plantean que el número de egresados es adecuado, otros postulan una plétora de profesionales que obligaría a reducirlo. Este trabajo plantea que el número de titulados sería adecuado para cubrir las necesidades del país, pero por una serie de factores entre los cuales destaca la mala distribución geográfica que ha existido y que se mantiene en este grupo, concentrándose en la Región Metropolitana, se ha generado una plétora aparente de profesionales.

Otras características destacadas son el aumento observado en la proporción de mujeres y la tendencia de los médicos a unirse preferentemente a sus pares o similares.

TABLA Nº 1

DISTRIBUCION DE MEDICOS EGRESADOS DE ESCUELAS DE MEDICINA CHILENAS AÑOS 1978 A 1982

Escuela	Años	1978	1979	1980	1981	1982	Tot.	%
Norte U. de Chile		145	186	189	208	208	936	29.8
Sur U. de Chile		76	57	55	44	40	272	8.7
Oriente U. de Chile		49	45	43	48	58	243	7.7
Occidente U. de Chile		37	48	62	44	64	255	8.1
U. Católica		50	47	64	61	63	285	9.1
U. Temuco		25	15	23	18	21	102	3.2
U. Valparaíso		58	52	50	33	43	236	7.5
U. Concepción		166	150	142	110	93	661	21.0
U. Austral		26	31	27	35	32	151	4.8
Total		632	631	655	601	622	3.141	100.0
Porcentaje		20.1	20.1	20.9	19.1	19.8	100	

TABLA Nº 2

ALGUNAS CARACTERISTICAS DEMOGRAFICAS DE MEDICOS PROMOCIONES 1978-1982

Variables	Categorías	Porcentaje
Sexo: n = 260	Masculino	61.2
	Femenino	38.8
Edad: n = 260	≤ 30	67.0
	31-35	28.4
	≥ 35	4.6
Estado Civil: n = 260	Casado	66.5
	Soltero	32.7
	Separado	0.8
Profesión del Cónyuge n = 179	Médico	27.4
	Otro Prof. Salud	20.1
	Otro Profesional	21.8
	Otra Act. Rentada	14.0
	Otros	18.4
Domicilio Actual n = 309	Reg. Metropolitana	49.2
	Provincias	48.5
	Extranjero	2.3

44. CARACTERISTICAS DE LOS MEDICOS EGRESADOS DE LAS UNIVERSIDADES CHILENAS. PARTE II: FORMACION DE POSTGRADO

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

La labor propia del médico hace necesaria la formación de post-grado, debido a la diversificación actual de la Medicina. Esta formación debe ser un proceso continuo desarrollado por organismos universitarios.

Así se establece un vínculo estrecho en el médico, más que en otras profesiones, entre el desempeño laboral y la necesidad de perfeccionamiento.

Esta investigación pretende contribuir a llenar el vacío de información respecto a las nuevas promociones de médicos, abarcando algunos aspectos de la formación de post-grado del grupo egresado entre los años 1978-82, desde su egreso de la Universidad hasta el momento actual.

Material y Método

Están descritos en la primera parte de este trabajo que se publica en este volumen.

Resultados

1. **Becas:** 37% de los médicos obtuvieron una beca. De éstas, 34% son autofinanciadas, 28% financiadas por el SNSS, 20% por las Universidades (Tabla 1). Al comparar las promociones, el grupo 79-82 obtuvo 30 a 35% de becas, la promoción 78 obtuvo 49%; al comparar el financiamiento por promociones, se observa una franca disminución proporcional de las becas financiadas por el SNSS, una constancia en la proporción financiada por las Universidades y un aumento proporcional de las becas autofinanciadas.

Las becas se imparten en el SNSS y las Universidades, en mayor proporción en el SNSS (Tabla 1).

En la Región Metropolitana se efectúa un 83% de las becas, las restantes se efectúan en 4 regiones: V, VIII, IX y X, en escasa proporción.

La mayor parte de las becas dura 3 años, salvo aquellas de especialidades anexas, cuya duración es predominantemente de 2 años.

87% de los médicos obtiene su beca en un período de hasta un año después de egresado.

La mayor parte de los médicos se especializa en Medicina Interna o especialidades derivadas, o en Pediatría-Cirugía Infantil o especialidades derivadas (Tabla 1).

Se observa un desplazamiento de las especialidades financiadas por el SNSS, de especialidades más básicas a especialidades anexas y de apoyo. La mayoría de las becas financiadas por las Universidades comprende las especialidades de Medicina Interna y Cirugía.

Al comparar los médicos que dedican la mayor parte de su tiempo a una especialidad, con la proporción de especialistas formados o en formación para esa especialidad, se observa que el 77% de los médicos se dedica a una especialidad determinada, de los cuales, aproximadamente la mitad lo hace sin haber efectuado especialización formal.

2. **Estadías de capacitación y/o perfeccionamiento (ECP):** 28% de los egresados han efectuado ECP, las que se agrupan mayoritariamente en las especialidades básicas.

45% son ad-honorem y autofinanciadas, y 40% financiadas por el SNSS. Al comparar las promociones, las ad-honorem y las financiadas por el SNSS van disminuyendo y las autofinanciadas van aumentando.

62% de las ECP se efectúan en la Región Metropolitana y 15% en la V Región. La mitad de las ECP se efectúan a jornada completa y 40% a media jornada.

3. **Estudios en el Extranjero:** 3,5% de los médicos han efectuado algún perfeccionamiento en el extranjero (11 médicos), de ellos 7 permanecen en el extranjero, 6 médicos se fueron a Europa y 3 a EE.UU.

6 médicos fueron financiados por instituciones diversas y 5 fueron ad-honorem o autofinanciados. 8 se perfeccionaron en especialidades básicas y el resto en otras especialidades.

TABLA Nº 1

**CARACTERISTICAS DE LA FORMACION DE POST-GRADO:
97 BECAS DE MEDICOS DE LAS PROMOCIONES 1978-1982**

Variables	Categorías	%
Financiamiento	Autofinanciadas	34
	SNSS	28
	Universidades	20
	Otros	18
Lugar	SNSS	57
	Universidades	41
	Extranjero	2
Región	Metropolitana	83
	Otras	17
Especialidad	Medicina Interna	29
	Pediatría	23
	Cirugía	11
	Obstetricia y Ginecología	5
	Psiquiatría	7
	Especialidades Anexas	8
	Especialidades de Apoyo	17

45. ESTUDIO COMPARATIVO DE LAS CALIFICACIONES DE LOS ESTUDIANTES DE MEDICINA CHILENOS, 1978-1980

Drs. Enrique Vicentini, Rodrigo Contreras y Héctor Ugalde
(Escuela de Salud Pública, Universidad de Chile)

La Nota de Título es el promedio de las calificaciones obtenidas a lo largo de la carrera por los estudiantes. A fin de profundizar en las causas de las diferencias en las Notas de Título, encontradas previamente, se analizaron las calificaciones obtenidas durante los estudios de Medicina para las promociones egresadas de las 9 Escuelas del país en los años 1978, 79 y 80.

Material y Método

De los 1960 estudiantes que comprendía el universo, se extrajo una muestra aleatoria estratificada según Escuelas y años (195 estudiantes). Se revisaron los Planes de Estudio, estableciéndose categorías mutuamente excluyentes de asignaturas afines. Se compararon los promedios de calificaciones por categorías y se determinaron las diferencias entre ellos (test de Student). Se determinó la importancia relativa (%) de cada categoría.

Resultados

Se distribuyeron las asignaturas en cinco grupos:

I: Conocimientos sobre el ser humano normal.

II: Conocimientos sobre agentes, huésped, ambiente, fundamentos preventivos y curativos.

III: Asignaturas clínicas.

IV: Internados.

V: Otras asignaturas (excluidas del análisis posterior).

El número de asignaturas por Escuela varía entre 35 y 53, cuya variabilidad, aun cuando es más bien aparente, podría contribuir a explicar las diferencias en las Notas de Título.

Se calcularon los promedios ($\bar{X}$) y desviaciones Standard (DS) (Tabla 1); al comparar los 4 grupos de asignaturas estudiados, la tendencia de los promedios es ascendente en todas las Escuelas. A medida que aumentan los valores de los promedios, la dispersión (DS) tiende a disminuir.

Al analizar las diferencias entre los promedios y las posiciones relativas de las Escuelas, aparecen distintos grupos de Escuelas, demostrándose que las que egresan médicos con mejores (o peores) Notas de Título, califican sistemáticamente mejor (o peor) a sus estudiantes a lo largo de la carrera.

Los cuatro grupos de asignaturas contribuyen en proporción variable a explicar las diferencias entre las Notas de Título, el de mayor importancia relativa es el III, y el de menor importancia es el IV.

Conclusiones

A pesar de las diferencias entre las asignaturas de una a otra Escuela, los Planes de estudio son esencialmente homologables.

El ascenso de los promedios de calificaciones a lo largo de la carrera posiblemente sea de causa multifactorial.

Las diferencias entre los promedios de calificaciones se pueden explicar por existencia de variabilidad en los criterios de calificación de los alumnos.

La complejidad de la problemática que plantea la formación (y evaluación) de profesionales médicos y su trascendencia para la sociedad, requeriría la creación de un organismo de coordinación interinstitucional, con autonomía y poder resolutivo, que pueda elaborar directrices en el campo de la educación médica.

TABLA Nº 1

**CARACTERISTICAS DE LA FORMACION DE POST-GRADO:
97 BECAS DE MEDICOS DE LAS PROMOCIONES 1978-1982**

Variables	Categorías	%
Financiamiento	Autofinanciadas	34
	SNSS	28
	Universidades	20
	Otros	18
Lugar	SNSS	57
	Universidades	41
	Extranjero	2
Región	Metropolitana	83
	Otras	17
Especialidad	Medicina Interna	29
	Pediatría	23
	Cirugía	11
	Obstetricia y Ginecología	5
	Psiquiatría	7
	Especialidades Anexas	8
	Especialidades de Apoyo	17

45. ESTUDIO COMPARATIVO DE LAS CALIFICACIONES DE LOS ESTUDIANTES DE MEDICINA CHILENOS, 1978-1980

Drs. Enrique Vicentini, Rodrigo Contreras y Héctor Ugalde
(Escuela de Salud Pública, Universidad de Chile)

La Nota de Título es el promedio de las calificaciones obtenidas a lo largo de la carrera por los estudiantes. A fin de profundizar en las causas de las diferencias en las Notas de Título, encontradas previamente, se analizaron las calificaciones obtenidas durante los estudios de Medicina para las promociones egresadas de las 9 Escuelas del país en los años 1978, 79 y 80.

Material y Método

De los 1960 estudiantes que comprendía el universo, se extrajo una muestra aleatoria estratificada según Escuelas y años (195 estudiantes). Se revisaron los Planes de Estudio, estableciéndose categorías mutuamente excluyentes de asignaturas afines. Se compararon los promedios de calificaciones por categorías y se determinaron las diferencias entre ellos (test de Student). Se determinó la importancia relativa (%) de cada categoría.

Resultados

Se distribuyeron las asignaturas en cinco grupos:

- I: Conocimientos sobre el ser humano normal.
- II: Conocimientos sobre agentes, huésped, ambiente, fundamentos preventivos y curativos.
- III: Asignaturas clínicas.
- IV: Internados.
- V: Otras asignaturas (excluidas del análisis posterior).

El número de asignaturas por Escuela varía entre 35 y 53, cuya variabilidad, aun cuando es más bien aparente, podría contribuir a explicar las diferencias en las Notas de Título.

Se calcularon los promedios ($\bar{X}$) y desviaciones Standard (DS) (Tabla 1); al comparar los 4 grupos de asignaturas estudiados, la tendencia de los promedios es ascendente en todas las Escuelas. A medida que aumentan los valores de los promedios, la dispersión (DS) tiende a disminuir.

Al analizar las diferencias entre los promedios y las posiciones relativas de las Escuelas, aparecen distintos grupos de Escuelas, demostrándose que las que egresan médicos con mejores (o peores) Notas de Título, califican sistemáticamente mejor (o peor) a sus estudiantes a lo largo de la carrera.

Los cuatro grupos de asignaturas contribuyen en proporción variable a explicar las diferencias entre las Notas de Título, el de mayor importancia relativa es el III, y el de menor importancia es el IV.

Conclusiones

A pesar de las diferencias entre las asignaturas de una a otra Escuela, los Planes de estudio son esencialmente homologables.

El ascenso de los promedios de calificaciones a lo largo de la carrera posiblemente sea de causa multifactorial.

Las diferencias entre los promedios de calificaciones se pueden explicar por existencia de variabilidad en los criterios de calificación de los alumnos.

La complejidad de la problemática que plantea la formación (y evaluación) de profesionales médicos y su trascendencia para la sociedad, requeriría la creación de un organismo de coordinación interinstitucional, con autonomía y poder resolutivo, que pueda elaborar directrices en el campo de la educación médica.

TABLA 1. DISTRIBUCION DE LOS PROMEDIOS Y DESVIACIONES ESTANDAR DE CALIFICACIONES POR GRUPOS Y ESCUELAS

GRUPOS DE ASIGNATURAS																
	I				II				III				IV			
Escuela	Nº Orden	$\bar{X}$	D.S.	n	Nº Orden	$\bar{X}$	D.S.	n	Nº Orden	$\bar{X}$	D.S.	n	Nº Orden	$\bar{X}$	D.S.	n
Católica	1	5.34	0.81	180	1	5.88	0.69	116	1	6.34	0.55	202	1	6.58	0.41	48
Oriente	2	5.29	0.93	167	3	5.69	0.59	115	2	6.02	0.60	240	2	6.48	0.35	60
Occidente	3	5.26	0.67	175	2	5.80	0.56	140	3	6.00	0.57	317	2	6.48	0.39	52
Sur	4	5.19	0.64	246	5	5.64	0.54	167	4	5.96	0.50	228	5	6.42	0.39	76
Austral	4	5.19	0.68	245	7	5.40	0.62	230	7	5.57	0.61	317	2	6.48	0.29	64
Norte	8	5.03	0.58	557	4	5.65	0.72	461	5	5.79	0.61	753	8	6.19	0.44	221
Valparaíso	7	5.05	0.69	239	8	5.38	0.67	271	6	5.58	0.59	336	7	6.32	0.49	64
Temuco	9	4.79	0.61	154	6	5.51	0.76	143	8	5.47	0.65	187	6	6.40	0.52	44
Concepción	6	5.10	0.79	538	9	5.24	0.72	505	9	5.42	0.58	600	9	5.84	0.62	160

I. Conocimientos sobre el ser humano normal

II. Medicina preventiva y social

III. Asignaturas clínicas

IV. Internados

46. ESTUDIO COMPARATIVO ENTRE NOTA DE TÍTULO Y ALGUNOS ASPECTOS DEL FUTURO PROFESIONAL DE LOS EGRESADOS DE MEDICINA, 1978-1980

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

En trabajos anteriores se demuestran diferencias significativas entre notas de título (NT) en las distintas escuelas de medicina del país. Se discute si es la NT o los antecedentes extracurriculares lo que determina las diferencias de puntaje final, y por lo tanto, las mayores o menores posibilidades de acceder a cargos o becas. Los autores creen que es la nota la de mayor importancia final, basados en el hecho de su alta ponderación para determinar el puntaje final. A fin de aclarar esta duda es que se efectuó este estudio, que pretende analizar cuál es el destino profesional de los egresados de medicina, en relación a sus respectivas notas de título.

Material y Método

De 1960 egresados que comprendía el universo, se obtuvo una muestra aleatoria estratificada según escuela y año (195 egresados), con una unidad de reemplazo seleccionada aleatoriamente para cada integrante de la muestra, utilizable en caso de domicilio no ubicable, ubicándose en total 99% de los domicilios. Se ubicó NT para cada sujeto de la muestra, basados en listados oficiales por escuela y registros de la Oficina de Títulos y Grados de la Universidad de Chile, notas que se agruparon en 7 categorías excluyentes. A cada integrante de la muestra se le envió una encuesta, obteniéndose un 87% de respuestas (166), cuya distribución es semejante al universo, tanto por escuela como por año.

Resultados

Al comparar NT con escuelas de procedencia, se mantienen las diferencias encontradas en un trabajo previo, formándose tres grupos, uno superior (U. Católica, Oriente y Occidente U. de Chile) con notas superiores a 5.84 en su mayor parte; uno intermedio (Sur U. de Chile, Valparaíso), y otro inferior (las demás escuelas) con notas menores a 5.85 en su mayor parte (Tabla 1).

Al relacionar NT con obtención y tipo de beca, se aprecia una clara diferencia entre los grupos de mayor nota con respecto a los de menor nota (Tabla 2), en aquellos con NT superior a 5.84, 60% obtuvo beca, lo que aumenta a 75% con nota superior a 6.04 y a 100% con nota superior a 6.24 (se considera 100%, porque el sujeto que no obtuvo beca en este grupo, no postuló a concurso y no ejerce la medicina); en cambio, los con NT menor a 5.65, sólo un 20% obtuvo beca.

Estas diferencias se acentúan al analizar tipo de beca; 70% de las Primarias están sobre 5.84, todas las de Retorno sobre 5.64, en cambio la mayoría de las Autofinanciadas están bajo 6.05 y la mitad bajo 5.85, y la mayoría de las Ad-honorem bajo 5.85. Las becas otorgadas por otras instituciones (Colegio Médico, FF.AA., Instituciones extranjeras, otras) están en su mayoría sobre 5.84.

En relación al financiamiento, la mayoría de las financiadas por las Universidades son sobre 6.24; las financiadas por el SNSS están entre 5.65-6.24, principalmente. Los escasos sujetos que obtuvieron becas con notas inferiores a 5.65, son en su mayoría autofinanciados, y el resto financiados ya sea por el SNSS o las FF.AA.

Con respecto a especialidad elegida al egreso, destacan Medicina Interna (MI), elegida principalmente por médicos con notas superiores a 5.64, y Pediatría y Cirugía especialmente en menores de 5.85; el resto de las especialidades se concentra entre 5.45-6.04. En relación a la especialidad ejercida, persiste la tendencia a concentrar MI las mayores notas, con 75% sobre 5.64 y de los con notas superiores a 6.24, la mitad ejerce en MI. El resto de las especialidades se concentra entre 5.45-6.04, y sólo los médicos generales se ubican en su mayoría bajo 5.65.

En relación a la correlación existente entre la especialidad elegida y ejercida, vemos que sobre 5.84, 70% ejercen lo que escogieron al egreso, en cambio bajo 5.65, sólo un 50%.

Con respecto a la institución del trabajo principal de los médicos, un 63% trabaja en el SNSS; llama la atención el hecho que a medida que disminuyen las notas, aumenta el porcentaje que trabaja en el SNSS (desde 50% con notas superiores a 6.04, hasta 70% con notas inferiores a 5.85).

De todos los médicos, 70% trabaja en hospital, porcentaje que aumenta a 80% con notas

superiores a 5.64 y a 90% con notas superiores a 6.24 y que disminuye a 66% con notas bajo 5.65, estando los restantes bajo 5.65 dedicados fundamentalmente a consultorio o trabajo privado.

La mayor parte de los médicos trabaja contratado (78%), independiente de la NT; un 10% son Autofinanciados-Ad honorem-PERH, en su mayoría con nota inferior a 5.65.

TABLA 1

DISTRIBUCION SEGUN ESCUELA Y NOTA DE TITULO DE EGRESADOS DE MEDICINA
AÑOS 1978-1980

Escuela Nota	U. Católica	Occidente U. Chile	Oriente U. Chile	Sur U. Chile	Valparaíso	Austral	Norte U. Chile	Concepción	Temuco	Total	%
< 5.25	-	-	-	-	-	-	2	9	1	12	7.2
5.25 - 5.44	-	-	1	2	2	3	4	7	2	21	12.7
5.45 - 5.64	-	2	1	4	2	-	13	7	1	30	18.1
5.65 - 5.84	-	2	1	3	4	4	15	7	1	37	22.3
5.85 - 6.04	4	4	5	4	2	1	9	5	-	34	20.5
6.05 - 6.24	5	1	4	2	2	1	4	2	-	21	12.7
> 6.24	6	2	-	1	1	-	-	1	-	11	6.6
Total	15	11	12	16	13	9	47	38	5	166	100.0
%	9.0	6.6	7.2	9.6	7.8	5.4	28.0	22.9	3.0	100	

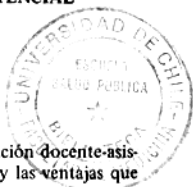
TABLA 2

**DISTRIBUCION SEGUN TIPO BECA Y NOTA DE TITULO DE EGRESADOS
DE MEDICINA AÑOS 1978–1980**

Nota \ Beca	Primaria	Retorno	Ad-Honorem	Autofinanciada	Otro	Total
< 5.25	1	–	–	–	–	1
5.25 - 5.44	2	–	–	3	–	5
5.45 - 5.64	1	–	1	3	2	7
5.65 - 5.84	4	5	1	3	–	13
5.85 - 6.04	4	2	1	6	3	16
6.05 - 6.24	5	2	–	4	2	13
> 6.24	9	–	–	1	–	10
Total	26	9	3	20	7	65

47. ROL DEL INTERNO EN LA INTEGRACION DOCENTE-ASISTENCIAL ANÁLISIS DE UNA EXPERIENCIA

Srs. Aníbal Salazar, Jorge Numair, Pablo Araya, Juan J. Velasco
Claudio Torres, Víctor Wildner y Dra. Ana M. Kaempffer
(Escuela de Salud Pública, Universidad de Chile)



El estudiante de medicina oye con cierta frecuencia el término integración docente-asistencial y con parecida frecuencia ignora en qué consiste dicha integración y las ventajas que puede significar que ella exista.

Durante el Internado de Pediatría y gracias al Proyecto de integración docente-asistencial patrocinado por la Fundación W.K. Kellogg en la División de Ciencias Médicas Norte, tuvimos la oportunidad de vivir una experiencia de integración docente-asistencial y de apreciar sus ventajas.

En efecto, como parte del internado de Pediatría realizamos una estada de 1 mes en los consultorios de Lampa y Batuco, dependientes de la Municipalidad de Lampa. Durante esa estada tuvimos acceso a diferentes experiencias, como fue la de realizar actividades conjuntas con internos en Enfermería y Obstetricia y hacernos responsables, bajo la supervisión del Director del Consultorio, de una parte importante de la atención pediátrica prestada. Ello resulta posible porque el mayor volumen de atención corresponde a patología muy frecuente, que tuvimos oportunidad de conocer en el período extra hospitalario del internado de pediatría. Ello se aprecia en la Tabla 1 donde se tabularon los principales diagnósticos en patología pediátrica atendida por los internos en el año 1984.

Por otro lado, la atención primaria pediátrica durante el internado nos permitió darnos cuenta del grado en que estamos capacitados para manejar esta patología infantil frecuente y pedir consejo o derivar aquellos problemas que sobrepasan nuestra capacidad de resolución. En ese sentido creemos que el beneficio del internado de Pediatría es adecuado. Contamos con la supervisión diaria del Director del Consultorio y la supervisión semanal de un docente de Pediatría.

Hasta aquí hemos examinado lo ventajoso que es para el proceso docente contar con un campo clínico tan atrayente y con la asesoría día a día del Director. Cabe ahora preguntarse: ¿representa algún beneficio para el consultorio la presencia de internos? Creemos que sí. Una proporción muy importante de las consultas pediátricas fueron dadas por internos en 1984, como se aprecia en la Tabla 2.

Las 12.837 consultas dadas por los internos en 1984 representan el 70% del total de consultas pediátricas. Ahora bien, si el valor del FAP es de 4,5 unidades arancelarias, es decir \$ 553,5 y si descontamos lo correspondiente a farmacia, salarios, uso de equipos, de infraestructura y gastos de depreciación, quedan \$ 100 por consulta, es decir, \$ 1.283.700 al año de aporte de los internos. Si aún más, rebajamos \$ 168.000 por concepto de arriendo, alimentación y aporte de la Fundación Kellogg para movilización de los internos, además de \$ 97.500 por el tiempo utilizado por la supervisión médica y docente, da un resultado final de \$ 1.018.200 como aporte valorizado de los internos.

Como conclusión final podemos decir que el período de internado rural entrega al interno la oportunidad, quizás la única en toda la carrera, de enfrentar al paciente pediátrico ambulatorio y permite completar una parte de la formación médica, la cual sólo puede obtenerse realizando una práctica supervisada en el medio. Nunca se podrá obtener un conocimiento cabal de la situación de salud sin realizar este tipo de atención. En lo cualitativo, el internado rural entrega una rica experiencia asistencial, humana y de acercamiento a la comunidad con visitas a terreno, integración al equipo de salud del Consultorio. Este último, por su parte, también gana desde el punto de vista docente y de actualización médica, a la vez que se ve obligado a dar la mejor atención posible, ya que nosotros, los internos, somos visitas que muy lejos de ser pasivas, somos críticas de la calidad de la atención en salud.

Del punto de vista cuantitativo, los internos hacen un aporte cercano a \$ 1.000.000 anuales a los Consultorios de Lampa y Batuco, por concepto de atención pediátrica.

TABLA Nº 1
PRINCIPALES DIAGNOSTICOS EN EL TOTAL DE PACIENTES ATENDIDOS POR INTERNOS
EN LAMPA Y BATUCO - 1984

	1º Trimestre	2º Trimestre	3º Trimestre	4º Trimestre	Total	%
Diarrea	329 203	159 142	198 57	388 243	1.074 645	9,6 8,9
Respirat.	859 421	1.239 867	1.051 673	1.096 1.037	4.245 2.998	37,9 41,5
Respirat.	24 8	575 362	892 443	787 399	2.278 1.212	20,3 16,8
Otras	970 536	875 566	708 467	1.038 797	3.581 2.366	32,0 32,8
Total	2.182 1.168	2.848 1.937	2.849 1.640	3.299 2.476	11.178 7.221	100,0
%	19,5 16,2	25,4 26,8	25,3 22,7	29,5 34,3	100	

TABLA Nº 2

**PROPORCION DE CONSULTAS PEDIATRICAS EFECTUADAS POR INTERNOS
EN 1984 – LAMPA Y BATUCO**

Meses	Total Consultas	Consultas Por Internos	%
E	814 423	558 352	68,5 83,2
F	625 326	524 303	83,8 92,9
M	743 419	475 196	63,9 46,7
A	780 460	590 244	75,6 53,0
M	787 702	499 520	63,4 74,0
J	1.281 775	752 544	58,7 70,1
J	783 506	683 374	87,2 73,9
A	1.087 671	743 417	68,3 62,1
S	979 463	622 358	63,5 77,3
O	1.107 996	850 662	76,7 66,4
N	1.108 934	755 766	68,1 82,0
D	1.084 546	693 357	63,9 65,3
Total	11.178 7.221	7.744 5.093	69,2 70,5

48. ANALISIS DE LOS EGRESOS HOSPITALARIOS POR ABORTO, HOSPITAL SOTERO DEL RIO

Drs. Luis Espinoza y Hugo Muñoz
(Escuela de Salud Pública, Universidad de Chile)

El aborto como problema de salud, desde un punto de vista clínico y epidemiológico, ha sido motivo de preocupación, en especial en estas últimas décadas. El gran número de abortos existente en nuestro país, cuya magnitud real ha sido siempre una de las interrogantes principales del problema, ha llevado a retomar éste con el propósito de revisar algunos factores epidemiológicos.

Material y Método

Se realizó una encuesta dirigida, a 1.480 mujeres egresadas de la Maternidad del Hospital Dr. Sótero del Río durante el año 1983, con el diagnóstico de Aborto.

Resultados

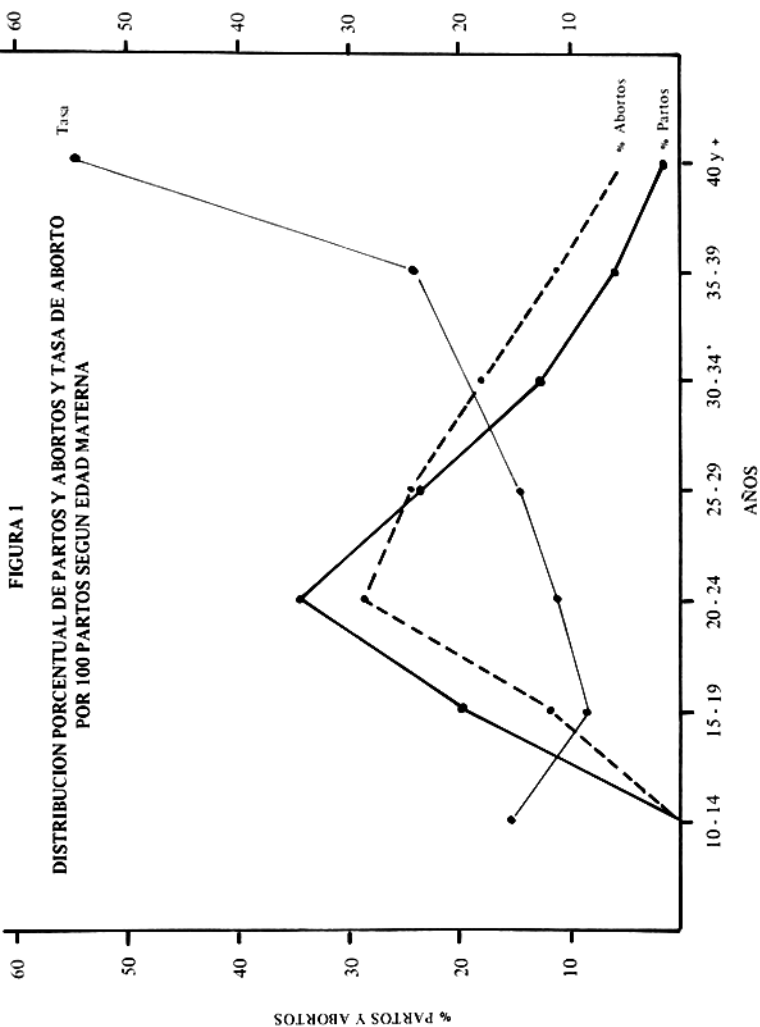
La tasa de aborto fue de 15,8 por cada 100 partos. La mortalidad materna por aborto fue 1,9 por cada 10.000 nacidos vivos. El nivel socioeconómico de la población atendida por este servicio es mayoritariamente bajo.

La edad es una variable que afecta la incidencia de aborto, observándose un aumento progresivo a mayor edad materna (Figura 1). Existe un claro aumento del número de abortos en las mujeres con 2 o más hijos, siendo en las mujeres con 4 y más, 3 veces más la incidencia de aborto. El número de abortos es significativamente mayor en las madres casadas que, junto a las convivientes, representan el 75% de la muestra. El 35,1% de las madres reconocen haber tenido un aborto anterior; de este grupo un 40% confiesa que se trata de un aborto provocado. Un 60% de las madres confirmó el uso de algún método de planificación familiar durante su vida reproductiva; pero en el momento del actual embarazo sólo un 40% eran usuarias activas de algún método (Tabla 1).

Del total de la muestra, un 39% (530) fueron clasificados como aborto séptico; pero sólo el 27% (396) reconocieron haberse realizado maniobras abortivas. De los métodos empleados para inducir el aborto, el 61% de las mujeres usó la sonda como método inductivo; en segundo lugar, el lavado uterino, y luego el tallo vegetal.

TABLA Nº 1
PLANIFICACION FAMILIAR

M. A. C.	Uso en el momento del embarazo actual		Uso durante su vida reproductiva	
	Nº	%	Nº	%
No usada	890	60,9	594	40,1
D.I.U.	385	26,0	607	41,0
Anovulatorios	94	6,4	186	12,6
Injectables	27	1,8	46	3,1
Otros	44	3,0	47	3,2
N.C.	40	2,7	—	—
Total	1.480	100,0	1.480	100,0



49. DIABETES GESTACIONAL

Drs. Juan de Dios Jeria, Germán Ilabaca, Hugo Hidalgo, Brenda Luarte y Jacques Massoc
(Hospital Higuera, Talcahuano)

Por tratarse de una entidad clínica que causa gran morbilidad, la diabetes gestacional debe ser diagnosticada y manejada adecuadamente. Su detección, sin embargo, no siempre es fácil. En la actualidad, gracias a la determinación de la glicemia postprandial como método de tamizaje, se ha detectado un importante número de casos no diagnosticados con los métodos tradicionales.

Entre el 1º de Enero de 1984 y el 30 de Marzo de 1985, se analizaron todos los casos de diabetes gestacional diagnosticados en el Servicio de Obstetricia del Hospital Higuera de Talcahuano, encontrándose 21 casos de un total de 4.899 partos para el mismo período (0,43%); de éstos, 9 pacientes eran primigestas (42,85%), 1 menor de 16 años (4,76%), 6 (28,58%) mayor de 30 años y 9 casos con antecedentes de diabetes previa (42,85%).

El motivo de derivación al Policlínico de especialidad (A.R.O.) fue: en 19 casos (90,48%) por Glicemia postprandial elevada; 1 caso (4,76%) por antecedente por diabetes gestacional previo, 1 caso (4,76%) por test de tolerancia a la glucosa (TTG) alterado. De todos los ingresos al Servicio de A.R.O., 6 (28,57%) ocurrieron al final del segundo trimestre y los 15 casos restantes (71,4%) lo hicieron en el tercer trimestre. El total de días-cama fue de 210, con un promedio de 10 días por paciente. La vigilancia anteparto se realizó mediante métodos corrientes (monitorización fetal, amnioscopia, amniocentesis y estudio ecográfico). De estos casos, 14 (66,67%) sólo necesitó como tratamiento un régimen adecuado y los 7 restantes (33,33%) se trataron con régimen e insulina.

En cuanto a la forma de terminación del embarazo, en 18 de los casos (85,71%) fue vía vaginal; en sólo 3 (14,28%) se requirió de cesárea.

Al analizar la edad gestacional, se encontró que de los recién nacidos, 20 (95%) fueron de término y 1 (4,8%) de pretérmino, no consignándose recién nacidos de post-término.

Con respecto a las condiciones del índice de Apgar se pudo observar que el 100% de los casos fue superior a 7.

De las multiparas (12 casos), 2 pacientes (16,6%) tenían antecedente de mortinato; no hubo recién nacidos malformados ni de bajo peso; el 76,1% (16 casos) pesó entre 3.500 y 4.000 g.

De nuestro trabajo, concluimos que la determinación de la glicemia postprandial como test de tamizaje permite hacer el diagnóstico de diabetes gestacional en un importante número de casos; que la población de riesgo debe ser separada aplicándose el T.T.G., que con un manejo adecuado de acuerdo a las normas del Servicio de Salud respecto a las patologías de alto riesgo, se obtiene un excelente éxito en cuanto a perinatología se refiere.

TABLA Nº 1

**DIABETES GESTACIONAL: CAUSA DE DERIVACION A POLICLINICO
DE ALTO RIESGO OBSTETRICO. SERVICIO DE OBSTETRICIA
HOSPITAL HIGUERAS DE TALCAHUANO - 1983 - 1984**

Casos Motivo de Derivación A.R.O.	Diabetes Gestacional	
	Nº	%
Glicemia Post- Prandial Alterado	19	90,48
Antecedentes de Diabetes Gestacional	1	4,76
T.T.G. Alterado	1	4,76
Total	21	100,00

TABLA Nº 2

**DIABETES GESTACIONAL SEGUN FORMA DE TERMINO DE EMBARAZO.
SERVICIO DE OBSTETRICIA. HOSPITAL 'HIGUERAS'. TALCAHUANO
1983 – 1984**

Diabetes Gestacional Forma Término Embarazo	Nº	%
Vía vaginal	18	85,71
Cesárea	3	14,28
Total	21	100,00

50. ANALISIS DEL PARTO DOMICILIARIO EN LA PROVINCIA DE ARAUCO 1984

Dr. Eduardo Flores, Enf. María Soledad Sáez, Matr. Angela Zúñiga y Enf. Nilda Campos
(Hospital de Cañete)

La necesidad de extender la cobertura de atención profesional del parto, especialmente a la población rural, ha sido una de las estrategias del trabajo de salud rural en la provincia de Arauco que es una de las que presenta mayor deterioro de los indicadores biomédicos del país.

Esta provincia está incluida dentro del plan específico de salud rural iniciado por el Ministerio de Salud en el año 1981. Se encuentra ubicada en la Octava Región y cuenta con una población de 134.171 habitantes, distribuidos en siete comunas con un porcentaje de ruralidad de 33,2%. Tiene condiciones de aislamiento relativo, extrema pobreza, escasa infraestructura de comunicaciones.

Desde el inicio del PLESAR se han utilizado estrategias que nos permiten extender la cobertura de atención profesional. A través de esta investigación se ha pretendido evaluar este indicador y al mismo tiempo conocer algunos factores que están incidiendo en la persistencia de partos domiciliarios.

Para tal efecto se han sometido a auditoría todos los partos domiciliarios ocurridos en la provincia en el año 1984, analizando los factores condicionantes como ruralidad, escolaridad, edad, estado civil, cobertura de control, condición del recién nacido al momento del parto y otras causas. Se realizó un estudio comparativo con los partos con atención profesional.

Para ello se hizo revisión del libro de parto, fichas maternas, fichas clínicas y revisión de inscripción de nacimiento en Registro Civil de las siete comunas de la provincia.

En el año 1984 hubo 3.143 partos en la provincia de Arauco, de los cuales 250 fueron sin atención profesional y 2.893 con atención profesional.

El análisis de los datos, demostró que en los cuatro años del PLESAR se ha cumplido el objetivo planteado respecto al aumento de cobertura de atención profesional del parto, un 92%, en relación al año 1980 que era de un 74,1%.

Se observó que influyen negativamente en la atención profesional del parto los factores de ruralidad, escolaridad y gran multiparidad. Por otro lado el estado civil y edad no tienen mayor incidencia en la falta de atención profesional del parto.

Con respecto al estado del recién nacido en el parto, se concluyó que de los nacimientos sin atención profesional un 3,2% son mortinatos, y de los con atención profesional, sólo fallece el 1%.

Distribución del número de partos con y sin atención profesional nivel urbano y rural Provincia de Arauco 1984

Atención profesional del parto	Urbano		Rural		Se ignora		Total	
	No Casos	%	No Casos	%	No Casos	%	No Casos	%
Con	1.661	57,4	1.232	42,6	-	-	2.893	100
Sin	36	14,4	200	80,0	14	5,6	250	100
	1.697	54	1.432	45,6	14	0,4	3.143	100

Distribución de partos con y sin atención profesional según nivel de escolaridad de las madres.
Provincia de Arauco – Año 1984

Atención profesional del parto	Analfabetas		1º – 4º Básico		5º – 8º Básico		Enseñanza Media		Se Ignora		Total	
	No Casos	%	No Casos	%	No Casos	%	No Casos	%	No Casos	%	No Casos	%
Con	220	7,6	741	25,6	1.098	38	683	23,6	151	5,2	2.893	100
Sin	60	24	84	33,6	74	29,6	10	4,0	22	8,8	250	100
Total	280	8,9	825	26,2	1.172	37,3	693	22,1	173	5,5	3.143	100

TABLA Nº 1

**EVOLUCION DE LA ATENCION PROFESIONAL DEL PARTO, CHILE
VIII REGION, SERVICIO DE SALUD BIO-BIO AÑOS 1981-1984**

	1981 %	1982 %	1983 %	1984 %	Variación Porcentual 1981 - 1984
Chile	92,2	94,2	95,3	96,9	+ 5,0
VIII Región	86,1	90,3	93,0	94,6	+ 9,9
Servicio de Salud Bío-Bío	78,1	85,9	90,5	94,1	+ 20,5

51. CUATRO AÑOS DE EVOLUCION DE LA ATENCION PROFESIONAL DEL PARTO EN EL SERVICIO DE SALUD BIO-BIO 1981 - 1984

Dr. Rafael Vera y Matr. Ana López
(Servicio de Salud Bio-Bio)

Desde el año 1981 el Servicio de Salud Bio-Bio, ha dado especial énfasis al incremento de la atención profesional del parto, propósito que se ha logrado, y que se refleja con claridad en los cuatro años analizados.

Debemos destacar que la Provincia de Bio-Bio tiene una superficie de más de 15.000 Km², con poblaciones dispersas y alto porcentaje de ruralidad, que en el sector precordillerano es inaccesible en los meses de Invierno.

En 1984, el 94,1% de los recién nacidos, tuvieron atención profesional del parto, para lo cual hubo de aumentarse la cobertura captando precozmente a la gestante, ofrecer los controles adecuados, entregar actividades educativas entre otras estrategias, y podemos mostrar una tendencia de aumento mayor sostenida desde el año 1981 en adelante. Esta situación tiene una repercusión inmediata en la disminución de indicadores de daño de salud, como son los descensos de las tasas de mortalidad materna. Fácil es suponer que también se ha observado una menor morbilidad y secuelas posteriores en los RN, esto último se expresa sólo a manera de comentario y es ajeno al marco del presente trabajo.

Objetivos Específicos

- 1) Comparar la evolución de la Atención Profesional del Parto del Servicio de Salud Bio-Bio, en relación a los promedios de la VIII Región y de Chile (Información Minsal).
- 2) Comparación y evolución de la Atención Profesional del Parto en cada uno de los Establecimientos Hospitalarios del Servicio de Salud de Bio-Bio (Información local).

Material y Método

Se presenta el estudio de todo el universo de los partos con y sin atención profesional entre los años 1981-1984. La información procesada fue extraída de: 1) Anuarios del Ministerio de Salud. 2) De los Registros de los Partos de las Maternidades. 3) De las Oficinas del Registro Civil de la provincia de Bio-Bio, y de las diferentes circunscripciones de la provincia, a través de las cuales se obtuvo la nómina de las pacientes que efectivamente registraron partos sin atención profesional en los años 1981 a 1984, descartando aquellos casos inscritos fuera de plazo. 4) De las auditorías de partos sin atención profesional, utilizada desde 1983, permitiendo analizar las problemáticas en forma exhaustiva e identificar las áreas problemas.

Conclusiones

Los resultados expresados en cifras hablan con exactitud acerca de los logros obtenidos en la Atención Profesional del Parto del Servicio de Salud Bio-Bio. Restaría exponer sucintamente las estrategias utilizadas al respecto:

- 1) Recolección, tabulación y manejo adecuado de la información por todos los niveles de atención del Servicio de Salud Bio-Bio.
- 2) Confección y análisis de auditorías de los partos domiciliarios por el respectivo Equipo de Salud Rural (actividad de la cual el Servicio de Salud Bio-Bio ha sido pionero en Chile).
- 3) Capacitación constante y periódica del Equipo de Salud, optimizando la atención de la gestante, con especial énfasis de apoyo y supervisión para la Auxiliar de Posta Rural, sobre todo en lo referente a captación, controles y criterios de derivación.
- 4) Creación de Hogares de Embarazadas anexos a todos los establecimientos hospitalarios, el 100% de ellos administrados por diversas instituciones de Voluntariado, de acuerdo a convenios y reglamentos aceptados bipartitamente. A la fecha hay 7 hogares de este tipo, con una capacidad de 78 camas.
- 5) Coordinación con los Grupos Organizados de la Comunidad incentivando la referencia oportuna y el ingreso de embarazadas a los hogares.

TABLE Nº 2

	1981			1982			1983			1984		
	Total	Con atención	%	Total	Con atención	%	Total	Con atención	%	Total	Con atención	%
Los Angeles	3.730	3.471	93,1	3.912	3.674	93,9	3.534	3.346	94,7	3.554	3.448	97,0
Mulchén	754	666	88,3	753	687	91,2	650	595	91,5	629	606	96,3
Nacimiento	674	557	82,6	609	523	85,9	623	567	91,0	541	525	97,0
Laja	636	577	90,7	607	564	92,9	525	501	95,4	493	477	96,8
Yumbel	827	622	75,2	760	665	87,5	719	652	90,7	553	502	90,8
Sta. Bárbara	459	219	47,7	462	261	56,5	444	305	68,7	398	337	84,7
Huepil	294	284	96,6	255	247	96,9	235	230	97,9	238	230	96,6

S. Salud de Bio-Bio	C/At.Prof.	7.374	6.396	86,7	7.352	6.621	90,0	6.730	6.196	92,1	6.406	6.125	95,6
	S/At.Prof.			13,3			10,0			7,9			4,4

52. ANALISIS CLINICO EPIDEMIOLOGICO DE LA INFECCION PUERPERAL 1978 - 1984

Drs. Juan de Dios Jeria, Germán Ilabaca, Hugo Hidalgo y Gustavo Díaz
(Hospital Higuera, Talcahuano)

Con el fin de conocer la real incidencia de la infección puerperal en nuestro medio y conocer el efecto de ésta sobre la morbi-mortalidad materna, se analizaron 32.003 egresos, entre el 1º de Enero de 1978 y el 31 de Marzo de 1984. De ellos, 28.178 fueron post parto y 3.825 fueron post aborto. En los primeros se encontraron 1.040 casos de infección puerperal (3,7%) y en los segundos, 1.777 demostraron infección puerperal (30,8%). En consecuencia, el total de infecciones puerperales fue de 2.217 casos, de los cuales 2.021 (91,1%) correspondieron a formas clínicas leves, y 196 (8,9%) a formas graves.

Al analizar cada grupo por separado, observamos que del total de infecciones puerperales post parto (1.040), 969 casos (93,1%) corresponden a formas leves (infección de perineorrafia, endometritis simple, infección de la herida operatoria) y 71 casos (6,9%) a formas graves (peritonitis difusa, parametritis, metritis). En el grupo post aborto (1.777 casos) se encontraron formas leves de presentación en 1.052 (89,4%), siendo representados por aborto séptico no complicado como causa más frecuente y 125 formas graves (10,6%) representados principalmente por metritis, séptico toxemia por Perfringes, pelviperitonitis y peritonitis difusa. En total, los casos graves fueron 196, con una mortalidad materna de 25 casos (12,7%); de ellos 6 fueron post parto (24%) y los 19 restantes, post aborto (78%).

Durante los años analizados se observó un franco descenso de la mortalidad materna post parto, no pudiendo afirmarse lo mismo con respecto a la mortalidad post aborto, que se ha mantenido prácticamente invariable.

Nuestro trabajo permite concluir que se trata de una entidad clínica de gran importancia epidemiológica y obstétrica debido a su alta morbi-mortalidad materna; que las infecciones puerperales post aborto siguen siendo las de mayor incidencia; que los casos predominantes en ambos grupos están catalogados como formas clínicas leves; que la mortalidad materna se presentó sólo en casos graves y preferentemente en los casos post aborto; que se aprecia una disminución progresiva de la morbi-mortalidad materna en el grupo post parto, hecho atribuible al buen manejo obstétrico y a la aplicación oportuna de las normas establecidas para el manejo de esta patología, lo que no ocurre para el grupo post aborto ya que se trata de pacientes que, en general, no están bajo control médico.

TABLA Nº 1

**TOTAL DE EGRESOS SEGUN CONDICION AL ALTA. UNIDAD DE AISLAMIENTO
SERVICIO DE OBSTETRICIA. HOSPITAL HIGUERAS, TALCAHUANO. 1978-1984**

Egresos Forma Terminación	Sin infección Puerperal		Con infección Puerperal		T o t a l	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Parto	27.138	96,3	1.040	3,7	28.178	100
Aborto	2.648	69,2	1.177	30,8	3.825	100
Total	29.786	93,0	2.217	7,0	32.003	100

TABLA Nº 2

**INFECCION PUERPERAL SEGUN FORMA DE TERMINO DE EMBARAZO
UNIDAD DE AISLAMIENTO. SERVICIO DE OBSTETRICIA.
HOSPITAL HIGUERA, TALCAHUANO. 1978-1984**

	Infección Puerperal	
	Nº	%
Parto	1.040	46,9
Aborto	1.177	53,1
Total	2.217	100,0

53. EVALUACION DEL PROGRAMA MATERNAL EN EL CONSULTORIO DE LA EMBARAZADA ADOLESCENTE DE VALPARAISO DURANTE EL AÑO 1984

Dr. Francisco Herbert, Psicol. Ana Cáceres, Dr. Saúl Horta, Matr. Ivonne Manríquez
y As. Soc. Ana Rojas
(Consultorio de Adolescentes, Valparaíso)

El Consultorio de la Adolescente Embarazada de Valparaíso, inicia sus actividades en Mayo de 1981, merced a un convenio entre el Servicio de Salud Valparaíso-San Antonio, el Departamento de Obstetricia y Ginecología de la Universidad de Valparaíso y la Asociación Chilena de Protección de la Familia APROFA.

El objetivo de este Consultorio es prestar atención multidisciplinaria que comprenda la esfera reproductiva, de paternidad responsable y ginecológica fundamentalmente.

La atención es efectuada por un Médico Obstetra, una Matrona, una Asistente Social y una Psicóloga; los cuales son asistidos por una Secretaria, una Auxiliar Paramédico y un Auxiliar.

Su funcionamiento se rige básicamente por las normas Ministeriales adaptadas según las especiales características de los adolescentes.

Resultados

1) La población atendida durante 1984, suma 2.059 pacientes, de los cuales 377 son pacientes ingresadas a puerperio posterior a la resolución de su embarazo, tal como se puede observar en el cuadro 1.

CUADRO 1

CONSULTORIO DE ADOLESCENTES VALPARAISO POBLACION ATENDIDA AÑO 1984

Prenatal	632
Puerperas	377
Paternidad responsable	844
Ginecología	192
Otros	14
Total	2.059

De estas pacientes, 238 se ubican entre los 15 y 18 años de edad (63,1%).

2) En cuanto a la distribución de actividades integradas de Médico y Matrona, las que se detallan en el cuadro 2, podemos observar que las que comprenden el rubro prenatal y paternidad responsable son las más, llegando a significar el 88% de todos los controles y el 75% de todas las consultas efectuadas en el año 1984.

CUADRO 2

CONSULTORIO DE ADOLESCENTES VALPARAISO ACTIVIDADES MEDICO-MATRONA AÑO 1984

Actividad	Controles	Consulta
Prenatal	1.580	526
Puérpera	258	165
Paternidad responsable	1.475	1.319
Ginecología	160	414
Otros		28
Total	3.473	2.452

3) En cuanto a la resolución del parto en 377 ingresos a puerperio analizados, pudimos observar que éste fue normal en el 58,5% de los casos; el resto se desglosó en 28,5% de cesáreas y 13% de forceps. Cabe destacar que de las cesarizadas el 89,6% de los casos tenían entre 16 y 19 años de edad y que sólo un 10,4% de ellas eran de 15 ó menos años.

De estos 377 partos, 314 (83,3%) fueron consignados de término, 59 (15,7%) de pretérmino y 4 (1%) fueron consignados como aborto.

Se analizan el peso del producto en 184 casos, consignándose que 158 (85,9%) pesaron más de 2.500 g. y sólo 15 (8,1%) pesaron más de 3.900 g. Con peso menor de 2.500 g. se encontraron en este grupo 11 casos (6%).

El análisis del Apgar al nacer, de 270 recién nacidos de estos 377 partos, nos muestra que el 85% de ellos tuvo Apgar mayor de 6 y menos o igual de 6, en 6 casos (2,2%).

54. ESTUDIO COLABORATIVO DE PESO DE NACIMIENTO

Dr. Nelson Vargas, Sta. Edith Thomas y Drs. Claudio Méndez, Carmen Díaz, Sergio Vargas, Patricio Dazzarola, Washington Melo, Nathan Pulido, Gerardo Flores y Julio Montt.

(Departamento de Salud Pública, División Occidente, Facultad de Medicina, Universidad de Chile).

Del registro de partos de 9 maternidades del Sistema Nacional de Servicios de Salud de Chile, se reunió información de los 32.736 partos ocurridos en ellas, entre Marzo de 1984 y Febrero de 1985, con los siguientes objetivos: 1) Establecer el peso de nacimiento (PN) promedio y el tipo de parto de los nacidos vivos (NV), por sexo, según ciudad y mes. 2) Establecer la incidencia de los distintos grupos de PN, en especial de PN bajo (PNB), de acuerdo a dos definiciones: PN inferior a 2.501 g, e inferior a 2.500 g.

Se presenta información de 32.670 NV (alrededor del 12% del país), excluyendo 66 niños por registro incompleto de datos o sexo indefinido.

Las maternidades participantes, y sus respectivos porcentajes en el total de nacidos vivos, son las siguientes: Arica 9,2; Antofagasta 10,8; Coquimbo 6,6; Valparaíso (H. Deformes) 16,4; Santiago (H. San Juan de Dios) 21,4; Chillán 11,9; Temuco 15,0; Coyhaique 3,7 y Punta Arenas 5,0.

La información fue recolectada localmente por pediatras, y remitida a Santiago para su consolidación y análisis.

Resultados

El 66% fueron partos normales; el 27,1% cesáreas; el 5,8% fórceps y el 1,1% de otros tipos. Las ciudades con mayor incidencia de cesárea fueron: Valparaíso (34,9%); Antofagasta (33,9%) y Punta Arenas (33,8%), mientras que la menor incidencia se observó en Coquimbo (18,0%) y Arica (19,5%).

La frecuencia mayor de fórceps se vio en Valparaíso (9,6%) y Coyhaique (9,3%), y la menor incidencia en Chillán (0,8%) y Arica (2,2%).

Las ciudades con porcentaje mayor de parto normal fueron Coquimbo y Arica con 78,8 y 77,8 respectivamente. A la inversa, el parto normal fue menos frecuente en Valparaíso (54,0%) y Punta Arenas (56,8%).

El PN promedio fue de 3.228,7 g (DE = 556,7 g). Los hombres pesaron, en promedio, 106,7 g más que las mujeres ($p = 0,001$).

Para ambos sexos, en conjunto, el mayor PN se observó en Arica, seguido de Punta Arenas. El menor peso correspondió a Coyhaique y Chillán. La diferencia entre Arica y Coyhaique fue de 225 g ($p = 0,001$). En los hombres, el peso máximo se observó en Punta Arenas, seguido de Arica. El menor se vio en Chillán y Coyhaique. La diferencia entre Punta Arenas y Chillán fue 246,1 g. En las mujeres, el peso mayor correspondió a Arica y Punta Arenas. El menor a Chillán y Coyhaique. La diferencia entre Arica y Chillán o Coyhaique fue 214,9 g.

El estudio de la variación mensual mostró mayores pesos en Marzo, Septiembre y Febrero (3.256; 3.252 y 3.251 g), presentándose los más bajos en Julio, Agosto y Junio (3.208; 3.210 y 3.213 g) ($p = 0,01$).

La incidencia de peso bajo 2.501 g alcanzó a 7,9% (8,5% en mujeres y 7,3% en hombres). La incidencia de peso inferior a 2.500 g (definición OMS de PNB), alcanzó a 7,5% (8,0% en mujeres y 6,9% en hombres; $p = 0,0002$). La incidencia mayor de PNB (definición OMS), se vio en Febrero (8,2%) y Mayo (8,0%). Las ciudades con incidencia más alta fueron Coyhaique (10,5%) y Chillán (8,9%).

La incidencia de PN inferior a 1.500 g alcanzó a 1,3% (1,2% en mujeres y 1,3% en hombres, no significativo). La mayor incidencia se registró en Marzo (1,7%). Las ciudades con mayor frecuencia fueron Antofagasta (1,6%) y Arica (1,5%).

Los pesos iguales y superiores a 4.000 g alcanzaron a 6,6% (8,5% en hombres y 4,8% en mujeres; $p = 0,0002$), con un máximo en Febrero (7,7%). Las ciudades con frecuencia más alta fueron Arica (12,0%) y Punta Arenas (8,6%).

No hubo relación entre porcentaje de cesáreas e incidencia de PNB, PNA ni PN promedio.

Este estudio se realizó gracias al financiamiento concedido por OPS a través de las Oficinas de Asuntos Internacionales del Ministerio de Salud de Chile.

TABLA Nº 1

PESO DE NACIMIENTO POR SEXO. 32.670 NACIDOS VIVOS DE 9 MATERNIDADES ESTATALES. CHILE, MARZO 1984- FEBRERO 1985

Peso (Grs.)	Sexo				Total	
	Mujeres		Hombres			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
— 1.500	200	1,2	212	1,3	412	1,3
1.500 - 1.999	251	1,6	229	1,4	480	1,5
2.000 - 2.499	841	5,2	706	4,3	1.547	4,7
2.500 - 2.999	3.529	21,9	2.738	16,5	6.267	19,2
3.000 - 3.499	6.937	43,1	6.547	39,5	13.484	41,3
3.500 - 3.999	3.577	22,2	4.725	28,5	8.302	25,4
4.000 y más	770	4,8	1.408	8,5	2.178	6,6
Total	16.105	100,0	16.565	100,0	32.670	100,0

TABLA Nº 2

PESO DE NACIMIENTO PROMEDIO (g) Y D.E. (g) POR CIUDAD Y SEXO

Ciudad	Mujeres		Hombres		Total	
	P.N. $\bar{X}$.	D.E.	P.N. $\bar{X}$.	D.E.	P.N. $\bar{X}$.	D.E.
Arica	3.311,9	538,1	3.405,2	602,8	3.358,9	573,5
Antofagasta	3.121,9	568,8	3.246,9	577,5	3.185,0	576,6
Coquimbo	3.201,6	525,4	3.346,8	528,0	3.275,1	531,6
Valparaíso	3.170,8	519,4	3.274,3	556,7	3.223,0	540,9
Santiago	3.172,3	526,4	3.275,8	547,0	3.225,8	539,6
Chillán	3.096,0	540,8	3.170,8	553,0	3.134,0	545,1
Temuco	3.172,0	566,9	3.285,8	588,2	3.228,9	580,4
Coyhaique	3.097,9	523,2	3.171,0	584,8	3.133,9	555,3
Punta Arenas	3.272,2	518,9	3.417,1	511,6	3.345,9	520,2
Total	3.174,6	541,7	3.281,3	565,9	3.228,7	556,7

55. EL PESO AL NACER: FACTOR CONTRIBUYENTE AL CRECIMIENTO FÍSICO Y LA MORBILIDAD DEL PRIMER AÑO DE VIDA

Drs. Patricia Bondi, Francisco Olivari, Haydée Sepúlveda, Prof. Ilse López y Dr. Juan Pablo Vignau
(Consultorio La Pincoya, Escuela de Salud Pública de la Universidad de Chile
y Programa Kellogg Santiago Norte)

El bajo peso y el peso insuficiente al nacer, tanto en los niños de pretérmino como en aquellos con retardo de crecimiento, constituyen un riesgo biológico conocido, que junto a condiciones ambientales adversas, asociadas a la pobreza, son probablemente factores que aumentan el riesgo de que estos niños presenten un crecimiento físico insatisfactorio. No están bien definidos los patrones de crecimiento del niño de bajo peso de nacimiento (NBP), ni menos aún el de los niños de peso insuficiente al nacer (NPIN). No está claro si los efectos del crecimiento lento antes del nacimiento se sufrían por completo en el período postnatal.

Algunos niños parecen no mostrar diferencias en su crecimiento con los niños de peso normal al nacer (NPNN), mientras que otros continúan pequeños y experimentan gran variedad de problemas en su desarrollo. Las diferencias pueden tener origen en factores heredados, calidad del medio ambiente o la magnitud y duración del retardo del crecimiento fetal.

Con el propósito de determinar la asociación del peso al nacer con características maternas, perinatales, duración de lactancia materna exclusiva, morbilidad y crecimiento durante el primer año de la vida en niños controlados en un consultorio, se diseñó un estudio cuyos objetivos pretenden comparar los niños con peso bajo al nacer (NBP), peso insuficiente (NPIN) y peso normal (NPNN) en cuanto a edad, escolaridad, paridad y estado civil de las madres; tipo de parto, edad gestacional y Apgar de los recién nacidos; duración de la lactancia materna exclusiva; incidencia de morbilidad e incremento mensual de peso y talla.

El estudio se realizó en el Consultorio La Pincoya perteneciente al Servicio de Salud Metropolitano Norte. Este atiende una población aproximada de 70 mil habitantes, en un 90% beneficiaria del Sistema Nacional de Servicios de Salud. Anualmente se inscriben alrededor de 1.300 recién nacidos. En 1980, el 4,7% de estos niños presentó bajo peso de nacimiento (< 2.500 g) y 19,1% peso insuficiente (2.500 - 2.990 g). Se decidió estudiar todos los recién nacidos inscritos en 1980 y 1981 con peso inferior a 2.500 g y tomar una muestra aleatoria de los NPIN (2.500 - 2.990) y NPNN (3.000 - 3.490) de los mismos años.

Se contó con 123 NBP, los que subdividieron en 89 adecuados para la edad gestacional (AEG) y 34 pequeños para edad gestacional (PRG). Se seleccionaron 51 NPIN y 53 NPNN. Los datos se extrajeron desde la historia clínica.

Resultados

Tanto la edad como la escolaridad y el estado civil de la madre no determinan, en este grupo de niños, diferencias en el peso de nacimiento. Sólo en las madres de 35 años y más, había una mayor incidencia de niños de bajo peso y peso insuficiente que en las más jóvenes. Aún cuando las diferencias, según el orden de nacimiento, no son estadísticamente significativas, se observó mayor frecuencia de niños con bajo peso a menor número de orden.

Resultó significativa la mayor proporción de niños con cesárea entre los de bajo peso (34,7%) que entre los de 2.500 o más (14%), relación que podría explicarse si se decide cesárea, dadas las condiciones de riesgo para el feto. Una edad gestacional menor de 38 semanas también es significativamente más frecuente en NBP que en los NPIN. Como también es más frecuente un Apgar al minuto de 7, o menos entre los NBP (20%) que entre los NPIN y NPNN (4,3%).

En relación a lactancia materna absoluta, resultó que el 57% de los NBP estaban recibiendo relleno, mientras que los NPIN y NPNN lo hacían sólo en un 20%. La mediana de lactancia materna absoluta fue de 1 mes para los primeros, de 2 meses para los NPIN y 3 meses para los NPNN.

En cuanto a consultas nuevas por morbilidad, en el primer año de vida fue similar entre los NBP (3,8) y NPIN (3,5), mientras que los NPNN consultaron mucho menos (2,5 consultas por niño). Se observó mayor incidencia de diarrea (0,69 c/por niño) en los NBP y en los NPIN (0,57) que en los NPNN (0,3 c/por niño). Como también mayor incidencia de enfermedades respiratorias bajas, 0,33 en los NBP y 0,17 en los de 2.500 g o más.

La tasa de hospitalización en el primer año fue 3 veces más alta entre los NPBN que el resto (21,7% y 7,8% respectivamente).

La evolución del peso en el primer año de vida no mostró diferencias significativas entre los grupos estudiados. El crecimiento acumulado para el período fue de 6.496 g en los NPBN AGG; 6.236 g en los NPBN-PEG; 6.023 g en los NPIN y 6.295 g NPNN. Según Sempé éste debería ser 6.190 g, luego, los NPIN son los únicos bajo ese valor.

Las diferencias más notorias entre los grupos se observaron en los dos primeros meses. En el primero, los NPBN-AEG presentan un menor incremento ponderal medio (624 g) que los otros 3 grupos.

Los NPBN-PEG, en cambio, muestran el mayor incremento (895 g).

Los NPIN presentaron una situación intermedia entre los NPBN-AEG y los NPNN, con 704 g de incremento al 1er. mes de vida.

Entre el 1º y 2º mes los NPBN-AEG muestran mayor incremento (1.066 g) que los otros grupos del estudio, siendo también este período el de mayor aumento ponderal relativo de los NPIN (1.059 g) en relación a la NPNN (988 g). A partir del 2º mes los NPIN aumentan menos que los NPNN y a partir del 5º mes menos que Sempé. Sin embargo, las diferencias no son significativas.

La talla, en el primer año de vida, en todos los grupos, aumentó más que lo esperado según Sempé. Las diferencias más notables se observaron en el primer trimestre. Los NPBN-PEG presentaron el mayor crecimiento: 11 cm; los NPBN-AEG: 10,4 cm; los NPIN: 10,2 cm, y los NPNN: 9,8 cm.

El mayor incremento de talla de los NPBN-PEG, significativo entre el nacimiento y 1er. mes, y en los NPBN-AEG, entre el 5º y 8º mes.

TABLA Nº 1

PROMEDIO DE CONSULTAS POR MORBILIDAD Y TASA DE HOSPITALIZACION POR GRUPO DE PESO AL NACER

Tipo de Morbilidad	Peso al nacer		
	Bajo	Insuficiente	Normal
General	3,8	3,5	2,5
Diarrea	0,69	0,57	0,30
Enf. Respiratorias	0,33	0,18	0,16
Hospitalizaciones	21,7	7,8	9,4

TABLA Nº 2

PROMEDIO Y DESVIACION STANDAR DEL AUMENTO DE PESO ENTRE CONTROLES DE SALUD, SEGUN GRUPOS DE PESO AL NACER. CONSULTORIO LA PINCOYA. 1980 - 1981

Nº del Control	Sempe	Peso al Nacer							
		B a j o				Insuficiente		Normal	
		Apropiados Edad Gestacional n = 89		Pequeños Edad Gestacional n = 34					
						n = 51		n = 53	
	$\bar{X}$	$\bar{X}$	DS	$\bar{X}$	DS	$\bar{X}$	DS	$\bar{X}$	DS
Nacimiento	3.335	2.179	337,3	2.256	213,5	2.788	134,4	3.211	144,6
N - 1º	520	624	341,6	895	393,0	704	309,2	811	360,3
1º - 2º	895	1.066	303,2	1.011	305,9	1.059	383,8	988	351,8
2º - 3º	800	894	288,0	796	218,1	827	516,8	867	415,0
3º - 5º	1.300	1.215	375,4	1.294	421,6	1.112	351,1	1.171	383,0
5º - 8º	1.425	1.340	384,9	1.222	377,8	1.179	351,9	1.244	430,8
8º - 12º	1.250	1.357	555,5	1.018	435,3	1.142	452,7	1.205	524,3
Nac. - 12 cms.	6.190	6.496		6.236		6.023		6.295	

56. INFLUENCIA DE ALGUNAS VARIABLES MATERNAS SOBRE EL PESO DEL RECIÉN NACIDO EN LA ZONA CONCEPCION-TALCAHUANO

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

Aunque la proporción de recién nacidos de bajo peso ha ido decreciendo en los últimos años en nuestro país, el interés del sector salud por obtener buenos pesos de nacimiento sigue vigente, pues nadie discute ya su importancia como indicador de riesgo de morbi-mortalidad neonatal e infantil. Por tal razón este estudio tuvo como propósito revisar en la zona de Concepción-Talcahuano, el estado de los pesos de nacimiento y los principales factores maternos condicionantes, para poder comparar resultados con investigaciones similares de la Región Metropolitana.

Uno de los objetivos fue analizar la relación del peso de nacimiento con:

- estado nutricional inicial y final de la embarazada.
- incremento del peso materno durante el embarazo.
- edad, estatura y paridad materna.

La investigación se realizó en una cohorte de 1.044 binomios embarazadas-recién nacidos en forma retrospectiva, cuyos controles prenatales se realizaron durante el año 1982 en los Consultorios Tucapel y Chiguayante, pertenecientes al Servicio de Salud Concepción-Arauco y en el Consultorio San Vicente del Servicio de Salud Talcahuano.

Resultados

Se encontró un 13,6% de embarazadas enflaquecidas al inicio de la gestación, bajando este porcentaje a 10,5 al finalizar el embarazo. El porcentaje de embarazadas con exceso de peso fue de 31,7 al comienzo y de sólo 27,8 en el último control.

El porcentaje de recién nacidos de bajo peso (con peso menor a 2.500 g) fue de 2,1, cifra muy inferior al promedio nacional de ese año: 5,46% y a otros estudios. El porcentaje de recién nacidos con peso insuficiente (2.501 - 3.000 g) fue de 19,3, superior al promedio nacional: 18,21. El promedio de peso de los recién nacidos fue de 3.360,78 g, valor muy aceptable y bastante cercano al registrado en los países desarrollados.

Se constató una relación importante entre el estado nutricional inicial y también final de la embarazada con el peso del recién nacido, pues se observa que los promedios de peso de nacimiento ascienden significativamente a medida que aumentan los índices P/T inicial y final de las embarazadas. Además, se confirma la importancia del buen estado nutricional final de la madre, pues se encontró una proporción de recién nacidos de bajo peso y con peso insuficiente provenientes de madres enflaquecidas significativamente mayor que la del grupo total.

Se confirmó que el incremento óptimo del peso materno durante el embarazo depende del estado nutricional inicial de la madre, pues los promedios de los pesos de los recién nacidos de embarazadas enflaquecidas y normales ascienden con el aumento del incremento de peso materno desde menos de 4,5 Kg hasta más de 16,5 Kg. No se observó influencia en los promedios del peso de los recién nacidos provenientes de embarazadas con exceso de peso.

Respecto a la influencia de la edad materna, se confirmó que el promedio de peso del recién nacido es más bajo en las madres menores de 18 años; aumenta a medida que aumenta la edad materna, pero desciende nuevamente en las madres mayores de 35 años.

En relación a la paridad materna, se confirmó que el promedio de peso del recién nacido es más bajo en el primer hijo, asciende en la multipara y, contrariamente a otros estudios, sigue aumentando en la gran multipara.

Al relacionar la paridad con la edad materna, se observó que las madres menores de 18 años y mayores de 35 años presentaron para el primer hijos los promedios más bajos de peso del recién nacido. En las multiparas y grandes multiparas el promedio de peso del recién nacido es sólo inferior cuando la madre es mayor de 35 años. Además, en la madre de 5 y más hijos, el promedio de peso del recién nacido va disminuyendo a medida que aumenta la edad materna.

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

De las variables descritas se deduce que, aunque todas influyen en el peso del recién nacido, para el equipo de salud que participa en la vigilancia preconcepcional es más factible manejar los factores nutricionales.

Esto puede conseguirse a través de la evaluación del estado nutricional inicial de la gestante y en base a ella determinar el incremento óptimo en forma individual, acompañado de una importante y eficiente labor educativa a las madres embarazadas.

57. RELACION ENTRE EL ESTADO NUTRICIONAL Y BIODEMOGRAFICO DE LA EMBARAZADA Y EL PESO DEL RECIEN NACIDO EN CHILOE

Nutr. Arturo Pinto, Dr. Luis Ramírez, T.M. Johnston Santibáñez, Matr. Juan Fernández
y Máximo Homann y Dr. Osvaldo Gallardo
(Hospital de Achao)

Se estudia, por primera vez en la provincia, a 220 binomios embarazadas-recién nacidos, con el objetivo de relacionar las variables que influyen en el peso del recién nacido.

A través de un análisis retrospectivo de mujeres con un embarazo simple, excluyendo los nacidos muertos y con malformaciones congénitas, se establece que, entre las variables estudiadas, las semanas de gestación y el incremento de peso promedio durante ese período son los factores que más repercuten en el peso del recién nacido. Estos resultados son similares a los obtenidos por otros autores en otras provincias del país.

A partir de las 38 semanas de gestación se lograron pesos promedios de 3.320 g para los recién nacidos de sexo masculino y 3.195 g para los de sexo femenino. Entre las 36 y 37 semanas los nacidos de sexo masculino obtuvieron pesos promedio insuficiente (2.501 - 3.000 g). Los nacimientos con menos de 35 semanas de gestación fueron con peso insuficiente para ambos sexos.

Las embarazadas que iniciaron sus controles prenatales con un estado nutricional enflaquecido, con incrementos de peso promedio inferior a 550 g por semana y las embarazadas con un estado nutricional subnormal con un incremento promedio inferior a 350 g por semana, obtuvieron productos con un peso insuficiente, en cambio las embarazadas que iniciaron sus controles con un estado nutricional normal o con sobrepeso tuvieron recién nacidos con un peso promedio adecuado a pesar de que algunas tuvieron un incremento promedio menor a 250 g por semana.

Finalmente se analizan otras variables que puedan tener influencia sobre el peso de nacimiento de los recién nacidos, para lograr determinar un perfil de la madre que obtuvo un producto con un peso adecuado.

TABLA Nº 1

**CARACTERISTICAS NUTRICIONALES Y DEMOGRAFICAS DE 220
EMBARAZADAS DE CHIOLE**

		Embarazadas	
Variables		n	%
Sector	Rural	192	87,3
	Urbano	28	12,7
Edad *	- 19 años	32	14,5
	19 - 34	159	72,3
	+ de 34	29	13,2
Talla**	- 150 cms.	94	42,7
	150 - 160	118	53,6
	+ de 160	8	3,6
Estado Nutricional Inicial	Enflaquecida	23	10,5
	Subnormal	25	11,3
	Normal	75	34,1
	Sobrepeso	97	44,1
Paridad	Primípara	64	29,1
	Multipara	156	70,9
Estado Civil	Casada	158	71,8
	Soltera	62	28,2
Escolaridad	Analfabeta	30	13,6
	Básica	180	81,8
	Media	10	4,6
Nivel Socioeconómico (CAS)	1 - 3	197	89,5
	4	19	8,6
	5	4	1,9

* Edad Promedio: 26,0 $\pm$ 7,0 años.

** Talla Promedio: 150,5 $\pm$ 5,1 cms.

TABLA N° 2

**PROMEDIOS Y DESVIACION ESTANDAR DEL PESO DE LOS RECIEN NACIDOS
SEGUN SEXO Y EDAD GESTACIONAL, CHILOE**

Edad Gestación/Sem.	Masculino			Femenino			Total		
	n	$\bar{X}$	D.S.	n	$\bar{X}$	D.S.	n	$\bar{X}$	D.S.
≥ 38	98	3.320	542	106	3.195	405	204	3.255	475
37 y 36	3	2.966	260	7	3.112	211	10	3.069	212
≤ 35	2	2.950	1.032	4	2.520	41	6	2.663	463
Total	103	3.303	540	117	3.167	389	220	3.230	465

TABLA N° 3

**PROMEDIOS Y DESVIACION ESTANDAR DEL PESO DEL RECIEN NACIDO SEGUN INCREMENTO DEL PESO MATERNO
Y ESTADO NUTRICIONAL INICIAL DE LA MADRE, CHILOE**

Incremento $\bar{X}$ gr./Sem.		n	Estado Nutricional Inicial										
			Enflaquecida		Subnormal		Normal		Sobrepeso				
			$\bar{X}$	D.S.	n	$\bar{X}$	D.S.	n	$\bar{X}$	D.S.	n	$\bar{X}$	D.S.
< 250	11		2.975	498	9	2.996	212	36	3.090	400	38	3.476	468
251 - 350	5		2.710	247	4	2.925	169	17	3.071	469	19	3.261	462
351 - 450	4		2.774	264	4	3.475	362	16	3.328	342	18	3.471	710
451 - 550	1		2.600	-	4	3.433	377	8	3.257	279	5	3.372	278
+ de 550	2		3.340	339	3	3.247	234	3	3.176	534	13	3.221	541
Total	23		2.908	372	24	3.168	305	80	3.158	391	93	3.390	518

58. CUIDADOS MATERNOS DEL RECIEN NACIDO

Dra. Nora Vera, Antrop. Eduardo Sarué y Prof. Ilse López
(Departamento de Pediatría, Hospital Roberto del Río,
Programa Kellogg Santiago Norte y Escuela de Salud Pública, Universidad de Chile)

Resulta de interés conocer las conductas espontáneas y adquiridas de las madres en relación al cuidado de sus recién nacidos, con el fin de entenderlas y orientar al personal de salud del consultorio respecto de la actitud adecuada para mejorar la interacción con ellas.

Los objetivos de este estudio fueron: 1) Identificar un grupo de madres según antecedentes bio-demográficos. 2) Enriquecer el diálogo con las madres a través del vehículo "cuaderno". 3) Encontrar la definición de necesidades del R.N. según las madres. 4) Conocer mitos y creencias respecto al cuidado del R.N.

Material y Método

Entre Enero y Febrero de 1983 se distribuyeron cuadernos a madres que concurrían al primer control de salud de sus hijos en el consultorio La Pincoya. El cuaderno cumpliría una doble función, tanto de registro de observaciones de las madres sobre el primer mes de vida de sus hijos, como de vehículo de comunicación entre ellas y la pediatra. Se entrevistó a 109 madres, siguiendo una pauta para obtener datos bio-demográficos que permitieran caracterizar al grupo. Se distribuyeron 107 cuadernos, cada cual con un listado de situaciones frecuentes en el recién nacido.

Al control de 15 días, el médico revisaba las anotaciones en los cuadernos, respondiendo en forma escrita o verbal las preguntas de las madres, quienes usaron el cuaderno como diario de vida de sus hijos.

El análisis de los datos se hizo en base a estadísticas simples que identifican al grupo (Tabla 1). También se usó la técnica de análisis de contenido para ordenar la información recogida de los cuadernos en función de los problemas de salud mencionados, así como la solución y la persona que indica (Tabla 2).

Desarrollo

De 107 cuadernos entregados se registró una pérdida de 27,2% que las madres no devolvieron al consultorio. Entre las razones expuestas apareció el hecho que fue considerado como un diario de vida personal.

El grupo de madres presentó las siguientes características: Edad promedio: 26 años. Escolaridad: 7,6 años. Control del embarazo (94,5%) positivo que se distribuye: 77,3% en consultorio; 10% en patología del embarazo, Hospital J.J. Aguirre y 7,2% en consultorio de adolescencia.

Llamó la atención de los autores que al control del primer mes, un niño de cada cuatro estaba recibiendo relleno. Sólo el 72,4% estaba siendo alimentado con leche materna en forma exclusiva. Casi un 10% de las madres trabajó durante el primer mes de vida de su hijo, tanto dentro como fuera de la casa. No está de más insistir que estos antecedentes fueron recogidos de las anotaciones en los cuadernos, así como otros que no serán mencionados en este resumen. Destacan en los cuadernos las referencias hechas en forma espontánea a aspectos emocionales de la crianza, entre los que destacan el efecto de las madres hacia sus hijos, expresado en el cariño físico, y el gusto por la conversación. A pesar de tratarse de conductas "instintivas", la sonrisa y la mirada son valoradas por las madres como forma de comunicación del recién nacido con su medio, pasando a ser, de esta forma, sujeto de múltiples vivencias tanto dentro como fuera del hogar.

Conclusiones

Se pudo apreciar que el grupo de madres estudiado corresponde más o menos a un tipo generalizado de población peri-urbana en Chile, en lo que respecta a edad promedio, escolaridad, paridad, etc.

Se logró enriquecer el diálogo con las madres, conociendo en detalle la historia del primer mes de vida del niño, en un contexto amplio.

Según las anotaciones, se desprende que los recién nacidos, sin distinción de sexo, tienen tres necesidades básicas:

- a) Necesidad de protección o subsistencia, que se satisface con alimento y abrigo.
 b) Necesidad de afecto y amor, que se llena con expresión física del cariño.
 c) Necesidad de comunicación e interacción, que se satisface a través de la conversación, el juego y la vida social.

Entre los fenómenos biológicos que preocupan a la madre, aparecen en el siguiente orden: los del aparato respiratorio (estornudo, nariz tapada, quejido al respirar, etc.); los del aparato digestivo ("obra con dificultad", color y consistencia de las deposiciones, "se ahoga" o "se abulta" cuando mama, etc.); hipo, sangramiento del ombligo, ojos ("materia, aire", etc.). "queda con hambre"; aparato urinario ("orina mucho, orina "fuerte", orina poco).

No se encontró en sus mitos y creencias elementos "valederos" que pudieran ser incorporados a la práctica médica, a menos que se pudiera integrar el conocimiento de ciertas prácticas (infusiones, "patitos", etc.) para adecuar la educación en salud a las creencias de la población, aceptando que existen.

TABLA N° 1
ANTECEDENTES BIODEMOGRAFICOS DE LAS MADRES

Características		Nº	%
Edad	— 20 años	17	14,4
	20 — 29	61	59,3
	30 — 39	24	20,3
	40 años y más	7	5,9
Escolaridad	ninguna	3	2,8
	1º a 4º B	17	15,7
	5º a 8º B	44	40,7
	1º a 3º M	26	24,1
	4º M	15	13,9
	otra	3	2,8
Estado Civil	casada	65	59,7
	soltera	20	18,3
	convive	22	20,2
	separada	2	1,8
Orden de nacimiento	1º	36	33,0
	2º	28	25,7
	3º	18	16,5
	4º	14	12,8
	5º	5	4,6
	6º	5	4,6
	7º	3	2,8

TABLA Nº 2

PROBLEMAS Y SOLUCIONES

Hipo	Papel de diario con letras en la frente	madre
Algorra	Micostatin	médico
Constipación	“Calita de cardenal”, supositorio de vaselina, agua de durazno	madre
Meteorismo	Agua de apio	madre
Dolor “de guatita”	Agua de paico, poleo, menta, laurel, orégano, apio	madre
Conjuntivitis	Aseo del ojo con algodón y agua cocida, gotas o pomada oftálmica	médico
	Gotas de leche materna en ojos	madre
Estornudo	Agua de toronjil	madre
Miliaria	Evitar lana, evitar exceso de abrigo, aceite emulsionado, talco y baño	médico y madre
Prevenir resfrios	Aspirina de niños	madre
Resfrío	Corigotas®	médico
Nariz tapada	Lavado de fosas nasales con agua tibia y algodón; gotas de leche materna en la nariz	madre
Fiebre	Nada (le brotó la vacuna)	madre
	En Posta le colocan Penicilina	médico
Ombigo sangra y presenta supuración	Aseo con alcohol	médico
	Fajero	
	Hipoglós	
	Colonia	madre
Coceduras	Aceite de comer	
	Aceite emulsionado	
	Hipoglós	madre
Piel “reseca”	Baño con jabón de glicerina	madre
“Mal de ojo”	Para prevenirlo: decirle un garabato al niño	la madrina
	Para curarlo:	
	“Santiguar” al niño	madre
Prevenir “males”	Guardar ombigo	madre

59. EVALUACION DEL RECIEN NACIDO EN EL CONTROL AMBULATORIO

Drs. Marcia Santana y Jorge Gutiérrez, Matr. Genoveva Figueroa, Prof. Ilse López y Dra. Haydée Sepúlveda
(Consultorio La Pincoya, Escuela de Salud Pública y Programa Kellogg Santiago Norte)

La disminución de los riesgos de morir del niño, durante el primer año de vida, ha sido lograda tras el esfuerzo de muchos años de desarrollo de programas de atención materna e infantil. Estos se inician con la captación de la embarazada, continúan con la atención del parto y luego la inscripción y control del recién nacido. El propósito de las acciones que se realizan en estos programas es fomentar, prevenir y proteger la salud de cada gestante y, por ende, de cada niño. Los organismos encargados de controlar y atender al niño son los establecimientos de atención primaria. Estos necesitan evaluar periódicamente los posibles cambios en las características de los recién nacidos que han ingresado a sus poblaciones, a fin de adecuar los recursos o reenfocar las acciones que tiendan a satisfacer las necesidades de los individuos de mayor riesgo.

Este estudio pretende describir las características del recién nacido inscrito en el Consultorio La Pincoya (Servicio de Salud Metropolitano Norte) y del control del embarazo de la madre. Con respecto a la madre, se precisa si controló o no su embarazo, lugar y fecha de inicio, lugar y tipo de ocurrencia del parto. En relación al niño, se averiguó: peso, talla, Apgar, perímetro craneano, edad gestacional, grupo sanguíneo, factor Rh, patología inmediata al parto y la observada, tanto al primer control, como en consultas o controles hasta los 28 días. Se incluyó también el tipo de lactancia en este período.

Se definió como grupo en estudio los 611 recién nacidos inscritos entre Julio y Diciembre de 1983, en el Consultorio ya mencionado, cuya población beneficiaria alcanza al 90% del total del área geográfica asignada y que mayoritariamente tiene una situación socio-económica baja. Los datos se extrajeron desde la historia clínica. Cabe hacer notar que en este consultorio el control del recién nacido es realizado por el médico.

Resultados

La totalidad de las madres controlaron su embarazo y más de la cuarta parte de ellas lo hicieron en forma precoz; todos los partos fueron atendidos en la Maternidad del Hospital Clínico de la Universidad de Chile; 4 de cada 5 de ellos fueron por vía vaginal.

En cuanto a las características de los recién nacidos, un 50,7% son de sexo masculino; el promedio de peso de éstos fue 215 g más alto que el de las niñas. El 80% pesó al nacer 3.000 g o más y un 5,7%, menos de 2.500 g.

Cabe destacar la doble proporción de niñas que de niños con peso inferior a 3.000 g. El promedio de talla fue de 50,2 cm para los varones y de 1 cm menos en las niñas. El promedio de perímetro de cráneo no mostró diferencia entre niños y niñas.

El primer control médico se realizó, en promedio, a los 8 días de vida. Se observa un rango 1 a 6 controles en el primer mes, siendo lo más frecuente 1 ó 2 controles (67,6%). Un mayor número de controles se asocia a patologías detectadas en el segundo control. Entre estas patologías se destacan síndrome icterico, asfixia, malformaciones congénitas, traumatismos del parto e infecciones.

Dentro del mes las consultas por morbilidad se refieren, en gran medida, a infecciones menores, afecciones dermatológicas y respiratorias, además de los traumatismos del parto.

En cuanto a las variaciones de peso entre el nacimiento y el primer control, cerca del 60% habían disminuido, aunque la pérdida no fue superior al 10%. En los de bajo peso al nacer, se observó una mayor variabilidad.

Conclusiones

Las madres de estos niños presentan una alta sensibilidad al control del embarazo y oportuna inscripción de su hijo en el consultorio. En cuanto a los niños, la gran mayoría podría clasificarse como de buen pronóstico. Los problemas podrían presentarse en las 7 niñas cuyo Apgar al minuto fue de 3 ó menos y en los 35 que pesaron menos de 2.500 g.

TABLA Nº 1

**ALGUNAS CARACTERISTICAS DE LOS RECIEN NACIDOS Y SUS MADRES
CONSULTORIO LA PINCOYA 1983**

Variable	Categoría	%
Edad Gestacional al 1er. Control del embarazo (n = 547)	- 14 semanas	26,7
	14 - 23	52,3
	24 ó más	21,0
Tipo de Parto (n = 611)	Normal	67,2
	Cesárea	21,4
	Forceps	11,4
Grupo sanguíneo (n = 561)	I A B	2,0
	II A	29,4
	III B	7,7
	IV O	60,9
Rh	Negativo	1,1
Peso al nacer	2.500 g o menos	5,7
	2.501 - 3.000	14,6
	3.001 y más	79,7

TABLA Nº 2

**PATOLOGIAS DETECTADAS EN EL PRIMER MES DE VIDA SEGUN EL
MOMENTO DEL HALLAZGO (1er. CONTROL Y OTROS)
INSCRITOS 2º SEMESTRE 1983**

Grupo - Diagnóstico		1er. Control		Otros Controles		Total	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%
I	Infecciosas	98	45,8	116	54,2	214	100,0
	Conjuntivitis	49		36			
	Moniliasis	5		45			
	Impetigo ampollar	29		25			
	Onfalitis	15		10			
II	Nutricionales (Hipoalimentación)	7	9,3	68	90,7	75	100,0
III	Digestivas	5	17,2	24	82,8	29	100,0
	Cólico	1		15			
	Diarrea	3		5			
	Reflujo	—		4			
	Estitiquéz	1		—			
IV	Traumatismos del parto	17	81,0	4	19,0	21	100,0
	Cefalohematoma	4		4			
	Fractura clavicular	12		—			
	Parálisis facial	1		—			
V	Dermatitis de pañal	3	16,7	15	83,3	18	100,0
VI	Respiratorias	2	11,8	15	88,2	17	100,0
	Bronquitis						
VII	Bronconeumonía	2					
	Síndrome icterico	6					
Total		138	36,3	242	63,7	380	100,0

60. ANALISIS DE LA INTEGRIDAD DE LOS REGISTROS DE NACIDOS VIVOS POR CIRCUNSCRIPCIONES DEL SERVICIO DE SALUD BIO-BIO AÑOS 1981-1984

Dr. Iván Álvarez y Matr. Ana López
(Servicio de Salud Bío-Bío)

La Atención Profesional del Parto, ha mejorado considerablemente en el Servicio de Salud Bío-Bío, de un 73,8% en 1977 a 94,1% en 1984, como consecuencia de una serie de medidas y avances logrados en el Nivel Primario de Atención, entre los cuales se puede mencionar: aumento de la cobertura en el sector rural, creación de hogares de madres embarazadas, educación a las madres, mejor coordinación entre los establecimientos, mejoramiento de red caminera, etc.

Debido a la discordancia existente entre los datos oficiales sobre el número de Partos sin Atención Profesional y los registrados a nivel local, se investigó y se realizó un seguimiento a las madres para aclarar estas diferencias. Este estudio se realizó entre los años 1981 a 1984, comparando las nóminas de registros sin Atención Profesional del Parto de las oficinas de Registro Civil, con los listados de los partos atendidos en todas las maternidades del Servicio de Salud Bío-Bío.

Se puede observar que un número importante de partos, a pesar de ser atendidos en la Maternidad, se informan como Partos sin Atención Profesional, y que a pesar de que el problema en magnitud ha disminuido persiste con 84 casos en 1984; 23,4% del Total de Partos informados sin Atención Profesional.

Causas que motivaron esta situación

1. A menudo recién nacidos en Maternidad, no son inscritos de forma inmediata en la Oficina del Registro Civil correspondiente a esa Maternidad, acudiendo posteriormente a las oficinas del Registro Civil de las circunscripciones en que residen, en donde son inscritos como partos en domicilio, por no existir recinto hospitalario en esa circunscripción.
2. Las madres solteras no inscriben de inmediato a sus hijos hasta esperar el reconocimiento del padre, ya que posteriormente el trámite es más costoso y caro. Al inscribirlo posteriormente sucede lo indicado en el punto anterior.
3. En algunas ocasiones no se inscribe al recién nacido por carecer de la documentación exigida.

Las medidas tomadas por el Servicio de Salud Bío-Bío para enfrentar el problema fueron:

- 1) Coordinación entre el Servicio de Salud y las oficinas del Registro Civil, para hacer conciencia de la magnitud del problema y obtener su colaboración para mejorar esta situación.
- 2) Creación de la Suboficina del Registro Civil en el Hospital Base de Los Angeles.
- 3) Se ha obtenido una coordinación entre las oficinas del Registro Civil en la Provincia, de modo que cuando acude una madre cuyo parto fue en Los Angeles u otro sitio, el oficial solicita el requerimiento a la oficina del lugar donde se produjo el parto, para registrar allí su nacimiento.
- 4) Educación a nivel de los policlínicos maternos sobre la importancia de la inscripción oportuna del recién nacido y llevar todos los documentos necesarios.

Todas estas medidas han permitido disminuir considerablemente el problema, persistiendo aún una mala inscripción en 84 recién nacidos, entre los cuales existe un importante porcentaje de madres solteras. Considerando la importancia que los Registros o Estadísticas oficiales reflejan fielmente los hechos, hemos creído oportuno presentar esta experiencia con el objeto de que permanentemente se revisen localmente todos los Registros de hechos vitales, única manera de conocer con exactitud la problemática de Salud en su realidad.

61. ALIMENTACION NATURAL EXCLUSIVA EN EL SERVICIO DE SALUD METROPOLITANO NORTE

Sra. Ilse López Bravo

Srs. Elizabeth Aponte, María Violeta Buguño, Alicia Coronado, Miguel Diocaretz, María Teresa Escobar, Isabel Henríquez, Gladys Inostroza, Beatriz Loyola, Omayra Lugo, Sonia Muñoz, Miriam Oyanedel y Pierre Vincent.
(Escuela de Salud Pública, Universidad de Chile)

Las razones de un casi universal resurgimiento del interés por la leche humana son: por una parte, la toma de conciencia de la rápida disminución de la lactancia materna en los países en vías de desarrollo, a continuación de igual evolución constatada desde hace una o dos generaciones, en los países industrializados y, por otra parte, la demostración de las numerosas e irremplazables cualidades de la leche materna y de la alimentación al pecho junto a una más clara toma de conciencia de las consecuencias del abandono de esta forma de alimentación.

La alimentación al pecho ha sido, durante milenios, el único modo de alimentación de recién nacidos y lactantes; sin embargo, en el curso de las últimas décadas ha ido siendo reemplazada progresivamente por la alimentación al biberón. Pero, sobre todo después de la segunda guerra mundial, y más particularmente en los últimos veinte años, ha habido una declinación de la lactancia materna en la mayor parte de los países. Según A. Berg, en Chile, en 1950, cerca del 100% de los niños de 13 meses de vida era alimentado al pecho; 18 años más tarde esta cifra había bajado a 20%. En México, en 1960, el 100% de los niños de 6 meses recibían pecho, seis años bastaron para bajar esa cifra a 45%. En E.E.U.U., a la salida de la maternidad, no más del 40% de los niños eran alimentados en forma natural; en 20 años esa situación no sólo no había mejorado, sino, por el contrario, era sólo de un 30%.

“Las ventajas de la leche materna se han demostrado ampliamente: el niño crece mejor, su desarrollo cerebral recibe el aporte necesario y suficiente: se previenen ciertas enfermedades en el niño mayor y en el adulto, tales como alergias, obesidad, arterioesclerosis; infecciones que pueden ser graves en el período neonatal, y en el lactante se evitan las infecciones gastrointestinales y, por lo tanto, la morbilidad y mortalidad de este período. Finalmente, el amamantamiento garantiza el establecimiento de una buena relación madre e hijo y para el porvenir psicoafectivo del niño”. Estas y otras razones hicieron que las autoridades pediátricas ministeriales impulsaran a nivel nacional un programa de estimulación de la lactancia natural entre los años 1976 y 1978. Lo esperado es que éste hubiese dado sus frutos y la proporción de niños con leche materna a los 6 meses, fuese al menos de un 30%.

Los autores de este trabajo se propusieron contribuir con las autoridades de un servicio de salud de la región metropolitana, evaluando los logros de los programas de promoción de la lactancia natural.

Objetivos del trabajo

1) Caracterizar a las madres y a los niños que se mantienen bajo control en su primer año de vida en los consultorios. 2) Cuantificar la prolongación de la lactancia natural en el total y cada uno de los consultorios del servicio, y 3) Analizar la relación entre la prolongación de la lactancia y algunas variables de la madre y del niño al nacer.

Material y Método

Se decidió tomar una muestra de la totalidad de los niños inscritos como recién nacidos desde Julio de 1983 a Junio de 1984 en los consultorios Nº 2, Independencia, Lucas Sierra, Quinta Buin, Valdivieso y Pincoya. Todos son no municipalizados y pertenecientes al Servicio de Salud Metropolitano Norte. En total, incluyen una población aproximada de unos 400 mil habitantes. Los datos se extrajeron desde la tarjeta de control salud y fueron vaciados en un formulario que se procesó manualmente.

Resultados

Se estudian 940 niños de los cuales el 55,5% son de sexo masculino. Según peso al nacer, el 4,1% presentó peso bajo; un 18,7%, peso insuficiente, lo que significa un 77,2% con peso normal.

En general, este último grupo es el que no debería tener problemas para la alimentación natural y se podría esperar una buena prolongación. Por otra parte, la distribución por edad de las madres muestra sobre el 70% entre 18 y 29 años. Este es otro indicador de buen pronóstico para una lactancia prolongada.

En cuanto a la escolaridad, se encontró un 60% de madres con algún curso de enseñanza media, más un 35,2% entre 4º y 8º básico. El promedio es de 8,7 años de escolaridad. Por otra parte, la gran mayoría de las madres (89%), sólo realizaba labores del hogar, factor que juega a favor de la lactancia materna más prolongada. En lo que a inscripción en el consultorio se refiere, el 82% de los recién nacidos es inscrito antes de 2 semanas de vida. Hecho que podría señalar una buena incentiación de la madre por el control salud y las implicaciones que ello ofrece.

Al clasificar los niños estudiados según prolongación de lactancia natural exclusiva (LNE), se observa una mediana general para los 6 establecimientos, de 4 meses y medio, lo que significa que no más de la mitad de estos niños permanecen al pecho en forma exclusiva por ese tiempo. La diferencia entre consultorios es notable: en 2 de ellos la mediana sobrepasa a los 6 meses, uno sobrepasa los 5 meses, 2 coinciden con la mediana general de 4 meses y en uno, ésta es de sólo 2 meses. Desde otro ángulo, a los 6 meses de vida permanecen en LNE sólo el 40,2% de los niños, variando en los consultorios entre 40 y 58,4%, con excepción de uno en que la cifra es de 14%.

Según lo descrito, la situación es heterogénea variando de escasa o casi nula, a buena o aceptable. Parece indispensable analizar los factores que están contribuyendo a favor y en contra y tomar las medidas para tratar de mejorar este panorama.

La mayor edad de la madre se asocia a una lactancia exclusiva más corta en todos los consultorios. Pero la baja frecuencia de madres con 30 o más años no pesa en forma decisiva, a excepción del consultorio en que se observa la menor mediana y en que el porcentaje de mayores de 29 años alcanza a 33%. Una escolaridad diferente no parece influir en el factor estudiado en ninguno de los consultorios. El menor peso de nacimiento sólo determina una evidente menor lactancia en uno de los consultorios en que aparece la mediana más alta.

Se puede pensar entonces que el mejoramiento de la prolongación de la LNE en los establecimientos de este servicio, depende en gran medida de la labor de convencimiento del equipo de salud, en primer lugar, y de la posibilidad de educar con buena metodología, en segundo lugar.

TABLA Nº 1

**CARACTERISTICAS GENERALES DE LA MADRE Y DE LOS 940 NIÑOS DEL ESTUDIO,
SERVICIO DE SALUD NORTE, NACIDOS ENTRE JULIO 1983 Y JUNIO 1984**

Variable	Categoría	%
Edad de la madre	— 18	3,5
	18 — 24	43,3
	25 — 29	28,0
	30 — 34	15,4
	35 y +	9,8
Escolaridad de la madre	0	1,7
	1 — 3 Básico	3,4
	4 — 8 Básico	35,2
	1 — 2 Medio	27,5
	3 — 4 Medio	32,2
Trabajo de la madre	Dueña de casa	89,0
	Remunerado	11,0
Edad de inscripción en Consultorio	— 8 ds.	42,4
	8 — 14 ds.	39,3
	15 — 27 ds.	12,4
	28 — 45 ds.	5,3
Peso al nacer	— 2.500 g	4,1
	2.500 — 2.990	18,7
	3.000 — 3.990	71,0
	4.000 y +	6,2

Tabla N° 2

PROLONGACION DE LA LACTANCIA NATURAL EXCLUSIVA, NIÑOS BAJO CONTROL EN CONSULTORIOS DEL SERVICIO DE SALUD METROPOLITANO NORTE, 1984. % DE NIÑOS EN CADA MES DE EDAD

Edad meses	Consultorio						Total 100%= 940
	Nº 2 100% = 200	Indep. 100% = 137	Valdiv. 100% = 129	L. Sierra 100% = 124	Qta. Buin 100% = 200	Pincoya 100% = 150	
1	85,0	91,2	93,8	83,9	88,0	93,3	88,9
2	75,0	81,8	86,8	70,2	52,0	84,7	72,8
3	61,5	74,5	76,7	58,1	33,0	72,0	60,6
4	58,5	69,3	75,2	49,9	24,0	65,3	55,0
5	41,0	60,6	56,6	45,9	19,5	52,7	43,9
6	39,5	58,4	55,0	28,2	14,0	46,7	40,2
7	26,0	33,6	33,3	23,4	9,0	32,0	25,0
8	24,5	30,7	31,8	10,5	4,0	28,0	21,7
9	10,0	28,5	7,0	7,6	3,5	16,0	11,2
10	9,5	19,0	5,4	6,5	3,5	10,0	8,1
11	3,5	19,0	0,8	6,5	2,5	4,7	5,0
12	3,5	15,3	0,8	5,6	2,5	4,0	4,4
Mediana meses	4,5	6,4	6,2	4,0	2,2	5,5	4,4

62. EDAD DE LA MARCHA EN UN GRUPO DE NIÑOS

Prof. Ilse López, Dra. Tamara Montero, Enf. Eliana Palta y Dra. Haydée Sepúlveda
(Escuela de Salud Pública, Consultorio La Pincoya. Programa Kellogg Santiago Norte)

El desarrollo de la marcha, así como de otras aptitudes motrices, depende de la maduración del sistema nervioso que, por otra parte, está influido por un intercambio recíproco entre factores intrínsecos y ambientales que pueden acelerarlo o retardarlo.

Es de conocimiento universal que el control voluntario de la postura prosigue una dirección céfalo-caudal de modo que el niño en el último cuartil del primer año es capaz de mantener el equilibrio en posición sentada y sin apoyo mantenerse de pie.

El aumento del tamaño y la complejidad del cerebro marcha paralelo al desarrollo postural, actividades manuales y premotrices. Existen, sin embargo, grandes variaciones en las edades a las que las diferentes etapas del comportamiento motor las realizan algunos niños sanos. Hay niños que logran precozmente ciertos eventos del desarrollo como caminar, correr y otros lo alcanzan con gran lentitud. En general la variabilidad para el logro de la marcha por sí solo, va de los 10 a 17 meses de edad.

Debido a esta gran variabilidad de inicio de la marcha sin apoyo en el niño, quisimos estudiar este fenómeno en una población del área norte de Santiago y ver la relación entre el inicio de este evento y algunos factores relacionados con el niño, la madre u otros.

Se investigó la relación entre sexo, orden de nacimiento, peso al nacer, estado nutricional en el momento de caminar, actividad de la madre y permanencia del niño en sala cuna.

Material y Método

La población en estudio la constituyeron 551 niños en control en el primer semestre de 1984 en el Consultorio La Pincoya del Área Norte de Santiago, de nivel socio-económico bajo. A la tarjeta de anotaciones, donde habitualmente se anotan los controles de salud, se adjunta una tarjeta en que, a partir de los 8 meses de edad y en las edades que corresponde el control de salud, se pregunta a la madre si el niño había iniciado la marcha sin apoyo. Los controles los realizan las enfermeras a los 8 - 10 - 12 - 15 - 18 - 21 y 24 meses. En la tarjeta se especificó el sexo, orden de nacimiento y peso de nacimiento del niño.

En cada control se determinaba también estado nutricional, permanencia o no del niño en sala cuna y actividad de la madre.

Los resultados indican un 50,6% de varones y 49,4% de mujeres. En su gran mayoría (80%) se trata de niños que nacieron con pesos adecuados de 3.000 g y más, un 16% presentó peso insuficiente y sólo 4,7% pesó menos de 2.500 g. En un 35% eran primeros hijos; un 46,1%, 2º ó 3º, y el resto, 4º o más. Sólo un 8,2% de ellos hicieron uso de sala cuna en forma total o parcial hasta el momento del inicio de la marcha. En el 17,6% de los casos su madre trabajaba fuera del hogar.

En cuanto al estado nutricional, tres de cada cuatro eran eutróficos; menos de 5% presentaban desnutrición, y el resto (20,5%) tenían sobrepeso al iniciar el deambular en forma autónoma.

De estos 551 niños, un 37,9% estaba caminando sin apoyo en su primer cumpleaños; dos de ellos lo habían hecho antes de los 8 meses. A los 15 años el grupo había aumentado a 86,2%, el resto lo hizo entre los 15 y 17 meses.

No se observó diferencias entre niños y niñas, lo mismo ocurrió con el orden del nacimiento. Cabe destacar que en estas dos variables las distribuciones porcentuales presentan casi las mismas cifras.

Tampoco se observaron diferencias estadísticamente significativas en la edad de inicio de la marcha entre hijos de madres que permanecen en el hogar o trabajan fuera.

En cuanto al peso de nacimiento, ninguno de los 26 niños de bajo peso al nacer, caminó antes de los 11 meses, mientras que los de peso insuficiente lo hicieron en un 31,8% y los de más de 3.000 g, en un 37,1%. La diferencia también se observa entre los 15 y 18 meses en que camina el 26,9% de los de bajo peso, el 17% de peso insuficiente, un 13% de 3.001 a 3.500 g y un 10,6% con más de 3.500 g, lo que haría pensar en una marcha algo más tardía entre los niños de bajo peso, ya que la diferencia de la proporción que camina después de los 15 meses entre los de bajo peso y los demás, es estadísticamente significativa.

Por otra parte, los desnutridos al momento del inicio de la marcha, no caminan antes de 11 meses y la proporción que lo hace después de los 15 meses (20%) es mayor que la de eutróficos (14,8%) y los que tienen sobrepeso (8,8%). Se observa entonces que, a menor peso, la edad de la marcha se retrasa levemente. En todo caso conviene recordar que los desnutridos son sólo 25 de los 551 niños estudiados.

La distribución según edad de la marcha de los niños que hicieron uso de sala cuna en forma total o parcial, difiere significativamente de los que nunca usaron de ella. La marcha es más tardía entre los primeros, aún cuando la mediana es de 15 meses para ambos grupos, la proporción que camina entre 15 y 18 meses es mayor (22,2%) para los que estuvieron en sala cuna que entre los que no estuvieron en ella (13%). La razón es que en estas instituciones los niños permanecen dentro de sus cunas o corrales más tiempo con libertad para gatear, enderezarse y tratar de dar pasos en forma independiente.

TABLA Nº 1

**EDAD DE LA MARCHA. DESCRIPCION DE LOS 551 NIÑOS EN ESTUDIO
CONSULTORIO LA PINCOYA 1985**

Variable Sexo	Categorías Masculino	%
Peso al nacer	≤ 2.500 g 2.501 - 3.000 3.001 - 3.500 3.501 y más	50,6 4,7 16,0 45,0 34,3
Orden del nacimiento	1º 2º - 3º 4º o más	35,2 46,1 18,7
Estado nutricional	Normal Desnutrido Sobrepeso	75,0 4,5 20,5
Uso de sala cuna	Nunca	91,8
Trabajo de la madre	Fuera del hogar	17,6

TABLA Nº 2

**PORCENTAJE DE NIÑOS SEGUN EDAD DE LA MARCHA Y PESO AL NACER
CONSULTORIO LA PINCOYA 1985**

Edad	< 2.500 %	2.501 - 3.000 %	3.001 - 3.500 %	3.501 y + %	Total Nº	%
8	—	—	0,8	—	2	0,4
10	—	2,3	4,4	6,3	25	4,5
12	26,9	29,5	31,9	37,0	182	33,0
15	46,2	51,1	49,2	46,0	266	48,3
18	26,9	17,0	13,7	10,6	76	13,8
Total	100,0	100,0	100,0	100,0		
Nº niños	26	88	248	189	551	100,0

63. RELACION ENTRE NIÑOS CON DEFICIT NUTRICIONAL Y SUS MADRES E INFLUENCIA DE LA EDAD DEL DESTETE EN EL RECHAZO A ALIMENTACION

Enf. Ana María Naranjo, A. Soc. Estelvina Miranda, con la colaboración de Nutr. Yolanda Meisenbichler,
Dr. Claudio Méndez y Sr. Rubén Vélez
(Consultorio Oscar Bonilla, SERMUS, Arica)

Introducción

Continúa siendo motivo de estudio en Salud Pública, tanto el niño desnutrido como el niño en riesgo a desnutrir, y de acuerdo a resultados obtenidos se ha concluido que gran parte de ellos pertenecen a un nivel socio-económico bajo, con escaso acceso a la alimentación, salud y viviendas adecuadas.

Se ha hablado también de la importancia de la lactancia materna como una forma de evitar la desnutrición precoz y de la relación que existe entre el éxito de la lactancia materna y el estado nutricional de las madres.

Sin dejar de lado el impacto que estos factores provocan sobre el estado nutricional de la población infantil, encontramos que es interesante saber si existe alguna relación entre estos niños y el estado nutricional de sus madres, además de conocer qué otros factores condicionan el déficit nutricional, para lo cual se confeccionó una encuesta de medición de conductas que incluye, además del peso y talla de las madres, los siguientes factores: rechazo a la alimentación, bajo poder adquisitivo y patologías intercurrentes.

Los objetivos específicos de este trabajo fueron: 1) Evaluar y relacionar el estado nutricional de las madres y sus hijos con déficit nutricional. 2) Pesquisar otros factores agravantes que determinan el déficit nutricional de la población infantil del Consultorio "Oscar Bonilla". 3) Relacionar el rechazo a la alimentación con el déficit nutricional y la edad del destete.

Material y Método

Este estudio se realizó con los ingresos al programa de niños con déficit nutricional menores de 6 años, desde Marzo a Julio 1985. Consultorio "Oscar Bonilla" SERMUS, con una muestra total de 109 niños distribuidos por grupos etarios. Se eligió al azar el mismo número de niños eutróficos (tabla de peso SEMPE y curvas de peso talla actualmente en vigencia). Durante el control de salud se pesó y midió a las madres para evaluar su estado nutricional (tabla de peso para adulto según estatura, por sexo). Se aplicó además el instrumento de medición de conductas donde se consideraron como posibles causas de desnutrición los siguientes factores:

1. Rechazo a alimentación por:
 - a) Lactancia materna prolongada (6 meses).
 - b) Niños hiperestimulados.
 - c) Niños hipoestimulados.
2. Bajo poder adquisitivo (Graffar)
3. Mala utilización de alimentos (encuesta nutricional).
4. Patologías intercurrentes (ficha clínica).

Análisis e Interpretación de Datos

Estudio nutricional de las madres: Las madres son jóvenes, con una edad promedio de 28,2 años. El peso promedio de las madres de niños con déficit nutricional es de 55,0 kilos y su talla $\bar{X}$ 155,1 cm; el peso $\bar{X}$ de las madres de niños eutróficos es de 58 Kg y su talla $\bar{X}$ es de 155,1 cm.

En la tabla 1 se aprecia el estado nutricional de las madres según estratos sociales. Observamos que existe un porcentaje apreciable, tanto de madres enflaquecidas 15,1%, como de sobre-peso y obesas 46,6%.

De lo anteriormente enunciado puede postularse de manera tentativa, que el estado nutricional de las madres es independiente de la pertenencia a un estrato social determinado. (Para asegurar las diferencias de porcentajes se procedió a comparar las distribuciones χ^2).

De acuerdo a la tabla anterior, el estado nutricional de las madres se relaciona directamente con el estado nutricional de sus hijos. A medida que aumenta el estado nutricional de las madres, mejora el de sus hijos. Destaca el hecho de que los hijos de madres enflaquecidas son en mayor porcentaje niños con déficit nutricional (60,6%), que de eutróficos (39,4%), valor que se invierte en la medida que aumenta el estado nutricional de las madres. (Con el fin de asegurar la diferencia de porcentajes, se procedió a comparar cada distribución con la de X^2).

Factores agravantes que contribuyen al Déficit Nutricional

Según los resultados de nuestro estudio puede afirmarse que no existe relación entre el estado nutricional de los niños y el estrato social, ya que existe el mismo número de niños tanto en el grupo en estudio como en el grupo control en los estratos medio bajo y bajo.

Se comprobó que en el grupo en estudio, existe un rechazo importante a la alimentación en relación al grupo control. Del total de la muestra de niños con déficit nutricional existe un 57,6% con lactancia materna prolongada y un 28,8% en el grupo control. De estos niños con déficit nutricional y con lactancia materna prolongada, existe un 51,7% que rechaza alimentación y un 1,7% en el grupo control. Con lactancia materna prolongada no rechaza alimentación un 27,1% en el grupo control y sólo un 5,9% en el grupo en estudio.

La edad promedio de duración de lactancia materna en los niños con rechazo a la alimentación es:

Niños con déficit nutricional: 15,4 meses

Niños eutróficos: 13,7 meses

Otros factores agravantes al déficit nutricional podrían ser el rechazo a alimentación por hipostimulación, los cuales se encuentran en mayor porcentaje en los niños con déficit nutricional (19,4%) que los eutróficos (1,9%); niños hiperestimulados, los cuales existen en una proporción similar en ambos grupos; mala utilización de alimentos, variable que se encuentra en mayor porcentaje en los niños con déficit nutricional (9,2%) que en los niños eutróficos: 7,0%.

TABLA N° 1

RELACION ENTRE EL ESTADO NUTRICIONAL DE LAS MADRES Y SUS HIJOS

Estado Nutricional de las Madres	Estado Nutricional de los Niños	Nº	%
Enflaquecidas	Eutróficos	13	39,4
	Con Déficit Nutricional	20	60,6
Normales	Eutróficos	45	50,0
	Con Déficit	45	50,0
Sobrepeso	Eutróficos	26	54,2
	Con Déficit	22	45,8
Obesas	Eutróficos	26	55,3
	Con Déficit	21	44,7

64. CONSUMO DE LECHE CEREAL (PNAC) EN UNA COMUNIDAD RURAL

Nutr. Víctor González, Dras. Patricia Cordella, Clara Salinas; Enf. L. Bravo;
Int. Edgardo Tabilo y María L. Sepúlveda
(Hospital-Consultorio Til Til)

Es reconocida la importancia del Programa Nacional de Alimentación Complementaria (PNAC) como vehículo de acciones primarias fundamentales en la atención de salud materno-infantil.

Desde Noviembre de 1983, los niños entre 1 y 5 años de edad reciben el producto lácteo "Leche Cereal" (LC), cuya utilización pareció presentar dificultades en una primera etapa de introducción.

El objetivo de esta investigación fue medir el consumo promedio diario de LC en la población infantil beneficiaria (618 niños) en el Consultorio Rural de Til Til; el destino intrafamiliar del producto; la tolerancia digestiva aparente de LC y otros beneficios lácteos y la aceptabilidad orgánica a LC y otros beneficios lácteos del PNAC.

Los profesionales del equipo de salud realizaron una entrevista a las madres o cuidadoras de los beneficiarios estudiados (174), seleccionados por muestreo aleatorio.

La muestra se divide en 3 grupos:

Grupo A: 59 lactantes con edad promedio de 19,1 meses, quienes recibían "Leche Purita" 26% m.g. (LP) con anterioridad a la introducción de LC. Recibieron LC durante 6,1 meses, en promedio.

Grupo B: 56 preescolares con 31,4 meses de edad promedio, también beneficiarios previos de LP. Recibieron el producto lácteo en estudio durante un período de 10,3 meses, en promedio.

Grupo C: 59 preescolares de 47,9 meses de edad promedio, los cuales fueron anteriormente beneficiarios de productos del tipo Mezclas Proteicas (MP) antes de recibir LC. Recibieron este último beneficio durante 10,0 meses, en promedio.

El consumo de LC en el grupo A fue de 37,7% de la cuota asignada según norma programática del PNAC. En el Grupo B se observó un consumo porcentual de 45,5 y en el Grupo C fue de 63,3.

Lo observado en A y B fue estadísticamente similar, mientras el Grupo C presenta un consumo mayor significativo frente a los dos anteriores (Tabla 1).

En los grupos de menor edad (A y B) se observó que el producto no sólo era consumido por el beneficiario, sino que también era destinado al resto del grupo familiar. En el Grupo C, la LC era destinada principalmente al niño en forma significativa (67,8% de los casos: $p < 0.05$).

El 42% de las unidades de estudio observó tolerancia digestiva alterada (vómitos, deposiciones alteradas, o ambos) en asociación al consumo de LC. Estos trastornos digestivos fueron mayores en los niños de los grupos A y B, 57,6% y 42,9% de los casos, respectivamente.

En el grupo de mayor edad, Grupo C, sólo el 25,4% acusó alteraciones similares ($p < 0.01$, Tabla 2), e incluso 14 niños presentaron mejor tolerancia al uso del producto recibido anteriormente (MP).

El rechazo parcial o total a LC, en relación al anterior beneficio del PNAC, se registró en 90 casos (51,7% de la muestra). Esta baja aceptabilidad varió entre el 64,4% al 62,5% de los niños de menor edad (Grupos A y B, Tabla 2). En el Grupo C sólo el 28,8% de las unidades de estudio refirió rechazo ($p < 0.01$). En este mismo grupo, de 42 casos que aceptaron normalmente LC, el 66,7% señaló además preferirlo al uso de MP.

A la luz de lo observado, podemos decir acerca de la utilización de LC:

Los preescolares de mayor edad consumen una proporción importante de la cuota asignada (63,3%), mientras que en los niños de menor edad la ingesta es muy baja (45,5% a 37,7%). El producto es consumido por el niño beneficiario, pero también el resto del grupo familiar hace uso de él. Esto ocurre especialmente en los lactantes y preescolares de menor edad. El bajo consumo de LC en los niños de corta edad tiene relación con una baja tolerancia digestiva y con una aceptabilidad comparativamente menor al uso de Leche Purita 26% m.g. Los preescolares mayores presentan una tolerancia normal y aceptan normalmente LC, lo que incide en forma importante en la adecuada utilización del producto.

TABLA Nº 1
CONSUMO PORCENTUAL DE LECHE CEREAL OBSERVADO EN
NIÑOS ENTRE 1 Y 5 AÑOS
CONSULTORIO TIL TIL, SEPTIEMBRE - OCTUBRE DE 1984

Grupos	Nº Casos	Consumo Porcentual Observado (X ± D.S.)
A	59	37,72 ± 32,49
B	56	45,57 ± 34,62
C	59	63,30 ± 33,39 *

* Z = 2,79
p < 0,01

TABLA Nº 2
APRECIACIONES DE TOLERANCIA Y ACEPTABILIDAD COMPARATIVA
A LECHE CEREAL EN RELACION A OTROS BENEFICIOS DEL P.N.A.C.
EN NIÑOS ENTRE 1 Y 5 AÑOS DE EDAD
CONSULTORIO DE TIL TIL, SEPTIEMBRE - OCTUBRE DE 1984

Grupos	Nº Casos	Tolerancia Referida		Aceptabilidad Referida	
		Normal (% de casos)	Menor (% de casos)	Normal (% de casos)	Menor (% de casos)
A	59	42,5	57,6	35,6	64,4
B	56	57,1	42,9	37,5	62,5
C	59	74,6	25,4 *	71,2	28,8 **

* $\chi^2 = 12,57$
p < 0,01

** $\chi^2 = 18,77$
p < 0,01

65. INVERSION DE TIEMPO EN LA RECUPERACION DEL DESNUTRIDO MENOR DE UN AÑO

Drs. Hugo Molina y Sara Castillo, Prof. Ilse López y Dra. Haydée Sepúlveda
(Consultorio La Pincoya; Programa Kellogg Santiago Norte y Escuela de Salud Pública, Universidad de Chile)

El problema de la desnutrición del lactante en Chile ha disminuido en esta década, de cifras superiores a 15% a menos de 10%. Sin embargo, aún persiste el problema y faltan datos que permitan cuantificar el período que el niño permanece en este estado desde que se detecta el déficit de peso en relación a la talla, criterio que se aplica actualmente según normas del Ministerio de Salud, hasta que vuelve a calificarse como eutrófico.

En 1983 en el Consultorio La Pincoya, dependiente del Servicio de Salud Metropolitano Norte, la tasa de desnutrición de los menores de un año alcanzó a 3,56 por cada 100 lactantes menores bajo control. Con el propósito de cuantificar el tiempo transcurrido entre el momento en que el niño es diagnosticado como desnutrido y el alta, y las variables que identifican a estos niños, se planteó un estudio cuyos objetivos son: 1) describir a los menores de un año que fueron calificados como desnutridos según edad al diagnóstico, grado de desnutrición, mes del año del diagnóstico, número de orden del nacimiento, clasificación social de la familia, edad y escolaridad de la madre; duración de la desnutrición, frecuencia de controles en el período, profesionales que intervienen en el control, patología intercurrente a la desnutrición; 2) comparar la duración de la desnutrición con algunas de las variables descritas y que supuestamente contribuyen a su prolongación.

Se analizaron todos los desnutridos menores de un año diagnosticados entre Febrero y Julio de 1984 en el consultorio mencionado, y seguidos por un período de un año. Fuente de datos: registro de desnutridos del consultorio y ficha clínica de estos niños. Los datos se vaciaron a un formulario especial y el procesamiento se hizo a mano.

Resultados

Se analiza un total de 48 desnutridos que fueron los diagnosticados en los 6 meses definidos. En estos niños, sobre el 80% de estos diagnósticos ocurren en el segundo semestre de vida, correspondiendo un 46% a niños entre 6 y 8 meses, edad que coincide con el período en el cual se recomienda la introducción de alimentación no láctea y el paso de la lactancia materna a la artificial.

Todos los niños estudiados presentaron desnutrición de primer grado, con excepción de un caso que evolucionó de 1º a 2º grado. Los diagnósticos se concentraron en los meses de Marzo (12), Abril (11) y Julio (10).

En cuanto al orden del nacimiento de estos desnutridos, más de la mitad (56%) son primeros hijos (21), en un 21,7%, segundos hijos y en un 17%, terceros hijos.

El nivel socio-económico medido con el índice CAS muestra al 45,2% en el nivel 3, y el resto, un 54,8% en el 1 a 2.

Las madres de estos niños presentan edades entre menos de 18 años y 40 años, concentrándose el 74% entre 18 y 34 años; un 8,5% es menor de 18 y un 17%, mayor de 34. En relación a la escolaridad, se encontró una mediana de 8 años, lo cual significa que más de la mitad de las madres de los desnutridos tienen enseñanza básica completa; de las 47, sólo se encontró 1 analfabeta y, en total, 7 de las 47 tenían menos de 5º básico.

La duración de la desnutrición osciló entre unos pocos días y 10 meses. Un 56,4% de los niños se mantuvo dos meses o más en esta situación, aún cuando la mayor frecuencia (21) sólo estuvo desnutrido un mes o menos, la mediana es de 2 meses y el percentil 75 de 4 meses, lo cual significa que no más de 1 de cada 4 desnutridos mantiene esta situación por más de 4 meses.

Estos 48 niños recibieron en total 222 controles, de los cuales más de la mitad fueron realizados por enfermera, cerca de un tercio por nutricionista, y un 14,4% por médico, lo cual da un promedio por niño de 0,67 controles médicos, 1,56 por nutricionista y 2,46 por enfermera; 16 niños no alcanzaron a ser controlados por médicos ya que su desnutrición fue inferior a un mes.

En cuanto a la patología intercurrente en el período de desnutrición, los cuadros más frecuentes fueron diarrea (20), bronquitis (18) y bronconeumonía (6); los otros 11 cuadros observados se refieren a un grupo de etiologías misceláneas.

Para analizar la relación entre duración de la desnutrición y las demás variables se clasificó la primera en tres categorías que denominaron desnutrición corta (menos de 2 meses); media (2 a 4 meses) y prolongada (5 meses y más).

En relación a duración y patologías, tanto las diarreas como las bronquitis, que son los cuadros más frecuentes, se concentraron en los niños con desnutrición corta (14 de 22 niños con desnutrición presentaron respectivamente una de estas patologías). Podría pensarse que la baja de peso era momentánea y producto de la morbilidad que sufría.

En relación con edad al diagnóstico, los menores de 6 meses son sólo 9 y sería arriesgado concluir algo. Los niños de 6 a 8 meses en su mayoría presentan una desnutrición media o prolongada (16 a 22), en cambio de los 17 niños de 9 a 11 meses, 10 estuvieron desnutridos no más de un mes.

De la edad de la madre no es fácil concluir, ya que los grupos extremos (menores de 18 y de 35 y más) son escasos. Las madres más jóvenes (18 a 24 años) reparten igual cantidad de desnutridos de corta como de larga duración; las de 25 a 34 años son las únicas que muestran un panorama más claro, sus hijos se mantienen desnutridos por no más de 4 meses. En cuanto al número de orden del nacimiento, sólo los primeros hijos muestran un hecho claro: su desnutrición es corta, pues de 21 primogénitos desnutridos, 11 no la prolongaron más allá de 1 mes. En cambio, los 20, 30, 40 o más, prácticamente se reparten por igual en media y prolongada. El total de controles está directamente correlacionado con el número de meses en desnutrición, excepto en 5 casos que no habrán cumplido con las citaciones, todos corresponden a desnutriciones prolongadas.

TABLA Nº 1

CARACTERISTICAS DE MENORES DE UN AÑO DESNUTRIDOS ENTRE FEBRERO Y JULIO DE 1984 BAJO CONTROL EN EL CONSULTORIO LA PINCOYA (n = 48)

Característica	Categorías	%
Edad a la desnutrición (meses)	0 - 2	8,3
	3 - 5	10,4
	6 - 8	45,8
	9 - 11	35,4
Mes del diagnóstico	Febrero	14,6
	Marzo	25,0
	Abril	22,9
	Mayo	10,4
	Junio	6,2
	Julio	20,8
Nº de orden del nacimiento	1º	45,7
	2º - 3º	39,1
	4º	15,2
Edad de la madre	- 20	31,9
	20 - 24	27,7
	25 - 34	23,4
	35 - 40	17,0
Controles por cada niño según profesional	Médico	0,67
	Nutricionista	1,56
	Enfermera	2,46

TABLA Nº 2

**DESNUTRIDOS MENORES DE UN AÑO SEGUN EDAD A LA DESNUTRICION Y
TIEMPO DE DESNUTRICION. CONSULTORIO LA PINCOYA 1984**

Edad del niño (meses)	Corto Nº	Medio Nº	Prolongado Nº	Total
- 6	5	2	2	9
6 - 8	6	9	7	22
9 - 11	10	4	3	17
Total	21	15	12	48

**66. PARTICIPACION DE LA COMUNIDAD EN LA RECUPERACION DE NIÑOS
DESNUTRIDOS**

As.Soc. Marta Latorre, Ana Contreras y Drs. R. Puentes, S. Ibáñez, P. Ramírez,
M. Islas, A. Neilson y V. Penna
(Dirección de Atención Primaria, Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente)

Desde hace dos años se ha estado desarrollando en el Area Sur Oriente, un Programa de Colocaciones Familiares para menores desnutridos severos, que no son susceptibles de recuperar en forma ambulatoria.

La concepción de este Programa Intersectorial, en donde concurren voluntades y recursos del Servicio de Salud y de las Municipalidades, ha permitido dar una atención integral al menor y a su grupo familiar.

COFADE plantea básicamente la recuperación de niños menores de dos años, con desnutrición de tipo primaria, moderados y graves, a través de colocaciones familiares, en hogares sustitutos debidamente seleccionados y con guardadoras adecuadamente capacitadas.

Paralelamente, se realiza un trabajo social integral en el hogar de origen, modificando algunos aspectos de la situación familiar, que incidan en el problema nutricional y dificulten la posterior reincorporación del niño en su hogar.

Objetivos del trabajo

- Disminuir la desnutrición infantil severa en el Servicio de Salud Sur Oriente.
- Modificar favorablemente la situación de extrema pobreza, con niños desnutridos severos en las comunas de La Florida, Puente Alto, La Granja, San José de Maipo, La Pintana y San Ramón.
- Incrementar la coordinación entre el Servicio de Salud Sur Oriente y las Municipalidades del Area.

Metodología

Una de las primeras etapas de mayor importancia en la conformación del sistema, consistió en la motivación a la comunidad para que participara en el Programa.

Se realizó una amplia difusión del problema de la desnutrición infantil, a través de cartas abiertas, medios de comunicación comunales, organizaciones territoriales y funcionales, en donde se invitaba a las familias que cumplieran ciertos requisitos, a inscribirse en las Municipalidades.

Posteriormente se hizo una exhaustiva selección, a través de entrevistas y visitas domiciliarias. Se consideró fundamental que la motivación fuese el interés por colaborar en la recuperación del niño y no el incentivo económico.



La etapa siguiente consistió en la capacitación de las guardadoras seleccionadas y la correspondiente evaluación, para, finalmente, conformar el grupo definitivo.

La selección e ingreso de los menores al Programa, se realiza en base a un criterio médico-social.

Resultados

El interés de la comunidad por participar en el Programa ha ido en aumento, tanto de parte de las guardadoras, como también de las familias afectadas por el problema.

La recuperación nutricional de los menores ingresados al Programa, ha sido satisfactoria y los resultados obtenidos en el avance del desarrollo psico-motor, mejores que los esperados.

Por otra parte, el trabajo social con las familias ha logrado cambios favorables en cuanto a la labor educativa, así como en la parte asistencial, donde se ha obtenido una otorgación preferencial de los beneficios de la Red Social de Gobierno (SUF., POJH., PEM.) a través de las Municipalidades.

Todo ello ha permitido lograr que los niños egresados se mantengan en rangos de normalidad en los aspectos nutricional y del desarrollo psicomotor.

Conclusiones

- 1) El trabajo mancomunado del Servicio de Salud y las Municipalidades ha permitido entregar una atención integral a los menores desnutridos y sus familias, existiendo una estrecha coordinación con los Consultorios de Atención Primaria del Área Sur Oriente, así como con los Departamentos Sociales de las Municipalidades de La Florida, Puente Alto, La Granja, San José de Maipo, La Pintana y San Ramón.
- 2) El éxito de los resultados obtenidos durante el período de los niños en colocación familiar, se debe en gran parte al esfuerzo y capacidad de entrega de las guardadoras y sus familias, que acogen en su hogar a estos menores y a sus padres con gran cariño y abnegación.
- 3) Es importante considerar también, que esta alternativa de recuperación de menores desnutridos severos, tiene un menor costo que otros sistemas, debido a que sólo requiere de una infraestructura mínima, siempre y cuando se logre motivar a la comunidad para que participe activa y generosamente en esta tarea.

TABLA Nº 1

EVALUACION DE LOS RESULTADOS. PROGRAMA COFADE RESUMEN AL 30 DE JUNIO DE 1985

Indicadores	Ingreso (1)	Alta (1)	Seguimiento (2)
Peso/edad (x)	70,7	86,5	85,6
Peso/talla (x)	83,1	97,5	97,4
Talla/edad (x)	90,6	93,4	93,0
Coefficiente Desarrollo (x)	0,66	0,92	1,00 (3)
Edad (x) en meses	10,7	14,7	22,3

(x) Porcentaje en relación al promedio

(1) N = 171 menores egresados del Programa

(2) N = 100 menores con seguimiento post-alta

(3) N = 65 menores con evaluación del desarrollo psicomotor.

TABLA Nº 2

**DISTRIBUCION DE LAS FAMILIAS SEGUN RANGOS DE INGRESO
ECONOMICO FAMILIAR. PROGRAMA COFADE.**

Ingreso Económico Familiar \$	Ingreso (1) %	Alta (1) %	Seguimiento (2) %
0 - 4.000	39,1	6,4	6,0
4.001 - 6.000	36,8	45,5	46,0
6.001 - y más	10,6	20,5	18,0
Sin antecedentes	1,8	1,8	1,0
Total	100,0	100,0	100,0

- (1) N = 171 familias de menores egresados del programa
 (2) N = 100 familias de menores con seguimiento post-alta
 (/) En tres casos se desconocen antecedentes sociales.

67. INTERVALO INTERGENESICO Y FACTORES DE RIESGO PARA LA SALUD INFANTIL

Dr. Nelson Vargas, Matr. Solange Valenzuela y Sr. Carlos Catenacci, Marion Emhart, Carolina García, Eduardo Gómez, Ricardo González, Marcelo Guzmán y Verónica Muñoz
(Departamento de Salud Pública, División Occidente, Facultad de Medicina, Universidad de Chile)

La década de los años setenta presencié, en Chile, descensos importantes en la mortalidad infantil y la natalidad. Por otra parte, información fragmentaria disponible permite postular un alza de los pesos de nacimiento (PN), al menos en un área de Santiago.

Un mecanismo que explicaría las relaciones entre estos tres hechos es una prolongación del intervalo intergenesico (II), que es el lapso comprendido entre los dos últimos partos. Este es universalmente aceptado como un determinante importante del nivel de salud materno infantil.

En un estudio previo, pesquisamos II sorprendentemente largos en puérperas del área Occidente de Santiago. Para confirmar y estudiar mejor este hecho, se realizó el estudio presente cuyos objetivos fueron: calcular la duración promedio del II y su relación con PN promedio e incidencias de PN inferior a 2.501 g (PNB) y superior a 4.000 g (PNA). Se estudió, además, la incidencia de hijos naturales, el uso de métodos anticonceptivos (MAC) en el momento de la concepción, el intento confesado de aborto y de hijo no deseado (HND), según duración del II.

Se encuestaron 687 puérperas, madres de nacidos vivos en los hospitales San Juan de Dios y Félix Bulnes, área occidente de Santiago, entre Diciembre de 1984 y Julio de 1985. Se excluyeron las primíparas y los partos gemelares. Se consideró HND el producto de un embarazo ocurrido en un período de uso de MAC o con intento confesado de aborto o aquel niño que la madre manifestó no desear.

Resultados

La duración del II no se distribuyó en forma normal. La mediana de duración alcanzó a 44,5 meses (margen: 9 - 209) y el promedio a 56,1 (D.E. = 39,2). Los intervalos inferiores a 24 meses (intervalo corto) alcanzaron a 19,2% (132 casos) y los de más de 60 meses (intervalo largo) a 33,8% (232 casos). El PN promedio fue de 3.229,1 g. En el intervalo corto fue significativamente inferior que en el intervalo largo (3.216,1 contra 3.340,8 g; $p = 0,034$).

En los niños con PNB el intervalo fue significativamente más corto que en los con PNA (53,6 meses contra 68,7; $p = 0,048$). La incidencia de PNB fue significativamente mayor en el intervalo corto, mientras que la incidencia de PNA fue menor ($p = 0,01$) en este mismo intervalo. El intervalo largo (60 meses y más) presentó incidencia mayor de PNA (Tabla 1).

En lo referente a hijos naturales, la proporción observada en el intervalo corto (29,5%) fue mayor que la del intervalo largo (19,9%) con $p = 0,18$.

El uso de MAC en el momento de la concepción fue significativamente más frecuente en el intervalo corto, al compararlo con el total y con el intervalo largo.

28 madres (4,1%) confesaron haber intentado abortar, sin grandes variaciones en los diferentes intervalos.

La proporción de HND alcanzó a 40,2% en el intervalo corto y 22,0% en el intervalo largo (Tabla 2).

Este estudio confirma, en nuestro medio y en la actualidad, la asociación del II corto con factores de riesgo y, por sobre todo, confirma la disminución de estos factores en el II largo.

A la luz de estos hallazgos creemos prudente asegurar a toda la población el acceso a la planificación familiar, como medida integral de salud en el área materno infantil.

TABLA Nº 1

**INCIDENCIA DE PNB Y PNA SEGUN DURACION DEL INTERVALO INTERGENESICO.
687 PUERPERAS, AREA OCCIDENTE. 1984 - 1985**

Duración del II (meses)	Nº Total	P. N. Bajo		P. N. Alto	
		Nº	%	Nº	%
Menos de 24	132	14	10,6*	4	3,0*
24 - 35	130	7	5,4	10	7,7
36 - 47	116	4	3,4	7	6,0
48 - 59	77	4	5,2	5	6,5
60 y más	232	14	6,0	24	10,3*
Total	687	43	6,3	50	7,3

* p - 0,01

TABLA Nº 2

**PROPORCION DE HIJOS NO DESEADOS SEGUN DURACION DEL INTERVALO
INTERGENESICO. 687 PUERPERAS. AREA OCCIDENTE**

Duración del II (meses)	Nº	Hijos no deseados	
		Nº	%
menos de 24	132	53	40,2*
24 - 35	130	47	36,2*
36 - 47	116	36	31,0
48 - 59	77	22	28,6
60 y más	232	51	22,0***
Total	687	209	30,4

* Z = 2,7; p: 0,003

** Z = 3,7; p: 0,0002

*** Z = 3,4; p: 0,0003

68. HIJOS NO DESEADOS EN EL MEDIO URBANO-RURAL: ENSAYO DE UNA PAUTA DE DETECCIÓN

Dres. Raquel Cuchacovich y Nelson Vargas

(Departamento de Salud Pública, División Occidente, Facultad de Medicina, Universidad de Chile)

En los países desarrollados, el cuadro del hijo no deseado (HND) y sus patologías asociadas, constituye uno de los problemas más relevantes de salud familiar y materno infantil. En nuestro medio no existe información precisa que cuantifique y defina el problema. Dadas las tendencias demográficas actuales de Chile, es razonable suponer que la magnitud de esta condición es de importancia.

Este estudio pretende ensayar una pauta de detección de niños en riesgo (Tabla 1) y describir algunas características de los catalogados como HND con este instrumento.

El trabajo tomó una población de 350 lactantes, entre 3 y 11 meses 29 días, inscritos para control de salud en el Hospital-Consultorio de Curacaví, durante los meses de Abril a Agosto de 1985. La información se obtuvo de: historias clínicas de los niños y sus madres, de la aplicación regular de la Escala de Evaluación del Desarrollo Psicomotor 0-2 años (Rodríguez, I. et al.). Esta se aplicó a los 3 y/o 6 meses de edad del niño, por una enfermera. Se practicó, además, una visita domiciliar y una entrevista personal a la madre y/o persona a cargo del niño. Se elaboraron nueve criterios para definir HND, asignando a cada uno un puntaje según la relevancia estimada, de modo de dar a cada niño un puntaje total final e incluirlo en una de estas categorías: Hijo deseado (HD); HND y caso dudoso.

El estudio estadístico de las diferencias se hizo comparando los HD con los HND y excluyendo los dudosos.

Resultados

En los 350 niños, se detectó un 4,6% de HND (16 casos) y un 7,4% (26 casos) de dudosos. (Tabla 2).

Características maternas. Los HND fueron hijos de solteras en un 31% ($p = 0,05$), mientras que los HD sólo lo fueron en un 15,6%. Los HND fueron hijos de casadas en un 43,8% y los HD en un 72,3%. La edad materna más frecuente estuvo entre 15 y 19 años para los HND y los dudosos, y entre 20 y 24 años para los HD. Estos últimos tuvieron, además, una edad materna promedio 2,1 años superior. La proporción de madres analfabetas fue sólo de 1,4% en el total. Las madres con escolaridad básica alcanzaron a un 81,2% entre los HND y a un 58,4%, entre los HD ($p = 0,03$). La educación media fue más frecuente entre las madres de los HD, al compararla con los HND (39,0% contra 12,5%; $p = 0,017$).

Características de los niños. La proporción de mujeres fue mayor en los HND; intermedia en los dudosos y menor en los HD. Sin embargo, las diferencias no fueron significativas. Tampoco detectamos diferencias significativas en el número de orden de nacimiento.

El porcentaje de niños en lactancia materna exclusiva, a los 90 días de vida, mostró diferencias claras: 62,5% en los HND contra 85,1% en los HD ($p = 0,009$).

En el total de 350 madres, un 10% confesó no haber deseado al hijo en el momento de la concepción (35 madres). Esta cifra se redujo a 5 en el momento del parto y en el de la encuesta.

Creemos que este estudio nos ha permitido medir, de una manera más precisa, la magnitud del problema en un área urbano-rural. La frecuencia detectada es menor que la esperada en base a otros sondeos, pero creemos que dentro de nuestro HND la categoría de falso (+) es de magnitud ínfima. Las características de nuestros HND y de sus madres nos pueden servir para perfeccionar el instrumento de detección. Este último es una herramienta indispensable en la pesquisa del problema, el que sólo muy rara vez es confesado espontáneamente. La pauta de detección debe ser aplicada durante los primeros meses de la vida para iniciar, precozmente, acciones de prevención de daños y tratamiento de la situación. Finalmente, queremos destacar que el instrumento empleado permitió detectar un número importante de casos que, de otra manera, no habrían sido detectados.

TABLA Nº 1
PAUTA DE DETECCION DE HIJO NO DESEADO

Criterio	Puntaje
Confiesa abiertamente no desear el hijo	2,50
Uso de anticonceptivos en momento de la concepción	1,00
Ausencia de la madre en 2 visitas domiciliarias acordadas en forma previa	1,00
Antecedentes maternos de aborto provocado	0,75
Cumplimiento de controles de embarazo: ningún control	0,75
3 controles	0,50
Cumplimiento de 2 ó menos controles de salud en el primer trimestre del niño	0,50
Incremento ponderal menor o igual al 75% de lo esperado en dos controles sucesivos	0,50
Desarrollo psicomotor inadecuado a los 3 y/o 6 meses de vida	0,50
No vive con su madre biológica por más de 2 meses	0,50
HND: 2,5 puntos o más. DUDOSO: 2 puntos. HD: menos de 2 puntos	

TABLA Nº 2
ALGUNAS CARACTERISTICAS DE 350 NIÑOS, 3 A 11 MESES, SEGUN SU CONDICION DE SER O NO DESEADO. CURACAVI, 1985

Característica	No deseado (16) 4,6%	Dudoso (26) 7,4%	Deseado (308) 88,0%	Total (350) 100,0%
% mujeres	68,8	57,7	51,9	53,9
% madres con educación básica	81,2*	73,1	58,4*	60,6
educación media	12,5*	26,9	39,9*	36,9
% madres solteras	31,2*	30,8	15,6*	17,5
casadas	43,8*	42,3	72,3*	69,1
Nº promedio orden nacimiento	2,8	2,3	2,1	2,2
Edad materna promedio	22,5	22,1	24,6	24,3
% lactancia materna exclusiva a los 90 días de vida	62,5*	77,0	85,2*	83,4

* Significativo

69. LA MORBILIDAD EN EL LACTANTE MENOR DE TIL TIL

Drs. Patricia Cordella, Florentina Auger, Manuel León y Aída Araya
(Hospital-Consultorio Til Til)

La morbi-mortalidad del lactante menor está relacionada no sólo con factores biológicos, sino también con otros sociales y ambientales.

El objetivo de esta investigación es caracterizar la morbilidad del lactante menor controlado en el Hospital-Consultorio Til Til y relacionarla con factores de riesgo tales como peso de nacimiento, edad, paridad y escolaridad de la madre, duración lactancia materna, CAS y estado nutricional.

Se caracteriza la morbilidad que presentan 130 niños durante el primer año de vida. De éstos, se seleccionan 92 casos quienes contaban, para la finalidad de nuestro estudio, con datos completos en la ficha clínica.

Los casos seleccionados registran 575 consultas de morbilidad. El total de lactantes durante el 1er año de vida presentó 6,25 de episodios mórbidos por niño por año (ENA).

El promedio de episodios, según patologías, fue de 2,7 ENA para las enfermedades respiratorias; 0,7 para las del SNC y órganos de los sentidos, y 0,55 para las diarreas.

En el 1er. trimestre se produce el 47% de la patología de piel, y en el 3er. trimestre, el 33% de la patología vía respiratoria alta.

A continuación se relacionan los factores de riesgo seleccionados con el promedio de episodios patológicos por lactante por año.

El lactante con peso de nacimiento menor de 2.500 g presenta 4,4 ENA; de éstos, 0,8 son episodios de bronconeumonía y 0,2 de diarrea. El lactante con peso de nacimiento mayor de 2.500 g, a diferencia del anterior, tiene un promedio de 5,2 patologías anuales, de las cuales 0,3 son bronconeumonía y 0,57 diarreas.

Los hijos de madres en edad extrema (menor de 17 años, mayor de 30 años) tienen más episodios patológicos al año (7,4 y 7,2 ENA) que aquellos hijos de madres en edad intermedia (5,8 ENA) y presentan más bronconeumonía 0,8 ENA (madres menores de 17 años) y 0,6 ENA (madres mayores de 30 años) que la edad intermedia (0,2 ENA). En diarrea, a menor edad de la madre, mayor cantidad de episodios (menor de 17 años, 1 ENA; 17-30, 0,57 ENA; mayor de 30 años, 0,38 ENA).

Los episodios patológicos son más frecuentes cuanto mayor sea la paridad materna, destacando aquellos de vía respiratoria alta en madres de más de 4 hijos (3,0 ENA). La diarrea, en cambio, es más frecuente en el hijo único (0,70 ENA) y disminuye a menor paridad 0,53 ENA, (2-3 hijos) y 0,35 (más de 4 hijos).

El hijo de madre analfabeta presentó un promedio de 3,6 ENA. Aquellos hijos de madres con educación básica, 5,14 ENA y 5,3 ENA cuando la madre tiene educación media o superior. Todas las patologías estudiadas son más frecuentes en el rango intermedio de educación (1º básico a 8º básico).

En relación a la lactancia materna, cuando es menor de 3 meses 29 días, el promedio de patología anual es de 6,7 ENA, y disminuye a 5,8 ENA si la lactancia se prolonga por más de 4 meses. El primer grupo de lactantes tiene mayor cantidad de patología de la vía respiratoria alta (3,06 ENA), vía respiratoria baja (0,53 ENA), aparato digestivo (0,73 ENA), aparato genito-urinario (0,13 ENA). En relación a iguales patologías, cuando la lactancia sobrepasa los 4 meses, los promedios son de 2,5 ENA; 0,3; 0,15 y 0,05 ENA, respectivamente.

Por otro lado, cuanto mayor pobreza señala el CAS (índice de pobreza actualmente utilizado), mayor es la cantidad de episodios patológicos anuales (8,6 ENA para CAS 1; 4,1 ENA para CAS 5). La extrema pobreza determina alta frecuencia en enfermedades de la vía respiratoria alta (3,6 ENA) y baja (0,64 ENA); diarrea (1,09 ENA); enfermedades infecciosas y parasitarias (0,55 ENA); enfermedades del SNC (1,27 ENA).

En cuanto al niño distrófico, definido para esta investigación como aquel que presentó durante el primer año de vida, desnutrición o riesgo de desnutrir, no presenta gran diferencia con el eutrófico en el promedio de episodios patológicos anuales (6,0 ENA y 6,3 ENA). Sin embargo, el distrófico enferma más de bronconeumonía (0,46 ENA) y de enfermedades de la piel (1,1 ENA) que el eutrófico (0,37 y 0,90 ENA respectivamente). El resto de las patologías tienen promedios similares.

El estado civil de la madre determina un promedio de 5,7 ENA en uniones no legales y madres solteras, y 6,4 ENA para uniones legales.

No hay grandes diferencias en las distribuciones por enfermedad.

El desarrollo psicomotor es independiente del peso de nacimiento. Hay un 7.5% de lactantes con desarrollo psicomotor anormal (riesgo de retraso y retraso). Todos ellos son hijos de madres analfabetas y con escolaridad inferior a octavo básico.

Se concluye que la morbilidad del lactante menor en el Consultorio Til Til tiene distribución y frecuencia diferente según los riesgos que presenta el lactante. El equipo de salud tiene un importante rol en la modificación de factores ambientales y de educación.

70. LA BRONCONEUMONIA DEL MENOR DE UN AÑO ATENDIDA EN UN CONSULTORIO DE ATENCIÓN PRIMARIA

Drs. Adela Figueroa, Cecilia Guerrero, Sylvia Olmedo, Flor Uyeovich, Gonzalo Urcelay, Haydée Sepúlveda y Prof. Ilse López
(Consultorio La Pincoya: Programa Kellogg Santiago Norte y Escuela de Salud Pública, Universidad de Chile)

Las infecciones respiratorias agudas constituyen la principal causa de consulta pediátrica, muchas de las cuales involucran el árbol respiratorio bajo. A pesar de los avances científicos que ayudan al mejor diagnóstico de muchas enfermedades infecciosas, poco se ha logrado en cuanto a la etiología de las bronconeumonías. Estas, en su mayoría, son de origen viral, sin embargo, se tratan con antibióticos, como si fueran bacterianas.

El manejo de estos cuadros es, generalmente, extrahospitalario. En los meses fríos su frecuencia aumenta y el pediatra se ve enfrentado a diferencias entre bronquitis aguda y bronconeumonías y a administrar los recursos disponibles en los establecimientos de atención primaria, generalmente escasos. La mayoría de las veces se logra una resolución positiva. En casos extremos, no cuantificados, el paciente se deriva al Centro Hospitalario correspondiente. En este estudio se pretende mostrar la experiencia clínica ambulatoria con lactantes menores de un año en que se sospechó bronconeumonía, durante un año, en un Consultorio de atención primaria.

Se definieron como objetivos específicos: 1) Cuantificar el volumen e importancia relativa de las bronconeumonías en el total de consultas pediátricas atendidas en un año, y dentro del grupo de menores de un año; b) determinar en los menores de un año con bronconeumonía, el número de episodios por niño, la edad, sexo, nivel socio-económico, estado nutricional, lactancia materna exclusiva; c) comparar estas variables con un grupo de niños sin bronconeumonía; d) describir en los casos de bronconeumonía, su distribución a lo largo del año, método diagnóstico utilizado (clínico y/o radiológico), tipo y frecuencia de hallazgos clínicos y radiológicos, tratamiento utilizado (antibiótico y otros), frecuencia de casos con consulta en el mismo establecimiento hasta 7 días antes del diagnóstico, frecuencia de controles posteriores y hallazgos clínicos en cada uno, cuantificar los casos derivados a Servicio de Urgencia, momento y causa de derivación.

Este estudio se realizó en el Consultorio La Pincoya, dependiente del Servicio de Salud Metropolitano Norte, que tiene una población asignada de 70 mil habitantes, de los cuales el 90% es beneficiario y el nivel de clasificación socio-económico indica mayoría CAS 1 a 3. La población estimada menor de 15 años es de 19.295 hts. para el año del estudio.

Los casos se identificaron revisando las hojas diarias de atención médica pediátrica y de ellos se seleccionaron los correspondientes a neumonía y neumopatías, y de ellos las bronconeumonías pertenecientes a menores de un año, desde donde se obtuvo el número de historia clínica, ya que de ésta se extrajo la información necesaria la cual fue vaciada a un formulario especial y luego procesada electrónicamente.

Paralelamente se tomó una muestra de 100 menores de 1 año que no tuvieron bronconeumonía en 1984 y que están bajo control en este consultorio, con el fin de comparar su distribución en relación a las variables: índice CAS, estado nutricional y duración de lactancia materna exclusiva.

Resultados

Del total de consultas pediátricas otorgadas en 1984 en el Consultorio La Pincoya, se diagnosticaron 1.420 bronconeumonías (3,13%). De éstas, 404 correspondieron a menores de 1 año (28,4%) y sólo a 306 niños, o sea, 1,32 episodios por niño, hasta un máximo de 6. La distribución de niños, según número de episodios, muestra 70 con 2 ó más. Cabe destacar que 5 niños tuvieron entre 4 y 6 bronconeumonías en el año.

La edad más vulnerable pareciera ser el tercer trimestre del primer año con un 30,9% de los casos. El porcentaje es semejante para el 2º y 4º, en que se observa el 25% en cada uno. El porcentaje de niños es algo mayor que el de niñas (54,9%). Cerca del 23% registra un CAS 1, dos tercios se reparten por igual en CAS 2 y 3; el 8,8% restante no lo registra. Se encontró 15 niños con desnutrición y un 23% con sobrepeso. La mediana de duración de lactancia materna entre los niños con bronconeumonía es de 2 meses y 3 semanas; a los 6 meses sólo llegó el 39% de éstos, lo que podría calificarse como escasa.

Al comparar con el grupo de niños sin bronconeumonía, no se encontraron diferencias en la clasificación socio-económica, pero sí diferencias significativas en cuanto al estado nutricional ($p = 0.01$). En los controles se observaron menos eutróficos, un 60% más de desnutridos y un 28% más con sobrepeso. La mediana de lactancia materna es de 4 meses y una semana en los controles, o sea casi un mes y medio más alta. Entre Enero y Mayo se observa el menor número de casos (4 a 17), sube a partir de Junio hasta Agosto en aproximadamente 20 casos más cada mes, para bajar con semejante velocidad hasta Noviembre y Diciembre en que vuelve a una cifra de 20 a 24 casos.

En 3 de cada 4 casos el diagnóstico fue sólo clínico. Un 72,3% presentó tos, 58,2% signología fina y una cifra semejante, fiebre; la mitad, dificultad respiratoria y un tercio, síndrome bronquial obstructivo.

De los 107 casos (22,8%) en que se solicitó radiografía, se recibió informe del 75%. El hallazgo más frecuente (54,3%) corresponde a imágenes peribronquiales; un 34,5% a intersticiales; 28,4% a hiperinsuflación y en proporción semejante a alveolares.

Uno de cada 5 casos había consultado por patología respiratoria a lo más 7 días antes. El 82% de las bronconeumonías fueron tratadas en forma ambulatoria; de ellas, el 98% recibió penicilina sódica, 4 de ellos dos tercios como esquema único (Tabla 1). Sólo el 40,6% de los casos volvió por una vez a control, 18,8% dos veces y un 6% , 3 ó 4 veces. Importa destacar que uno de cada 3 niños no se vuelve a controlar.

Toda la sintomatología disminuye en los controles sucesivos: la tos baja del 65% al 50% después del 2º control; la signología fina de 58 a 10% , la fiebre de 56 a 20% , al igual que la dificultad respiratoria.

96 casos fueron derivados al Servicio de Urgencia, en un 61,5% en la primera consulta y un 23% al primer control. Las causas son variadas, pero en su mayoría por síndrome bronquial obstructivo y por ser menor de 2 meses (Tabla 2).

TABLA 1

**HALLAZGOS CLINICOS RADIOLOGICOS Y TRATAMIENTO DE LAS
BRONCONEUMONIAS EN MENORES DE 1 AÑO.
CONSULTORIO LA PINCOYA 1984**

Variables	Categorías	%
Hallazgos clínicos n = 404	Tos	72,3
	Signología fina	53,2
	Fiebre	55,7
	Dificultad respiratoria	49,8
	Síndrome bronquial obstructivo	32,2
Radiológicos n = 80	Peribronquiales	54,3
	Intersticiales	34,5
	Hiperinsuflación	23,4
	Alveolares	25,9
	Otras	11,1
Tratamientos prescritos n = 330	Penicilina Sódica	67,7
	Penicilina Sódica + Penoral	20,1
	Penicilina Sódica + Eritromicina	3,9
	Otros antibióticos	6,2
	Eritromicina	1,2
Otros medicamentos n = 86	Penicilina oral	0,9
	Antipiréticos	54,0
	Broncodilatadores	26,4
	Otros	

TABLA 2

**MOMENTO Y CAUSA DE LA DERIVACION A SERVICIO DE URGENCIA.
CASOS DE BRONCONEUMONIA. CONSULTORIO LA PINCOYA 1984**

Variables	Categoría	%
Momento de la derivación n = 96	Primera consulta	61,5
	Primer control	22,9
	Segundo control	8,3
	Tercer control	6,3
	Cuarto control	1,0
Causa de la derivación n = 96	Síndrome bronquial obstructivo	28,1
	Menor de 2 meses de vida	21,9
	Patología agregada	16,7
	Dificultad respiratoria	15,6
	Mala respuesta al tratamiento	6,3
	Otras	11,4

71. SÍNDROME DE MUERTE SUBITA DEL LACTANTE: VISION RETROSPECTIVA

Drs. José Belletti, Aníbal Salazar y Jorge Numair
(Departamento de Medicina Legal, Facultad de Medicina, Universidad de Chile)

Müller caracteriza el Síndrome de Muerte Súbita del Lactante (SMSL) como sigue:

1) Síncope. 2) Ningún signo patológico ni trastorno del comportamiento previo. 3) Sintomatología trivial no anterior a 48 horas prefinales. 4) Cuadro clínico dramático, de curso hiperagudo, que concluye en pocas horas con el óbito acompañado, de ordinario, de convulsiones por hiperpirexia.

La evolución muestra que el proceso es abigarrado. También es claro que la gran mayoría de los casos no presentan alteraciones que expliquen la causa de muerte, incluso contando con laboratorio especializado.

En el presente trabajo hemos pretendido mostrar qué es lo que ocurre en una comunidad de nuestro país, con tan importante patología que, por ser multifactorial con un componente ambiental importante, requiere información nacional para obtener conclusiones útiles en nuestro medio. Para tal efecto se revisaron 300 protocolos de autopsias de lactantes con diagnóstico de SMSL efectuadas en el Instituto Médico Legal de Concepción, desde el año 1969 a 1980, obteniéndose los siguientes resultados:

Los hallazgos anatomopatológicos mostraron que: el 51% tenía causa precisa de muerte, en este caso, patología que explicó la asfixia; el 23% tenía alteraciones orgánicas leves, y el 26% restante no se distinguía ningún estado patológico manifiesto. Del 51% con causa precisa de muerte se encontraron las siguientes causas de muerte en orden de frecuencia:

1) En el 39,2%, asfixia por bronquiolitis (viral o bacteriana). 2) En el 25,4%, asfixia por bronconeumonía mucopurulenta de curso rápido, con o sin síndrome de hiperinsuflación pulmonar. 3) En el 19,6%, asfixia por aspiración de contenido gástrico, sofocación por compresión torácica, por estado timolinfático por decúbito ventral. 4) En el 11,5%, cuadros gastrointestinales con deshidratación (shock). 5) En el 4,5%, cuadros de difícil comprobación como vacunación previa, alergia a la leche de vaca (por antecedentes).

Como denominador común en casi todos los casos, existían antecedentes de tratarse de un niño sano, bien nutrido, y en condiciones normales de crecimiento y desarrollo, además que ni los padres ni personas encargadas habían notado antes trastornos patológicos.

Un gran número de los casos ocurre fuera del ámbito familiar, más bien, fuera de su hábitat habitual, y esto se encontró en un 26% de los casos que el niño estaba en casa de vecinos, familiares o salas cunas.

La posición del cadáver era conocida en no más de un tercio de los casos, y de éstos, la mitad estaba en decúbito dorsal en el momento del hallazgo, y sólo en un quinto de los casos éstos se encontraban en decúbito ventral.

Todos estos datos fueron aportados por la anamnesis.

En la Tabla 1 se muestra la incidencia estacional del SMSL, observándose una clara mayor frecuencia en meses fríos.

En la Tabla 2 se aprecia que la mayor incidencia de muerte se encuentra en los primeros meses de vida, siendo la mayor entre el 3º y 6º mes.

Se encontraron sólo dos malformaciones congénitas de importancia, un encefalocele y otro con atelectasia congénita de foco pulmonar.

A la luz de los hallazgos es importante destacar que de todos los lactantes en que se plantea muerte súbita, un 49% permanece sin causa precisa de muerte, aún después de la autopsia. La asfixia de etiología infecciosa es la más importante en el grupo con causa precisa. La anamnesis resulta de gran importancia, ya que da información sobre las circunstancias que rodean a la muerte súbita. Casi el 100% de los niños son niños normales, sin patología previa o concomitante y con estado nutricional normal.

Hay una clara incidencia estacional y etarea que obligan a buscar en próximos trabajos la relación que puedan tener con fenómenos del desarrollo del niño y su adaptación al medio ambiente.

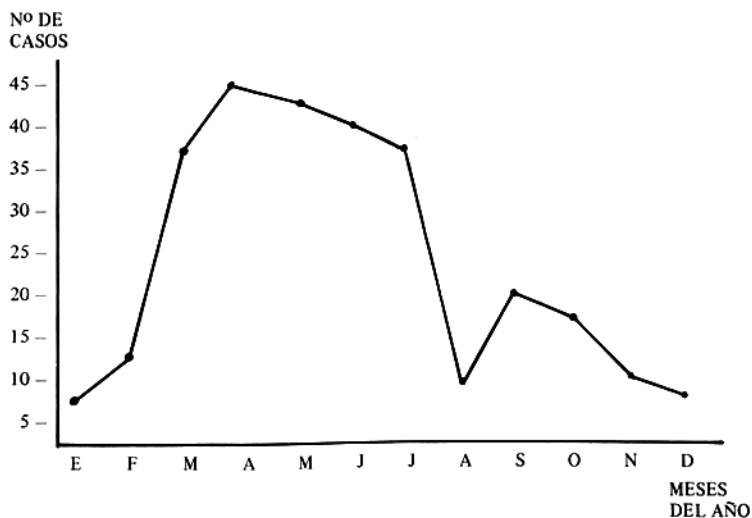
Las malformaciones congénitas que por sí solas constituyen una importante causa de muerte en los lactantes, no parecen jugar un papel relevante en este síndrome.

Sin duda alguna el SMSL tiene implicancias médicas, sociales y legales, es por eso que hay otros aspectos que quedan por tratar, por ejemplo: ¿Qué ocurre con los padres de estos lactantes que deben enfrentar un largo proceso judicial y muchas veces son arrestados?

MESES	Nº DE CASOS
E	7
F	12
M	36
A	44
M	42
J	41
J	37
A	13
S	23
O	20
N	14
D	11

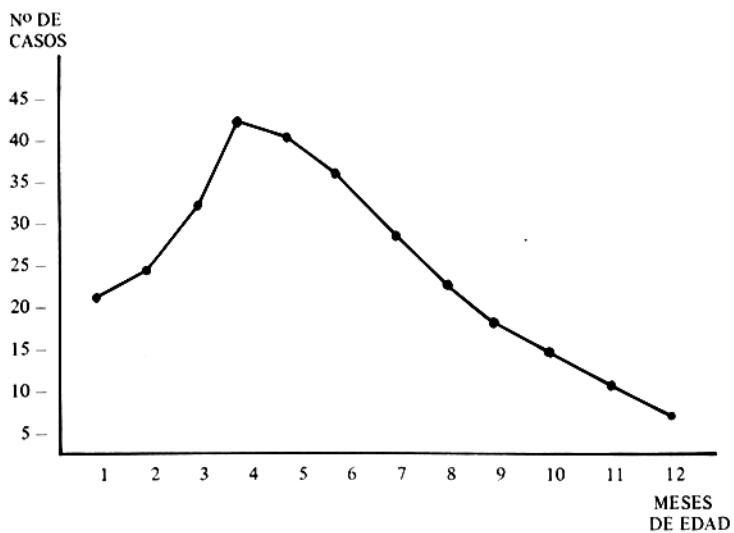
TABLA Nº 1

DISTRIBUCION ESTACIONAL DEL SD. DE MUERTE SUBITA



MES DE VIDA	Nº DE CASOS
1	21
2	24
3	33
4	42
5	40
6	35
7	28
8	22
9	19
10	15
11	12
12	9

TABLA Nº 2
DISTRIBUCION POR EDAD DEL SD. DE MUERTE SUBITA



72. ANOMALIAS CONGENITAS. CHILE. 1982

Dra. Aída Kirschbaum y Sta. Gloria Pérez
(Escuela de Salud Pública)



Cuando se analizan las tasas de mortalidad de los menores de un año en los últimos 40 años, se observa un descenso de las Afecciones Perinatales de 43,2 a 10,2 por 1.000 nacidos vivos; las Enfermedades del Aparato Respiratorio descienden de 45,7 a 4,3; las Infecciosas y Parasitarias, de 44,1 a 2,4 y sólo las Anomalías Congénitas y los Traumatismos han aumentado: las primeras de 0,9 a 3,8, y las segundas de 0,5 a 2,4. Todas las otras causas van en disminución, de una tasa de 30,1 a 4,1 por 1.000. Esto revela la importancia de los dos últimos grupos de causas. En el período neonatal también son estos dos grupos de causas las que presentan incrementos de 50% en los Traumatismos y 360% en las Anomalías Congénitas. En la mortalidad infantil tardía el incremento es de 6 veces para los Traumatismos y casi 4 veces para las Anomalías Congénitas. En cifras absolutas las Anomalías Congénitas desde 1945 a 1981, aumentaron en 468,4% y las tasas aumentaron en 184% (de 3,7 en 1945 a 10,5 en 1981).

De aquí nuestro interés en actualizar lo que está ocurriendo con las Anomalías Congénitas en nuestro país, realizando un estudio de prevalencia en las Defunciones y los Egresos del país en 1982.

Resultados

Las Anomalías Congénitas en Chile, en 1982, corresponden a 1.287 defunciones, con ligero predominio masculino y una tasa de 11,2 por 100.000 habitantes.

Por grupos de edad, el 83,8% de las defunciones por este grupo de causas ocurre en los menores de 1 año, con una tasa de mortalidad de 393,2. Las tasas descienden con la edad para volver a ascender ligeramente después de los 45 años, lo que se presenta en la Tabla 1.

El análisis de las defunciones por sexo y edad permite establecer que el predominio masculino se debe a la tasa del menor de un año que es 1,6% mayor para los varones que para las mujeres y la tasa de 15 a 24 años que es 40% mayor en los varones. Según causas específicas el 1er. lugar en importancia relativa lo presentan las Anomalías Congénitas Cardiovasculares con una tasa de 4,3 seguida por las del Sistema Nervioso con una tasa de 2,6 por 100.000. El 3er. lugar lo ocupan las Anomalías Congénitas del Aparato Digestivo con una tasa de 1,1, y el 4º lugar, las Osteomusculares con una tasa de 0,5 por 100.000. Estos cuatro grupos acumulan tres cuartas partes de las defunciones por Anomalías Congénitas. En el análisis de las tasas por causas específicas y sexos se observa que el predominio masculino corresponde a las Anomalías Congénitas Cardiovasculares, Osteomusculares, Cromosómicas y Tegumentarias. En las mujeres sólo tienen ligero predominio las defunciones por Anomalías Congénitas del Aparato Urinario, y las de los miembros.

Las tasas de mortalidad por Anomalías Congénitas según causas específicas y grupos de edad presentan la máxima importancia en el menor de un año, decrecen notoriamente en el grupo de 1 a 14 años para continuar decreciendo hasta el grupo de 15 a 24 y luego van aumentando discretamente hasta tener un aumento en el grupo de 65 y más, de 125% en las Anomalías Cardiovasculares, 66,7% en las del Sistema Nervioso; 100% en las Osteomusculares y 50% en las del Aparato Urinario sobre las tasas de mortalidad del grupo de 45 a 64 años.

Los egresos hospitalarios por Anomalías Congénitas en el Sector Estatal, que controla el 90% de las camas, en 1982 fueron 17.471 con una tasa de 151,1 por 100.000 hbits. y con marcado predominio de la tasa masculina, 65,4% mayor.

Los egresos por grupos de edad muestran una tendencia decreciente con la edad, con predominio masculino en los lactantes, en la niñez y en la adolescencia, con tasas mayores de 24,5%, 116,6% y 14,7% en estos tres grupos de edad. Después de los 25 años el predominio se hace femenino con tasas superiores en 26,5%, 80,8% y 168,1% en los grupos de 25 a 44 años; 45 a 64 y 65 años y más, respectivamente.

En el análisis de los Egresos Hospitalarios según causas específicas, el 1er. lugar en importancia relativa corresponde a las Anomalías Congénitas de los Organos Genitales, con una tasa de 45,0 por 100.000; el 2º lugar corresponde a las Osteomusculares con 26,0, y 3º, las Digestivas con 24,8; en 4º lugar las Cardiovasculares con 19,7 por 100.000 hbits. Estos 4 grupos corres-

ponden a más de 3/4 del total de egresos. Si se analizan los egresos por causas específicas y sexo, se puede detectar que el 1er. lugar en importancia relativa entre los varones está representado por las Anomalías Congénitas de los Organos Genitales, que tienen gran predominio masculino de 14.4:1 lo que determina que esta causa de egreso pasa a ocupar en las mujeres el 6º lugar. La 1ra. causa de egreso entre las mujeres corresponde a las Anomalías Congénitas Osteomusculares que en los varones ocupa el 3er. lugar. El 2º lugar en ambos sexos corresponde a las Anomalías Congénitas del Aparato Digestivo, con predominio masculino de 1.4 hombres por mujer. El 3er. lugar entre las mujeres corresponde a las Anomalías Congénitas Cardiovasculares que en los varones ocupan el 4º lugar con predominio masculino de 1.9 varones por mujer.

Los egresos por causas específicas tienen distribuciones diversas si se analizan por grupos de edad.

En el menor de 1 año, el primer lugar lo presentan las Anomalías Congénitas Cardiovasculares, 2º las Digestivas, 3º las del Sistema Nervioso, y 4º las Osteomusculares y 5º las Cromosómicas.

En el grupo de 1 a 14 años y de 15 a 24, el 1er. lugar corresponde a los egresos por Anomalías Congénitas de Organos Genitales, el 2º las Osteomusculares, 3º las Digestivas y 4º las Cardiovasculares.

En el grupo adulto joven, el 1º y el 2º lugar se mantienen: las Cardiovasculares pasan a 3º lugar y 4º las Anomalías del Aparato Digestivo. En el grupo senescente, el 1er lugar corresponde a las Anomalías Congénitas del Sistema Nervioso, 2º, Osteomusculares y Cardiovasculares y 3º, las del Aparato Urinario y 4º, las Anomalías del Aparato Digestivo.

Las tasas globales de Egresos por Anomalías Congénitas decrecen con la edad desde 1.413,9 en el menor de 1 año hasta 23,3 por 100.000 en el senescente.

TABLA Nº 1

**DEFUNCIONES POR ANOMALIAS CONGENITAS SEGUN GRUPOS DE EDAD.
TASAS POR 100.000 HBTS. CHILE 1982**

Grupos de Edad (en años)	Defunciones		Tasas
	Nº	%	
- 1	1.079	83,8	393,2
1 - 14	100	7,8	3,0
15 - 24	29	2,3	1,2
25 - 44	40	3,1	1,3
45 - 64	25	1,9	1,5
65 y más	14	1,1	2,2
Total	1.287	100,0	11,2

73. LABIO LEPORINO Y PALADAR HENDIDO EN EL RECIÉN NACIDO: ESTUDIO DE CASOS Y CONTROLES

Drs. Julio Nazer, Hugo Muñoz, Jorge Catalán, Pilar Fernández y Alfredo Aguila y Srs. Eduardo Cunill,
Ana M. Cabezas, María E. Chala, María C. Cruz y María S. Díaz
(Departamento de Obstetricia y Ginecología, Hospital Clínico de la Universidad de Chile
y Escuela de Salud Pública, Universidad de Chile)

Las anomalías congénitas constituyen la tercera causa de Mortalidad Neonatal en Chile; además se encuentran como causa directa o asociada en el 25% de las muertes neonatales.

El Labio Leporino constituye la novena malformación congénita más frecuente y sus implicaciones psicosociales en el paciente, su familia y medio ambiente, merecen una preocupación al respecto (1).

El presente estudio se realizó con un diseño de casos y controles de 30 casos con Labio Leporino aislado, 72 casos con Labio Leporino asociado a Paladar Hendido y 20 casos con Paladar Hendido aislado, registrados en la Maternidad del Hospital Clínico de la Universidad de Chile entre 1972 y 1984, y que provienen del examen directo de 77.011 nacimientos sucesivos registrados en dicho período.

Se definió como "control" al Recién Nacido vivo, no malformado, de igual sexo que el caso y que haya nacido inmediatamente después.

Se estudiaron variables asociadas a:

1) Antecedentes Familiares: consanguinidad parental, malformaciones en algún miembro de la familia, nacionalidad de abuelos y antepasados.

2) Antecedentes Maternos: edad, N° de gestaciones, N° de partos, N° de abortos, escolaridad, ocupación, grupo sanguíneo, presencia de uno o más padres y antecedentes del embarazo actual (inmunizaciones, enfermedades agudas o crónicas, metrorragia, factores físicos y químicos).

3) Antecedentes Paternos: edad, escolaridad y ocupación.

4) Antecedentes del Recién Nacido: presentación, tipo de parto, gemelaridad, sexo, peso al nacer, edad gestacional, grupo de sangre y evolución hasta las 72 horas de vida.

Resultados

La incidencia del Labio Leporino asociado o no al Paladar Hendido es superior al Paladar Hendido aislado, siendo el Labio Leporino de predominio en el sexo masculino y el Paladar Hendido en el sexo femenino. Estos resultados concuerdan con otros autores (2-3).

El aumento de la incidencia en relación con la edad materna (Tabla 1) se observa en forma más evidente sobre los 40 años, siendo el Riesgo Relativo entre 1,5 y 2,7 veces más alto que entre 20 y 24 años.

En la Tabla 2 se señalan las variables asociadas estadísticamente a algunas de las tres entidades en estudio.

Entre las enfermedades crónicas maternas asociadas al Labio Leporino aislado, la Diabetes Mellitus constituye uno de los cuadros observados con más frecuencia y su asociación con anomalías congénitas ha sido señalada por Langman (4).

La metrorragia del primer trimestre clásicamente ha sido asociada a la presencia por anomalías congénitas, por otra parte el antecedente de aborto es 25 veces superior en los casos de Paladar Hendido que en los controles.

El antecedente de anomalías congénitas en el grupo familiar es entre 2,8 y 5 veces superior en los casos que en los controles.

Interés especial merece el antecedente de ingestión de fármacos (factores químicos), de los cuales los más frecuentemente encontrados son ácido acetilsalicílico, benzodiazepinas y los antibióticos; para estos productos se han ido acumulando evidencias sobre el potencial efecto perjudicial para el feto (4-5).

Por último, el bajo peso de nacimiento clásicamente ha sido encontrado como factor asociado a las malformaciones congénitas.

Referencias

- 1) Nazer J., Díaz Véliz G., Pizarro M.T. Estudio Clínico y Epidemiológico de las Malformaciones Congénitas: II. Incidencia de Malformaciones Congénitas en el Area Norte de Santiago. *Pediatría* 22:70. 1979.
- 2) Briard M.L. y cols. Facteurs epidemiologiques et genetiques des fentes labiales et palatines. *Chirurgie Pédiatrique* 24:228. 1983.
- 3) Bergsma D., *Birth Defects compendium* cap. 178-180 Mc Millan Press Ltd. 1979.
- 4) Langman J., *Embriología Médica*, pág. 107 y 279. Panamericana. Bs. Aires. 1981.
- 5) Montenegro A., Cubillo P., Palomino H. Inducción del Paladar Hendido en ratas. *Rev. Médica de Chile* 104: 606. 1976.

TABLA Nº 1

**INCIDENCIA DEL LABIO LEPORINO ASOCIADO O NO A PALADAR HENDIDO Y
PALADAR HENDIDO AISLADO SEGUN SEXO Y EDAD DE LA MADRE
TASAS X 10.000 NACIDOS VIVOS**

	Labio Leporino aislado	Labio Leporino con Paladar Hendido	Paladar Hendido aislado
Total	3,9	9,3	2,6
Masculino	5,3	12,4	1,0
Femenino	2,4	6,1	4,3
Edad Materna			
19 o menos	0,7	6,1	2,0
20 - 24	3,8	10,3	2,3
25 - 29	5,0	8,9	2,2
30 - 34	3,8	10,3	4,7
35 - 39	5,5	11,0	1,8
40 ó más	10,3	15,4	5,1

TABLA Nº 2

**ASOCIACIONES ESTADISTICAMENTE SIGNIFICATIVAS ($p = 0.05$)
CON LABIO LEPORINO Y/O PALADAR HENDIDO
(LAS CIFRAS EXPRESAN RIESGO RELATIVO)**

Variable	Labio Leporino aislado	Labio Leporino con Paladar Hendido	Paladar Hendido aislado
Enfermedad Crónica materna	20	N.S.	N.S.
Antecedente de Metrorragia	13,3	6,9	N.S.
Antecedente de abortos	N.S.	N.S.	25
Factores Químicos	2,14	N.S.	N.S.
Malformaciones con- génitas en la familia	3,0	2,8	5,0
Bajo Peso de Naci- miento	N.S.	3,7	6,0

74. LOS NIÑOS CON MIELOMENINGOCELE EN CONTROL Y TRATAMIENTO EN EL INSTITUTO DE REHABILITACION INFANTIL DE SANTIAGO 1977 - 1985

Drs. María Antonieta Blanco, Susana Lillo y Sr. Alejandro de la Maza
(Instituto de Rehabilitación Infantil de Santiago)

El término Espina Bífida se refiere a un defecto en el desarrollo de las apófisis laminares de una o más vértebras, que no se funden en la línea media para formar una apófisis dorsal unida. Hay diversas variedades anatómicas, con diferente traducción clínica:

1. Espina bífida oculta (50% de la población en algunas estadísticas). Suele ser un hallazgo, rara vez sintomática. 2. Espina bífida manifiesta, donde se distinguen: Meningocele, 4-10% de los casos. Presenta grados menores de paresia muscular y/o incontinencia intestinal y vesical; Mielomeningocele, 90-96% de los casos. Médula defectuosa, adherida a la superficie de la pared del saco, o dentro del mismo. Puede haber fuga del L.C.R. Hay paresia o plegia por debajo del defecto, pérdida de la sensibilidad, vejiga e intestino neurogénicos. En el 65-75% de los casos hay Hidrocefalia.

Es la malformación del SNC más frecuente, y el defecto neonatal específico más común, después de la trisomía 21.

Es más frecuente en Irlanda, Escocia, País de Gales, donde algunas estadísticas alcanzan el 4,2 por mil nacimientos. En Estados Unidos es la segunda causa de incapacidad motora en el niño, después de la Parálisis Cerebral, con una incidencia que va del 1 a 2/1000 nacidos vivos en las distintas estadísticas.

En el Instituto de Rehabilitación Infantil de Santiago (I.R.I.), se cuenta con una población de 5.540 pacientes activos al 30 de Junio de 1985, y de éstos, 213 pacientes (3,7%) corresponde a niños con Mielomeningocele. De acuerdo a los registros de datos en estadística desde 1982 en adelante, se observa que la incidencia de casos nuevos que consultan en el I.R.I. ha aumentado de 4% a 5,8% en el último trimestre de 1985.

Es, por lo tanto, la Espina Bífida asociada con Mielomeningocele, una patología relativamente frecuente, que ocasiona múltiples discapacidades, que requiere de control y tratamiento adecuado y precoz por un equipo de médicos especialistas y personal para-médico.

El costo del tratamiento de estos niños, para la familia y la sociedad, es enorme, por ejemplo, en 1975 se estimó en los Estados Unidos que los gastos alcanzaron a los 11,5 millones de dólares, sin incluir los costos de hospitalización ni los honorarios médicos.

Todo lo anterior, hace necesario el conocer lo mejor posible las características de este grupo de discapacitados, con el fin de lograr un enfoque de tratamiento racional y adecuado.

Considerando que el I.R.I. atiende actualmente un número considerable de niños y adolescentes portadores de Mielomeningocele, se realizó el presente estudio descriptivo, como el primer paso para conocer las características de nuestros pacientes.

El propósito del trabajo es contribuir al conocimiento de la situación actual de los niños y adolescentes portadores de Mielomeningocele en control y tratamiento en el I.R.I. de Santiago. Los objetivos fueron describir algunas características biológicas y sociales de niños y adolescentes portadores de Mielomeningocele en control y tratamiento en el I.R.I. de Santiago.

Describir los diferentes tratamientos realizados.

Evaluar condiciones de autosuficiencia y la integración social.

Se revisaron en forma retrospectiva, las historias clínicas de pacientes portadores de mielomeningocele menores de 18 años, en control y tratamiento en el I.R.I. de Santiago desde Enero de 1977 hasta Junio de 1985.

Se confeccionó una ficha adecuada para cada paciente con los datos a obtener.

El nivel socio-económico se obtuvo mediante la clasificación usada en Servicio Social del I.R.I. según recursos y viviendas, dividiéndose en cinco niveles.

Los datos obtenidos se procesaron por computación.

Se analizaron la distribución por sexo, distribución geográfica, nivel de compromiso funcional, y las discapacidades que esta patología produce, etc., logrando un mejor conocimiento de nuestros pacientes.

75. ETNOMEDICINA DE LACTANTES BAJO CONTROL EN UNA POSTA RURAL

Dra. Julia González, Srs. Jaime Ventura y Miguel Villaseca
(Escuela de Salud Pública, Facultad de Medicina, Universidad de Chile)

El impacto de la atención médica en la salud del lactante depende en gran medida del conocimiento de los factores que condicionan su situación de salud, destacando entre éstos sus patrones culturales relativos a salud; esto cobra especial validez a nivel rural. El trabajo describe características del grupo familiar de los lactantes, conocimientos de las madres relativos a salud del niño y conductas de las madres ante la enfermedad del niño. Se entrevistó a las madres de todos los lactantes bajo control (60) en la posta de Vichuquén, perteneciente al Servicio de Salud del Maule.

A continuación se exponen algunos aspectos de los resultados.

a) Descripción del grupo familiar:

El 16% de las madres es menor de 20 años; el 11% es analfabeta y el 46% tiene un nivel de instrucción inferior a 7º año básico; el 81% declara ser dueña de casa. El 75% de las parejas muestra uniones estables. El 95% de las madres controló su embarazo y el 93% tuvo su parto en hospital; la asistencia a control del niño sano es óptima en el 95% de los casos. El tamaño promedio del núcleo familiar es de 6 personas, con menos de 4 hijos en el 79% de los casos. Un 22% de las viviendas corresponde a rancho, choza o mejoría. En relación a algunas variables socio-económicas se encuentra que: existe un 10% de padres cesantes y un 47% con trabajo inestable; el 60% de las familias está catalogada con CAS 1 y 2 y el 28% con CAS 3; un 80% de las familias declara un ingreso/persona/mes inferior a \$ 2.000 (Enero 1985); sólo el 39% de los jefes de hogar declara tener previsión.

b) Conocimientos relativos a salud del niño:

Las enfermedades mencionadas por las madres como más frecuentes corresponden a resfrió (38%) y diarrea (36%). Las patologías consideradas más graves son: diarrea (23%), bronconeumonía (18%), "pestes" (11%) y bronquitis (10%). Un 9% de las madres opina que las enfermedades de los niños no se pueden evitar y un 12% dice no saber cómo hacerlo; el resto de las madres cita medidas de prevención propias del hogar, tales como aseo (39%), cuidados relativos a la alimentación (23%), y evitar cambios de temperatura (20%); sólo el 9% menciona medidas propias de la atención de salud. Un 82% de las madres considera que su hijo es sano y atribuye esto fundamentalmente a cuidados y control durante el embarazo; el 18% considera que su hijo es enfermizo y lo atribuye a factores prenatales, cambios de temperatura y deficiencias en los Servicios de Salud. Se preguntó a las madres dónde habían obtenido los conocimientos expresados sobre salud del niño: en un 68% citaron fuentes no programadas, tales como la familia y la experiencia personal; 18% mencionó el consultorio y un 12%, la educación y medios de comunicación.

c) Conductas ante la enfermedad del niño:

La detección de enfermedad en el niño surge fundamentalmente de su observación y se basa en cambios conductuales como "maña", decaimiento y llanto (64%), fiebre (16%) y anorexia (9%). Se consultó respecto de conductas frente a síntomas específicos: fiebre, diarrea, resfrió y tos; las conductas varían de acuerdo al síntoma, prevaleciendo en algunos casos el manejo en el hogar (fiebre), la consulta a un servicio médico (diarrea y tos), o el uso de fármacos autoindicados (resfrió). Los medicamentos que son administrados al niño cuando enferma habrían sido indicados por el médico en el 64% de los casos y por la madre en el 29% de los casos. El 40% reconoce poseer medicamentos de uso pediátrico en el hogar; de éstos, la mayor parte corresponde a analgésicos y antipiréticos. Un 93% de las madres declara recurrir a prácticas propias de la medicina tradicional; el 58% lo aprendió de su madre o de otro familiar; llama la atención que el 8% lo aprendió del personal de salud.

Comparando los resultados de este estudio con uno similar realizado a nivel urbano, llaman la atención algunas diferencias encontradas:

- En cuanto a características del grupo familiar, se observa un nivel educacional de la madre más bajo, un número de hijos y tamaño del grupo familiar mayor y un nivel socio-económico (de acuerdo al CAS y al nivel de ingresos) inferiores a nivel rural.

- en relación a conocimientos sobre salud del niño, las madres asignan una mayor importancia relativa a diarreas; al igual que a nivel urbano, 1/5 de las madres no conoce medidas de prevención de las enfermedades y una menor proporción de medidas dependen de la atención médica a nivel rural.
- la conducta frente a algunos síntomas específicos muestra variaciones en relación al tipo de patología, destacando un mayor uso de fármacos automedicados a nivel urbano y un mayor uso de medicina tradicional a nivel rural. La consulta a un servicio médico muestra proporciones similares al del nivel urbano. Llama la atención que a nivel rural algunas prácticas de medicina tradicional habrían sido aprendidas del personal de salud.

Se concluye que a nivel rural existe una mayor proporción de factores condicionantes de tipo socio-económico negativos. Los factores de tipo cultural muestran una estructura similar a la del nivel urbano, con una mayor importancia relativa de la medicina tradicional; en todo caso, estas prácticas aparecen como complementarias a la atención médica.

76. ETNOMEDICINA DE LACTANTES BAJO CONTROL EN UN CONSULTORIO PERIFÉRICO URBANO

Dra. Julia González, Srs. Jaime Ventura, Miguel Villaseca, Vladimir Yuseff, Flavio Zambra y Francisco Zúñiga

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

El trabajo describe un conjunto de factores que condicionan la situación de salud del lactante, destacando variables de tipo cultural. Se estudia una muestra aleatoria de 89 lactantes bajo control, en el Consultorio Independencia del Servicio de Salud Metropolitano Norte; la información se obtuvo mediante una entrevista a las madres de los lactantes en su domicilio. Se investigaron características del grupo familiar de los lactantes, conocimientos de las madres relativos a salud del niño y conductas de las madres ante la enfermedad del niño.

A continuación se muestran algunos aspectos de los resultados:

a) Descripción del grupo familiar:

El 90% de las madres tiene más de 20 años; el 84% tiene un nivel educacional superior a 6º año básico; el 83% declara ser dueña de casa. El 82% de las parejas muestra uniones estables; el 90% es de origen urbano. El 100% de las madres controló su embarazo; la asistencia a control de niño sano es óptima en el 93% de los casos. El tamaño promedio del núcleo familiar es de 5 personas, con un número de hijos entre 1 y 3 en el 89% de los casos. En relación a la vivienda, sólo un 18% de las familias cuenta con la recomendación de 14m²/persona; un tercio de las familias dispone de menos de 5m²/persona. Respecto de algunas variables socio-económicas se encuentra que: existe un 18% de jefes de hogar cesantes y un 36% con trabajo inestable (ingreso esporádico, PEM, POJH); un 37% de las familias está catalogada con CAS 1 y 2 y un 49% con CAS 3; un 64% de las familias declara un ingreso/persona/mes inferior a \$ 2.000 (Septiembre 1984); sólo el 39% de los jefes de hogar declara tener previsión.

b) Conocimientos relativos a la salud del niño:

Las enfermedades mencionadas por las madres como más frecuentes corresponden a resfriado (42%), diarreas (23%) y enfermedades respiratorias bajas (14%). Las patologías consideradas como más graves son bronconeumonía (31%), diarrea (29%) y meningitis (11%). Un 13% de las madres opina que las enfermedades de los niños no se pueden evitar y un 8% dice no saber cómo hacerlo; el resto de las madres cita medidas de prevención propias del hogar (85%), tales como evitar cambios de temperatura, cuidados relativos a la alimentación, aseo y otras; el 15% restante menciona medidas propias de la atención de salud, tales como vacunación, control periódico y administración de vitaminas. Un 87% de las madres considera que su hijo es sano y atribuyen esto fundamentalmente a cuidados, preocupación y afecto maternos, lactancia natural y buena alimentación; el 13% que considera que su hijo es enfermizo lo atribuye fundamentalmente a factores prenatales. Se consultó a las madres respecto de fuentes de adquisición de conocimientos sobre salud del niño; en un 59% citaron fuentes no programadas tales como la familia y la experiencia personal, un 17% mencionó la educación formal y los medios de comunicación y un 17% citó el consultorio.

c) Conductas ante la enfermedad del niño:

La detección de enfermedad en el niño surge fundamentalmente de su observación y se basa en cambios conductuales tales como "maña", decaimiento y llanto (54%), anorexia (15%) y fiebre (14%). Se consultó respecto de conductas frente a síntomas específicos: fiebre, diarrea, resfriado y tos; las conductas varían de acuerdo al síntoma prevaleciendo en algunos casos el manejo en el hogar (fármacos automedicados, otras medidas generales, uso de medicina tradicional) y en otros, la consulta a un servicio médico. Los medicamentos usados habían sido indicados en alrededor de 2/3 de las veces por médico; el 1/3 restante había sido indicado por la madre, la farmacia u otras personas. De los medicamentos existentes en el hogar al momento de la entrevista, la mayor parte correspondió a analgésicos y antipiréticos (36%), antitusivos y expectorantes (27%) y antibióticos (19%). Un 67% de las madres declara recurrir a prácticas propias de la medicina tradicional; la mayor parte de éstas corresponde a uso de infusiones de yerbas. Gran parte de las madres (40%) no es capaz de precisar el origen del conocimiento de estas prácticas; el resto atribuye el origen a su madre o a otro familiar.

Se concluye que existe en el hogar un grupo importante de factores que favorecen la salud del lactante tales como edad y escolaridad de la madre y actitud de ésta ante la atención médica; algunas variables negativas estarían representadas por las características de la vivienda, la situación laboral del padre y el bajo nivel de ingreso. En relación a factores de tipo cultural, los conocimientos generales de salud que posee la madre aparecen como adecuados; las conductas de la madre frente a la enfermedad son en general apropiadas o al menos inocuas. El uso de medicina tradicional no interfiere con el adecuado manejo de la morbilidad del lactante y aparece como complementaria a la atención médica del consultorio.

77. IMPACTO DE LA LACTANCIA MATERNA EN LA SALUD DEL PREESCOLAR

Dr. Jorge Gutiérrez, Prof. Ilse López, Sra. Genoveva Figueroa, Drs. Patricia Bondi y Ernesto Salgado, Enf. Eliana Palta, Nutr. Fresia Jiménez, Dra. Haydée Sepúlveda y Srs. Luis Gutiérrez, Sergio Pérez y María Victoria Hernández

(Consultorio La Pincoya; Programa Kellogg Santiago Norte y Escuela de Salud Pública, Universidad de Chile)

La lactancia materna ha sido motivo de preocupación por parte de los responsables de los programas materno-infantil, especialmente en las últimas dos décadas. Fue ampliamente difundido el fenómeno de su disminución entre los niños chilenos, al igual como ocurrió con los demás países de América Latina y en los países industrializados.

Los beneficios de ella durante el primer semestre de la vida, en especial, y en el segundo, en otras, ya no se discute, sólo se trata de motivar a la madre lo suficiente para que su hijo reciba un alimento que la naturaleza le ha preparado, el afecto y el calor que sólo a través de este medio le puede comunicar. Pensamos que las bondades de la leche materna en el primer y segundo año de vida, han sido suficientemente analizados en el medio urbano de nuestro país, sin embargo, la posible influencia en la salud del preescolar no se ha explorado, por esta razón se planteó un estudio cuyo propósito fue medir la influencia que una lactancia materna más prolongada tiene en estos niños en cuanto a que presenten menos morbilidad y mejor desarrollo antropométrico.

En este primer informe sólo se presentan dos de cuatro objetivos específicos definidos, cuales son: 1) caracterizar un grupo de niños que, posteriormente, se siguen hasta los 4 años, en cuanto a peso al nacer, Apgar al minuto, sexo, estación del año en que nació, tipo de parto, edad y escolaridad de la madre; 2) determinar la duración de la lactancia materna absoluta y relacionarla con cada uno de los factores descritos en el objetivo anterior.

En este estudio se realiza un seguimiento de la totalidad de los recién nacidos inscritos en el Consultorio La Pincoya, dependiente del Servicio de Salud Metropolitano Norte, entre Julio de 1980 y Junio de 1981: estos niños se siguen hasta que cumplen 4 años. Todos éstos son niños de situación económica baja, en su mayoría CAS 1, 2 y 3.

Los datos se obtienen a partir del libro de registro de inscripción de recién nacidos y luego se ubica su ficha clínica y se vacían en un documento especialmente diseñado. El procesamiento se hizo a mano.

Se excluyen los niños con peso al nacer inferior a 2.000 g y/o con malformaciones que pudieran dificultar una normal alimentación (labio leporino, cardiopatía, hipotiroidismo).

Resultados

Se trata de 940 niños, de los cuales el 53,4% son varones. En cuanto al peso al nacer, un 5,1% presenta bajo peso (2.002-2.500 g); un 21,7% , peso insuficiente (2.501-2.000 g), y el resto, 73,3% más de 3.000 g. El promedio es de 3.280 g.

El 71,6% nació de parto normal. Sobre el 90% presentó un Apgar al minuto de 10 o más. Sólo el 4,4% registró Apgar inferior a 4. Un poco más de un tercio son primeros hijos; uno de cada cinco, segundo hijo; un 18,9% , tercero y un 12% , quinto o más. La mediana para la variable orden del nacimiento es 2º. En cuanto a la estación del año en que nacieron, se reparten casi por partes iguales en cada una de ellas.

En relación a la edad de la madre, un 8,7% son hijos de adolescentes, menores de 18 años; un 45,6% tenía entre 18 y 24 años; una de cada cinco madres tenía entre 25 y 29 años, y sólo un 25% , 30 años o más. Su nivel de escolaridad alcanza a una mediana de 7 años. Un tercio de las madres tienen, al menos, enseñanza básica completa; no más de 1 de cada 4 de los niños estudiados tiene una madre semianalfabeta, con menos de 5 años de estudio.

En cuanto a la prolongación de la lactancia materna exclusiva: uno de cada cuatro niños la recibe por un período corto de 2,25 meses o menos; la mitad lo hace por 5,25 meses o más. Al considerar 6 meses como el período ideal encontramos a un 41% del grupo estudiado en esa situación.

Al analizar este comportamiento de lactancia natural entre las distintas categorías de las variables sexo, tipo de parto, estación del año en que nació el niño, no se encontraron diferencias significativas.

No ocurre lo mismo con el peso al nacer: los niños de bajo peso (2.001-2.500 g) reciben leche materna en forma exclusiva por menos tiempo que los demás. Su mediana es de 3 meses, en los niños de peso insuficiente, en cambio, es de 5 meses, y en los de sobre 3.000 g, 5 meses y medio. A los 6 meses alcanza sólo el 23% de los primeros y un 40% de los dos últimos.

En relación al Apgar: antes de los 5 meses de edad, la proporción de niños con Apgar bajo (-7) alcanza a un 63%, en cambio los de Apgar de 7 y más, sólo son un 54,5%. La mediana es coincidente pero, a partir de este punto, 5,25 meses, los de Apgar bajo se reducen con mayor rapidez.

En cuanto a la edad de la madre: se aprecian 3 períodos: 1) hasta los 4 meses, en que los hijos de madres de 30 y más son menos del 50%; 2) entre 4 y 8 meses los hijos de adolescentes se mantienen en mayor proporción que los demás; en este período el grupo proporcionalmente más pequeño corresponde a madres de 30 a 34 años. 3) A partir de los 9 meses de vida del niño, la edad de la madre no influye en la prolongación de la lactancia.

La mediana para hijos de adolescentes es de 5 meses y 3 semanas; para los hijos de madres de 18 a 29 años, es de 5 meses y 1 semana; para los hijos de madres de 35 y más, de 4 meses y medio, y de 30 a 34 años, de 3 meses y medio.

El orden de nacimiento determina una lactancia más prolongada para los primeros hijos (5 meses y medio); le siguen los 2º, 3º, 4º hijos con 5 meses y una semana y, finalmente, los 5º o más, con 4 meses.

La escolaridad de la madre no determina diferencias hasta los 4 meses. Desde el 4º mes los grupos comienzan a separarse estableciéndose entre el 6º y 9º mes una clara diferencia entre hijos de madres con escolaridad alta (3º-4º medio) y el resto, siendo más alta la proporción de niños con L.M.E. cuanto menor es la escolaridad.

78. MORBILIDAD EN NIÑOS EN SITUACIÓN IRREGULAR, MENORES DE 6 AÑOS, CASA NACIONAL DEL NIÑO (CORDAM). SANTIAGO 1985

Enf. Alicia Briceño, Dra. Victoria Gassibe y Sta. Julia Pinto
(Casa Nacional del Niño)

El estudio del problema de la irregularidad en los niños ha surgido como una necesidad en los últimos años ya que, si bien se conocen los motivos sociales que son causa de protección, se desconoce la patología médica que los acompaña, provocando el desequilibrio biopsicosocial que habitualmente agrava la situación.

Dentro de los sistemas de protección existen los Centros de Observación y Diagnóstico, como lo es Casa Nacional del Niño, donde ingresan los menores, quienes son estudiados desde el punto de vista social, médico y psicológico, resultando de esto un diagnóstico que facilite la solución de sus problemas en forma integral.

Para este estudio se analizaron 285 Boletines de Egreso, efectuados durante el primer semestre de 1985, en cuanto a sexo, edad, diagnósticos de egreso y patología adquirida durante la estadía en el Centro de Observación y Diagnóstico. Además, se estudió el promedio de los días de estadía y destino de los egresos.

El grupo estudiado, en un 49,8% son hombres y 50,2% mujeres. En cuanto a grupo etareo, el 60,4% son menores de 2 años, el 38,9% entre 3 y 6 años y el 0,7% , mayor de 6 años.

Los diagnósticos de egreso más frecuente son las enfermedades de las glándulas endocrinas y de la nutrición, dado por la desnutrición, con un 22,4% ; de importancia relativa las enfermedades infecciosas-parasitarias con 17,9% , y las enfermedades del aparato digestivo con 15,8% . Llama la atención las anomalías congénitas y los trastornos mentales con un 5,3% y 4,6% respectivamente. En cuanto a sexo no hay diferencias en las tres primeras causas, que son enfermedades de glándulas endocrinas y de la nutrición, enfermedades infecciosas-parasitarias y enfermedades del aparato digestivo.

El 52,3% de la patología intercurrente en los menores de 2 años es de origen infeccioso-parasitaria, y el 18% , de origen respiratorio. En los pre-escolares las enfermedades infecciosas se presentan en un 60,4% , y 16,7% respiratorias. El número de camas es de 80, el promedio de días de estadía es 58,23% y el índice ocupacional, 98,49%.

En relación al destino de los egresos: 16,07% egresa en adopción; 65,9% a colocación familiar; 13,11% con su familia; 1,97% a CONIN; 2,95% a otras instituciones especializadas, como COANIL y hogares de menores.

En los cinco primeros diagnósticos de egreso, llama la atención la aparición de anomalías congénitas y trastornos mentales, patologías más prevalentes en estos niños que en la población general, ocasionadas por las condiciones de vida.

La elevada proporción de patología infecciosa adquirida durante la estadía del niño en el centro, está dada probablemente por el alto índice ocupacional, el elevado promedio de días de estadía y además porque el niño, especialmente el lactante mayor y pre-escolar, realiza actividades grupales en recinto cerrado, lo que aumenta el riesgo, especialmente en las enfermedades diarreicas.

En cuanto a la patología respiratoria intercurrente, ésta es más frecuente en lactantes menores y recién nacidos, quienes permanecen en sus cunas en salas pequeñas.

El alto índice ocupacional indica la alta demanda de este tipo de instituciones.



TABLA Nº 1

**DIAGNOSTICO DE EGRESO SEGUN GRANDES GRUPOS ETARIOS. CASA NACIONAL
DEL NIÑO (1º SEMESTRE 1985)**

	E D A D E S							
Diagnósticos	Menor 2 años		3 - 6 años		Mayor 6 años		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Enf. Glándulas Endocrinas y Nutrición	46	26,7	18	16,2	—	—	64	22,4
Enf. Infecciosas y Parasitarias	30	17,4	21	18,9	—	—	51	17,9
Enf. Aparato Digestivo	20	11,6	23	20,8	2	100	45	15,8
Anomalías Congénitas	11	6,4	12	10,8	—	—	23	8,1
Trastornos Mentales	13	7,6	9	8,1	—	—	22	7,7
Enf. Aparato Respiratorio	13	7,6	2	1,8	—	—	15	5,3
Enf. Piel y Tejido Celular Sub-cutáneo	7	4,1	6	5,4	—	—	13	4,6
Enf. Sistema Nervioso y Organos de los Sentidos	6	3,4	12	10,8	—	—	12	4,2
Enf. Sangre y Organos Hematopoyéticos	7	4,1	2	1,8	—	—	9	3,2
Afecciones Perinatales	1	0,6	—	—	—	—	1	0,3
Otras	18	10,2	12	10,8	—	—	30	10,5
Total	172	100,0	111	100,0	2	100	285	100,0

TABLA Nº 2

**DIAGNOSTICOS DE EGRESO SEGUN SEXO. CASA NACIONAL DEL NIÑO
(1º SEMESTRE 1985)**

Diagnósticos	S E X O					
	Masculino		Femenino		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Enf. Glándulas Endocrinas y Nutrición	27	19,0	37	25,8	64	22,4
Enf. Infecciosas y Parasitarias	26	18,3	25	17,5	51	17,4
Enf. Aparato Digestivo	19	13,4	26	18,5	45	15,8
Anomalías Congénitas	10	7,0	13	9,1	23	8,1
Trastornos Mentales	12	8,5	10	7,0	22	7,7
Enf. del Aparato Respiratorio	12	8,5	3	2,1	15	5,3
Enf. de la Piel y Tejido Celular	9	6,3	4	2,8	13	4,6
Enf. del Sistema Nervioso y Organos de los Sentidos	9	6,3	3	2,1	12	4,2
Enf. de la Sangre y Organos Hematopoyéticos	4	2,8	5	3,5	9	3,2
Afecciones Perinatales	—	—	1	0,7	1	0,3
Otras	14	9,9	16	11,2	30	10,5
Total	142	49,8	143	50,2	285	100,0

79. CONOCIMIENTOS DE HIGIENE Y CUIDADO PERSONAL Y AMBIENTAL EN POBLACION ESCOLAR (SANTIAGO, 1985)

Drs. Francisco Radrigán, Claudio Daza, Pablo Franco, Andrés González, Gloria Moya y Raúl Ramírez
(Departamento de Salud Pública, División Occidente, Facultad de Medicina, Universidad de Chile)

La educación para la salud es fundamental dentro de la atención primaria, y de gran importancia para elevar el nivel de salud de la población. A nivel escolar representa un positivo impacto en la formación de actitudes y conductas favorables en salud, y se proyecta no sólo en el niño, sino que, a través de éste, en la familia y la comunidad.

Entre los aspectos necesarios para el cuidado de la salud, consideramos como más fundamentales aquellos que se refieren al ámbito de la higiene y cuidado personal y ambiental. Sin embargo, en la literatura nacional encontramos escasa información acerca del conocimiento que maneja o debe manejar la población general. En relación a lo anteriormente expresado, hacemos notar que existen pocos programas específicos, tanto a nivel del Ministerio de Salud como en el de Educación, orientados hacia este problema.

Por esto nos interesó describir los conocimientos de higiene y cuidado personal y ambiental en población escolar con el fin de detectar, en una primera aproximación, áreas más deficitarias, para desarrollar sobre ellas investigaciones posteriores más dirigidas. También estudiamos la relación entre higiene y cuidado personal y ambiental, y tipo de colegio (Fiscal o Particular), curso, sexo, estado civil de los padres y número de personas que cohabitan en la casa. En el aspecto personal se estudiaron ojos, cabello, dentadura y aseo corporal; en el ambiental, el aseo de la casa, disposición de basuras, control de vectores y cuidados de animales domésticos.

Se tomó una muestra accidental de 492 alumnos de 5 colegios fiscales (378 alumnos) y 2 particulares (114 alumnos), 229 varones y 257 mujeres, de 4º y 8º año básicos (216 y 276 alumnos respectivamente). Se ocupó una encuesta estructurada diseñada especialmente, la que fue probada y, posteriormente, modificada, consistente en 14 preguntas de selección múltiple, 17 preguntas con respuestas de verdadero o falso. Los datos fueron tabulados, asignándose un puntaje a cada pregunta, agrupándose luego en los distintos rubros, codificadas como "Bueno - Regular - Malo", según rangos pre-establecidos. El procesamiento de datos se realizó en un computador EPSON QX 10. Se aplicó test de significación de diferencia de proporciones con un grado de seguridad de 95%.

Resultados

Se encontró 58% de respuestas buenas, 39,5% regulares y 2,5% malas como resultado global. En relación con el ámbito personal, fueron 62,6% buenas y en el ambiental 53,3% buenas, siendo significativa la diferencia entre ambos grupos.

a) Higiene y cuidado personal: Las áreas más deficitarias fueron las que hacen referencia a la dentadura (51,4% de regulares y malas) y los ojos (48,4% de regulares y malas). El conocimiento fue mejor en colegios particulares (89,5% buenas) que en fiscales (54,5% buenas). En 8º año se obtuvo mejor rendimiento (75,7% buenas) que en 4º año (45,8% buenas), siendo esta diferencia dada principalmente por los colegios fiscales. Las mujeres (68,1% buenas) también obtuvieron mejor resultado que los varones (55,9% buenas).

b) Higiene y cuidado ambiental: Las áreas más deficitarias fueron las que hacen referencia al cuidado de animales domésticos (57,7% de regulares y malas) y al aseo de la casa (54,3% de regulares y malas). El conocimiento fue mejor en colegios particulares. En 8º año hubo mejor respuesta (68,8% buenas contra 33,3% buenas en 4º año). No hubo diferencia según el sexo.

No se encontró relación significativa ni con el estado civil de los padres ni el número de personas que habitan en la casa con ninguna de las variables estudiadas.

Discusión

Las variables medidas, a nuestro juicio, deberían ser dominadas perfectamente por alumnos de 8º año básico, lo que no ocurre en la muestra estudiada. El rendimiento fue notoriamente mejor con relación al ámbito personal, lo que puede ser explicado porque a esas edades aún no hay una clara conciencia del medio que nos rodea. Los mejores resultados obtenidos en colegios particulares son debido, sin duda, a múltiples factores, entre los cuales destacamos las mayores exigencias de éstos y el mejor nivel socio-cultural de las familias de los niños. Esto, también, debe explicar el relativo buen nivel obtenido en 4º año básico de colegios particulares, a diferencia de los colegios fiscales en que, por menores exigencias, el aprendizaje es más lento y tardío, obteniéndose una gran diferencia entre los 2 niveles estudiados.

El relativo buen nivel de conocimiento obtenido en algunos parámetros como la disposición de basuras y control de vectores, creemos que se debe más a una falta de capacidad de discriminación del instrumento (preguntas más fáciles) que a la realidad.

Es necesario hacer notar los deficientes resultados obtenidos en salud oral, a pesar de las intensas campañas realizadas para su mejoramiento.

Creemos que son necesarios nuevos estudios dirigidos hacia aquellas áreas más deficitarias y, posteriormente, desarrollar programas de estudio estructurados para la enseñanza básica.

80. PERCEPCION DE PATOLOGIAS BUCALES EN ESCOLARES DEL GRAN SANTIAGO

Drs. Silvia Mella y Ximena Molina

(Asignatura de Odontología Preventiva y Social, Facultad de Odontología, Universidad de Chile)

Al analizar los problemas de salud-enfermedad bucal que afectan a la población infantil, parece importante describir cómo ésta percibe su situación de salud, y en qué etapa de estos procesos patológicos perciben que están enfermos. Esto es necesario para tener una aproximación de esta percepción y así implementar programas odontológicos que puedan captar las enfermedades bucales en la forma más precoz posible, disminuyendo así el tiempo de tratamiento y los costos.

Se decidió realizar una encuesta que abarcó 1.059 niños de 6 a 14 años, ambos sexos, todos los niveles socio-económicos. No se incluyeron niños de menor edad por razones de validez en las respuestas entregadas.

Este estudio formó parte de la encuesta de morbilidad bucal y necesidad de tratamiento realizada en 1981, de acuerdo a la metodología propuesta por O.M.S. para estudios epidemiológicos en Odontología, y que además de exámenes clínicos, incluye preguntas directas y estructuradas. Dentro de la variedad de ellas, una de las preguntas estaba dirigida a pesquisar cómo los niños percibían su Salud Bucal. En el grupo de niños que declararon no tener problemas en sus dientes, encías o boca, se cruzó esta respuesta con el examen clínico correspondiente, concluyéndose que son capaces de percibir patologías obvias, pero no patologías incipientes, por lo que es imprescindible realizar actividades de educación para la salud, especialmente en relación a autoexamen, para que así la población infantil acuda a tratamiento preventivo o curativo en etapas precoces del proceso de enfermedad bucal.

A continuación se presentan como un ejemplo los resultados obtenidos al comparar los exámenes clínicos en relación a gingivitis, de 575 niños que declararon no tener problemas.

TABLA Nº 1

PRESENCIA DE GINGIVITIS EN LOS NIÑOS QUE DECLARAN NO POSEER NINGUN PROBLEMA ODONTOLÓGICO, POR TOTAL DE NIÑOS AMBOS SEXOS, TODAS LAS EDADES, TODOS LOS NIVELES SOCIOECONÓMICOS

Gingivitis	T o t a l	
	Nº	%
No	476	82,7
Si	99	17,3
Total	575	100 0

De este 17,3% que no percibe sus patologías, incluso 1 niño tiene enfermedad periodontal avanzada.

81. ASPECTOS PROGRAMATICOS DE LA ATENCION DE SALUD DEL ADOLESCENTE

Drs. Marlene Calvanese, Elizabeth Berger, Luz Conejera, Marcia Carrasco, Isabel Campamá, Roxana Hurtado, Sergio Trujillo y Ana M. Kaempffer
(Escuela de Salud Pública, Universidad de Chile)

Desde hace más de una década, se aprecia en nuestro país un interés creciente por los problemas de salud de los adolescentes. Este grupo presenta problemas importantes que, sin desconocer problemas de salud física, se ubican de preferencia en el área psicosocial.

Si se acepta como adolescente al grupo etario de 10-19 años, en términos de atención de salud, sólo el grupo de 10-14 años ha estado cubierto por acciones programáticas. La reciente apertura del grupo etario 15-19 años hace urgente la preocupación por el proceso de programación de aquellas actividades más prioritarias para la salud de este grupo. Hasta este momento, los programas que se realizan tienen que ver más bien con problemas específicos (embarazo precoz, consumo de drogas) que con la atención de la salud.

Desde otro punto de vista, se postula que la atención del adolescente debe ser realizada por un equipo multidisciplinario y multisectorial. Si bien ello es cierto para una atención ideal, creemos que se puede intentar una aproximación programática basada en la realidad concreta de escasez de recursos. El conocimiento de un programa realizado por la Dra. Paula Peláez en el Consultorio Andes, entre Junio de 1983 y Junio de 1984 (3), nos motivó para analizar los aspectos programáticos y administrativos del programa. En la literatura se describen las condiciones que debe reunir un centro de atención de adolescentes en términos de ambiente físico amplio, privacidad, confidencialidad y actitud del personal.

El Centro que analizamos funcionó en un local estrecho e inadecuado con un médico de jornada parcial y la ayuda de una funcionaria del PEM; sin embargo, creemos que la calidad humana de la relación con los consultantes permitió cumplir con los requisitos de privacidad, confidencialidad y de actitudes frente al adolescente.

Propósito

Contribuir al conocimiento de los problemas de salud del adolescente y de sus necesidades de atención.

Objetivos

a) Estimar la cobertura en el grupo atendido. b) Analizar el grado de participación de los padres. c) Medir la concentración observada. d) Estimar la capacidad resolutoria cualitativa y las necesidades de referencia.

Material y Método

El estudio se realizó analizando un total de 582 fichas completas de adolescentes que consultaron en el Centro, y que fueron atendidos por una sola persona. Se consignaron los 2 primeros diagnósticos de la primera consulta. Se consignó, además, si la primera consulta se realizó en el primer semestre de funcionamiento del programa (81%). Las edades de los consultantes fluctuaron entre 12 y 21 años. La distribución por sexo fue la esperada en este tipo de centro: 63% fueron mujeres y 37% varones.

Resultados

- Estimación de cobertura. El programa se ofreció sobre bases voluntarias al alumnado de 4 liceos del sector Occidente de Santiago. La población estimada es de alrededor de 4.000 alumnos. De ellos acudieron un total de 602 alumnos, por lo que creemos que un programa para adolescentes escolares debe basarse en una estimación de cobertura de por lo menos 20% para consulta de morbilidad.
- Participación de los padres. Fue bastante adecuada. Los padres fueron citados en aproximadamente 50% de los casos. De los padres citados acudió el 68% de los inscritos al comienzo del programa y un 55% de los inscritos en el segundo semestre.
- Concentración. En la Tabla 1 se aprecia la distribución según número de consultas. La concentración promedio fue de 1,97 consultas por niño; la mayor parte recibió 1 ó 2 consultas y no hubo diferencias por sexo.

d) Capacidad resolutive. La capacidad resolutive cuantitativa no se pudo calcular por no haber estadística de rechazo separada para el Centro y para el resto del Consultorio Andes; pero al parecer es bastante alta.

En la tabla 2 se resume la capacidad resolutive cualitativa del nivel local. En efecto, muchos de los problemas se resolvieron a nivel del Centro y otros con ayuda de personal del Consultorio Andes.

Como se aprecia, la capacidad resolutive global del nivel local es de 34,5% para el total de diagnósticos, lo que nos parece adecuado si consideramos la muy insuficiente dotación de recursos humanos y materiales. La capacidad resolutive fue mayor para el diagnóstico 1 que para el 2.

La capacidad resolutive no se asoció en forma significativa con el número de consultas.

Un 28,1% adicional fue referido y, probablemente, resuelto a nivel de especialidades. De ellas, Psiquiatría representa un 41%, Oftalmología un 18%, Odontología un 11% y Otorrinolaringología un 6,5%.

Resumen y Conclusiones

- 1) Se analizan los aspectos programáticos de un centro de atención de adolescentes del Area Occidente de Santiago.
- 2) Existe una real necesidad de implementar servicios de salud no especializados para adolescentes, ya que la cobertura por demanda voluntaria fue superior a 15%.
- 3) La concentración promedio fue de 1,97 consulta anual por consultante. La tasa de consulta espontánea observada fue de aproximadamente 0,15 por niño del total de la población estimada.
- 4) La capacidad resolutive cualitativa es buena, si se considera que todas las consultas debieron ser absorbidas por una sola profesional de jornada parcial, con escaso apoyo administrativo. Suponemos que esa capacidad podría aumentar considerablemente de contarse con más recursos (enfermera-psicólogo).
- 5) Las necesidades de referencia son altas y más de 3/4 partes se concentran en 4 especialidades. Lo anterior confirma que, aunque no se pueda contar con el equipo completo a nivel primario, es necesario contar con acceso a algunos consultorios de especialidad, en un sistema de referencia bien coordinado.

TABLA Nº 1

NUMERO DE CONSULTAS DADAS A ADOLESCENTES, SEGUN SEMESTRE DE INSCRIPCION

Nº de Consultas	Semestre de Inscripción				Total	
	I		II			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
1 - 2	359	76,2	77	69,4	436	74,9
3 - 5	89	18,9	29	26,1	118	20,3
6 y más	23	4,9	5	4,5	28	4,8
Total	471	100,0	111	100,0	582	100,0

TABLA Nº 2

DISTRIBUCION DE CASOS RESUELTOS Y NO RESUELTOS EN EL NIVEL
PRIMARIO SEGUN TIPO DE DIAGNOSTICO

Sitio de Atención	Diagnóstico I		Diagnóstico II		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Centro de Adolescencia	146	25,1	104	20,7	250	23,1
Consultorio Andes	71	12,2	53	10,6	124	11,4
No resueltos	365	62,7	345	68,7	710	65,5
Total	582	100,0	502	100,0	1.084	100,0

Referencias

1. Molina R., Alarcón G., Romero M.I. y cols. Resultados de un Modelo de Atención Médica para Adolescentes Embarazadas. Rev. Méd. de Chile. 113:154, 1985.
2. Wulff C. y cols. Programa de prevención primaria y secundaria de alcoholismo y fármaco-dependencia de la comuna de Puente Alto. Resultado año 1983. Cuadernos Médico Sociales 26:81, 1985.
3. Peláez P. Atención de salud a escolares secundarios. Una metodología diferente. Rev. Chil. de Pediatr., 56:127, 1985.

82. APLICACION DE UN INSTRUMENTO DE FUNCIONAMIENTO FAMILIAR EN LA ATENCION PRIMARIA DE ADOLESCENTES

Dra. Matilde Maddaleno, Sociol. Nina Horwitz, V.C. Jara, Dr. Ramón Florenzano y Prof. Diego Zalazar
(División Oriente, Facultad de Medicina y Escuela de Salud Pública, Universidad de Chile)

Los problemas de la adolescencia son motivo de interés y prioridad cada vez más creciente, tanto en Chile como en el extranjero.

La adolescencia constituye una etapa crítica del ciclo vital, ya que se caracteriza por múltiples cambios o crisis cuya resolución determina en gran medida la calidad de la vida adulta. Es una de las etapas de mayor vulnerabilidad para el individuo, ya que éste se ve enfrentado simultáneamente a diversos y drásticos cambios biológicos y psicosociales. Para superar esta etapa en forma favorable, el joven depende no sólo de su personalidad y de su equipamiento biológico, sino también del sistema de apoyo social que lo rodea, donde juegan un rol importante la familia, la escuela y el grupo de pares. La familia es un agente no sólo de apoyo, sino socializador fundamental en esta etapa. La familia con hijos adolescentes se enfrenta, a su vez, a la necesidad de realizar sus propios ajustes, situación que crea nuevos riesgos. Si el sistema familiar no es adecuado, el adolescente tendrá problemas para progresar hacia una adultez responsable y se sustituye el apoyo por el conflicto.

Numerosos autores han usado diferentes aproximaciones e instrumentos para evaluar funcionalidad familiar. En otros estudios se ha demostrado la relación entre funcionamiento familiar y problemas de salud.

El presente trabajo pretende validar para una población adolescente el "APGAR FAMILIAR", instrumento de función familiar diseñado por Smilkstein y adaptado por uno de los autores.

El instrumento se aplicó en dos grupos de adolescentes: 240 consultantes en la Unidad de Adolescencia del Consultorio La Faena y 261 alumnos de 4º medio de un liceo de la misma comuna. En ambos grupos la distribución por sexo fue alrededor del 50%. El promedio de edad era de 15,4 años para el primer grupo y de 18,6 para el segundo.

El puntaje obtenido en cada caso se correlacionó con otras variables asociadas con función o disfunción familiar (diagnóstico de salud mental, rendimiento escolar, alcoholismo, estructura familiar, etc.).

Los resultados muestran que a medida que aumenta el puntaje del APGAR, disminuye la frecuencia de problemas de Salud Mental.

El uso de un instrumento de esta naturaleza facilita la atención integral del adolescente, y permite detectar la presencia de problemas psicosociales de origen o repercusión familiar.

Este estudio forma parte de un proceso de búsqueda de tecnologías psicosociales simples apropiadas para la Atención Primaria.

83. ATENCION PSICOLOGICA A ADOLESCENTES

Psic. Ana Cáceres, Drs. Saúl Horta y Herbert Francis y As. Soc. Ana Rojas.
(Consultorio de Adolescentes de Valparaíso)

En el Consultorio de Adolescentes de Valparaíso se presta atención médica, social y psicológica a las adolescentes provenientes de todos los Consultorios Periféricos de la ciudad y que ingresan por embarazo, por paternidad responsable y por ginecología.

En el presente trabajo se exponen resultados clínicos, evidencias empíricas e hipótesis de trabajo a partir de las experiencias acumuladas en la atención psicológica dada, prioritariamente, a gestantes precoces.

Material y Método

A 203 adolescentes que ingresaron al Consultorio se les hizo una entrevista diagnóstica y, si se consideró pertinente, participaron en psicoterapia individual o grupal, según fuera el caso.

En el diagnóstico psicológico se han establecido criterios clínicos para evaluar en las adolescentes las áreas de embarazo, relaciones interpersonales, sexualidad, afectividad, autoimagen y expectativas frente al futuro. Se clasifican en cuatro categorías diagnósticas.

Resultados

Se presenta la distribución de diagnósticos en 203 adolescentes ingresadas en 1984, siendo en su mayoría gestantes (Tabla 1).

Se destaca como constante en el tiempo de funcionamiento del Consultorio, el elevado número de adolescentes en conflictos psicológicos graves, siendo lo predominante las neurosis (48,7%) y las reacciones depresivas, seguido de disfunciones sexuales.

Dentro de los conflictos psicológicos moderados (34,7%) los déficits en repertorios sociales y de expresión emocional adecuados son los disturbios más frecuentes entre las adolescentes.

En conflictos psicológicos leves lo más frecuente es la aparición de conflictos interpersonales debido al manejo inadecuado de sus estados emocionales producto del embarazo.

Un 13,3% de las adolescentes muestra adecuación en sus interacciones sociales, en la asunción de su embarazo y en su personalidad.

Comentarios

El embarazo precoz en la adolescente es un fenómeno multicausal, en el que influyen:

1) Factores personales. Con el embarazo se satisface la necesidad de aclarar la identidad de las adolescentes. 2) Factores socioculturales. En el embarazo precoz se repite el modelo aprendido de las propias madres. Es un círculo vicioso, generado básicamente en estrato bajo: embarazo precoz materno - disfunciones intrafamiliares - embarazo precoz de la adolescente - disfunciones intrafamiliares. 3) Factores socio-económicos. Un 52% de nuestras pacientes presentan extrema pobreza, lo que significa: deprivaciones económicas, falta de oportunidades educativas, recreativas y de mayores expectativas y mejores niveles de vida.

En relación a los riesgos que aparecen en el área de la salud mental de una familia creada por una gestante precoz podemos mencionar:

1) Binomio gestante precoz-hijo. a) Hijos de alto riesgo de morbi-mortalidad. b) Aparición del "síndrome del niño maltratado", es decir, un menor frecuentemente castigado en forma física, que experimenta temor y/o agresión, con alteraciones emocionales y conductuales graves. c) Falta de modelos paternos estables. d) Muertes "accidentales" de algunos niños. e) Emergencia de "retardo mental cultural" y de niños en situación irregular.

2) Área de la pareja. Sólo el 45% tiene pareja, 30% presenta una dinámica de pareja "inadecuada" y un 54% presenta dinámica "regular", lo que da un alto índice de problemas de interacción de pareja. Algunas de ellas mantienen vínculos típicamente sadomasoquistas.

Se presentan, asimismo, conflictos serios entre las adolescentes y sus familias de origen, agravados por la situación de allegados, cesantía del jefe de hogar, contradicciones en las normas de crianza de los niños, etc.

La labor psicoterapéutica con las adolescentes se puede caracterizar, tentativamente, como la de una “intervención en crisis”, en la que el síndrome es el embarazo precoz, con las características emocionales, con interacciones sociales y con problemáticas propias del hecho de ser gestantes precoces que circunscriben a la psicoterapia a ciertos patrones: asistematicidad, deserción, necesidad de consejería y orientaciones puntuales, brevedad del tratamiento.

TABLA Nº 1
DISTRIBUCION DE DIAGNOSTICOS

Diagnósticos	Nº	%
Conflictos Psicológicos graves (Neurosis histérica y depresiva. Problemas de identidad sexual. Disfunciones sexuales y sociales. Traumas).	99	48,7
Conflictos Psicológicos Moderados (Déficits en asertividad. Problemas de comunicación. Dificultad en expresión emocional).	70	34,4
Conflictos Psicológicos Leves (Leves déficits en interacción social. Manejo inadecuado de la afectividad producto del embarazo).	7	3,4
Sin conflictos relevantes	27	13,3
Total	203	100,0

84. CREENCIAS DE LAS ADOLESCENTES DE 1º AÑO MEDIO DEL LICEO A-17 DE ANTOFAGASTA SOBRE EL USO DE METODOS ANTICONCEPTIVOS

Enf. Myriam Durán
(Dirección de Atención Primaria, Servicio de Salud Antofagasta)

Introducción

Las influencias familiares desempeñan un papel importante en el desarrollo emocional y conductual del adolescente y, aunque sabemos que el sexo es algo natural, es un tema que en el hogar a veces no es abordado por los padres, ya sea por un medio ambiente desfavorable o por tabúes que ellos tienen frente al tema de la sexualidad.

Actualmente la fecundidad en la adolescencia es un problema que preocupa a las autoridades de Salud de muchos países del mundo. Según estadísticas del Servicio de Salud de Antofagasta, en el período Mayo 1984-85, de un total de 8.868 embarazadas, 1.222 (13,7%) correspondían a menores de 19 años. En un corte al mes de Mayo de 1985, de 435 embarazadas menores de 19 años en control, el 8,0% son casadas, 36,5% solteras, 8,6% convivencia, 46,9% no hay informe.

Este trabajo desea sólo presentar las creencias que las adolescentes tienen con respecto al uso de métodos anticonceptivos, que a lo mejor producen efectos negativos en ellas cuando se ven enfrentadas al problema, y podría ser tarea del Equipo de Salud, Padres y Profesores, prepararlas para lograr en el futuro una mujer adulta emocional y sexualmente sana.

Para un mejor análisis y presentación de las razones entregadas por las alumnas para el no uso de métodos anticonceptivos, se agruparon en cuatro rubros, siendo ellos:

- a) Causa física-psíquica: involucra riesgo o daños psíquicos o físicos.
- b) Causa moral-religiosa: refleja lo espiritual en contraposición a lo físico.
- c) Causas letales: temor a la muerte por el uso de métodos anticonceptivos.
- d) Causa médico-social: base científica y con raíz social.

Considerando lo anterior, este trabajo pretende lograr conocer las creencias de las adolescentes en relación al uso de métodos anticonceptivos a través de la opinión entregada, sea negativa o positiva.

El universo estuvo constituido por 566 alumnas de sexo femenino que durante 1984 cursaron 1º Año Medio en el Liceo A-17 de la ciudad de Antofagasta.

Metodología

Previo a la entrega de sesiones educativas dirigidas a las alumnas de 1º Año Medio del Liceo A-17, se confeccionó un instrumento que pretendió medir conocimiento, creencias y actitudes frente a los temas que serían abordados. El test fue anónimo y previamente probado en 20 alumnas para darle confiabilidad y modificarlo en caso necesario. En el pre-test se insertaron tres preguntas dirigidas a Paternidad Responsable, específicamente a Métodos Anticonceptivos.

1. ¿Qué son los métodos anticonceptivos?
2. Mencione los métodos anticonceptivos que Ud. conoce.
3. ¿Piensa Ud. que una persona de su edad puede usar un método anticonceptivo?

SI NO ¿POR QUE?

Este estudio consideró la pregunta Nº 3, por cuanto las respuestas entregadas por las alumnas eran interesantes de analizar. La mayoría de las jóvenes contestaron en forma correcta las dos primeras preguntas, lo que significaba que tenían claro el concepto de anticonceptivos.

Este trabajo no medirá el viraje positivo o negativo obtenido por las alumnas después de la aplicación del programa educativo, presentará solamente las respuestas dadas en el pre-test y que constituyen una valiosa información para conocer las creencias de nuestra juventud.

Resultados

Destacó el alto porcentaje de rechazo a la idea del uso de anticonceptivos (80,7%) en relación a la aceptación de estos métodos (19,3%); las alumnas menores de 15 años representan casi el 80% del total, y de ellas el 84,3% rechaza la idea del uso de métodos anticonceptivos.

Según puede observarse en la Tabla 1, la causa más frecuente para el rechazo son las físicas-psíquicas, en la cual 251 alumnas (54,9%) expresan temor a la idea de usar métodos que podrían conducir a la esterilidad en el futuro, además se consideran muy niñas aún, lo que les significaría dañar sus órganos reproductores. 64 alumnas (14,0%) consideran un pecado el tener relaciones sexuales solteras, o bien consideran que no se estaría cumpliendo con los principios de procreación por los que la joven, si tiene relaciones sexuales, debería asumir la responsabilidad. 37 alumnas (8,1%) consideran no estar suficientemente preparadas física y psíquicamente para mantener relaciones sexuales. Además desconocen las consecuencias del uso de un método anticonceptivo en una edad temprana. 18 alumnas (4,0%) indican que el uso de M.A.C. podría causarles la muerte o consideran que son drogas que con el tiempo podrían llevar al envenenamiento. 87 alumnas (10,0%) indican "NO" sin expresar el por qué de su negativa.

En la Tabla 2 vemos que 58 alumnas (53,2%) aceptan la idea del uso de M.A.C. entre adolescentes considerando que se debe evitar en esa edad un embarazo no deseado e indican que el amor es natural, por lo tanto mejor es prevenir. 27 alumnas (24,8%) consideran que ya el uso de M.A.C. está extendido entre la juventud, por lo que no consideran problema usarlo en caso necesario. 12 alumnas (11,0%) piensan que es mejor el uso de método contraceptivo, porque estiman que ser madre a tan temprana edad implica un rol para el cual no están preparadas.

2 alumnas (1,8%) indican que es fácil de obtener y 10 alumnas no registran las razones de aceptación.

Discusión

El presente trabajo aporta una visión de las creencias que tienen las adolescentes sobre sexualidad (anticonceptivos) y que podría ser utilizada para la programación de futuras sesiones educativas en ese nivel educacional. El equipo de salud, por lo tanto, podría aplicar métodos que permitan modificar dichos patrones de cultura tradicional logrando un buen éxito.

No se desea discriminar si las creencias que tienen las alumnas son buenas o malas, o si es positivo o negativo el uso de anticonceptivos en ese grupo de edad, sólo conlleva el deseo de describirlas y aportar una estrategia al programa de salud dirigido a este grupo etáreo a fin de que las metas propuestas, como disminuir la incidencia de las embarazadas y número de egresos por abortos, se logren en un futuro cercano.

Seguramente, lo más adecuado sea la entrega de parte del equipo de Salud, de conocimientos, considerando las creencias detectadas a los padres, profesores, comunidad y a las adolescentes, para evitar información distorsionada que conduce a las jóvenes a conflictos emocionales derivados de experiencias sexuales censuradas por su ambiente socio-cultural.

Por último, se debe tener presente que el adolescente está en una edad en que todo lo prohibido es novedoso, incluyendo el sexo, "o sea que el sexo es una cosa que siempre está presente. Es como una luz que está, es como una especie de pequeña llama que está siempre en el interior del cuerpo, pero siempre que el cuerpo se haga presente. (1) "

Referencias

1. Roa, Armando. Rev. Enfermería, Año VI, N° 34, páginas 9 a 16.
2. Asun, Domingo. Desarrollo Psicosocial del Adolescente y trastornos a las áreas de la Sexualidad y abuso de Drogas. 1º Seminario de Enfermería Pediátrica. Antofagasta, 25-28 Abril 1979.
3. Rutler, Michael; Madge, Nicola. "Cycles of Disadvantage", cap. Conducta Parenteral.
4. Estadística Regional S.S. Antofagasta. Información presentada en "Seminario Atención Adolescente" presentado en Julio 1985 en Antofagasta.

TABLA Nº 1

DISTRIBUCION DE LAS RESPUESTAS NEGATIVAS ENTREGADAS POR LAS ALUMNAS DE 1º AÑO MEDIO DEL LICEO A-17 DE ANTOFAGASTA RESPECTO AL USO DE METODO ANTICONCEPTIVO

Tipos de razones negativas para el uso	Nº	%
1. Físicas - Psíquicas	251	54,9
2. Morales - Religiosas	64	14,0
3. Médico - Social	37	8,1
4. Letales	18	4,0
5. No indican razones	87	19,0
Total	457	100,0

TABLA Nº 2

DISTRIBUCION DE LAS RESPUESTAS POSITIVAS ENTREGADAS POR LAS ALUMNAS DE 1º AÑO MEDIO DEL LICEO A - 1 DE ANTOFAGASTA RESPECTO A LA IDEA DEL USO DE UN METODO ANTICONCEPTIVO

Fundamentos otorgados para el uso	Nº	%
1. Prevenir un embarazo no deseado	58	53,2
2. Toda la juventud lo hace en la actualidad	27	24,8
3. La juventud no está preparada para cuidar una familia	12	11,0
4. Es fácil de obtener	2	1,8
5. No dan razones	10	9,2
Total	109	100,0

85. EMBARAZO EN ADOLESCENTES EN UN HOSPITAL RURAL.

Dr. Marcelino Gallardo y Matr. Rosa Klein
(Hospital de Maullín)

La literatura, tanto nacional como extranjera, es abundante en estudios que se refieren a los riesgos obstétricos y perinatales de la adolescente embarazada.

Motivados por una cantidad relativamente importante, para nuestra comunidad, de embarazos en adolescentes, y deseosos de saber cuáles son las características de estos embarazos y sus partos en un hospital rural tipo 4, es que decidimos estudiar el comportamiento de 39 partos en mujeres menores de 16 años ocurridos en un período de 5 años (1978-1982) y su comparación con una muestra aleatoria de 39 partos en mujeres entre 20 y 40 años en igual período.

La diferencia que pudiera tener este trabajo con los muchos publicados, es que en éste se analizan los partos realmente ocurridos en un hospital tipo 4, o sea, se han excluido todos aquellos que por razones obstétricas continuaron sus controles y tuvieron sus partos en el Servicio de Alto Riesgo del Hospital Base de Puerto Montt. Por lo tanto, nos estamos refiriendo a una muestra seleccionada de pacientes con menor riesgo.

Se analizan los siguientes aspectos: previsión social, ocupación, procedencia, control del embarazo, peso y talla del recién nacido, antecedentes mórbidos, exámenes de laboratorio, morbilidad del embarazo, edad gestacional, vía de resolución del parto, morbilidad del alumbramiento, morbilidad post-alumbramiento, Apgar al minuto y cinco minutos, y morbilidad del recién nacido.

Todos ellos fueron analizados y comparados con el grupo control y estudiada su significación estadística según la prueba de la independencia $F \times C$, utilizando el test de G., lográndose diferencias estadísticamente significativas sólo en dos de las variables estudiadas, las que corresponden a la edad gestacional y la previsión social. En los demás aspectos estudiados se aprecian diferencias importantes, pero por el hecho de ser una muestra pequeña, no tienen significación estadística.

Con estos resultados no pretendemos demostrar que no exista una mayor morbilidad del embarazo, parto y puerperio de la adolescente embarazada, sino simplemente el hecho que en un hospital clase 4, si se realiza una adecuada selección de pacientes, los problemas parecen ser sólo levemente mayores que en la población adulta.

86. EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA EN UNA COMUNIDAD RURAL

Dra. Midori Sawada, Sr. José Pereira y Dra. María Inés Romero
(Consultorio Rural Rinconada de Los Andes y Facultad de Medicina,
Universidad Católica de Chile)

El embarazo en la adolescencia está siendo motivo de gran inquietud por el aumento en su incidencia y por su tendencia creciente en casi todos los países del mundo, del cual Chile no constituye una excepción (9% en 1965, 17% en 1982). Existe consenso entre los distintos autores en asignarle el calificativo de "alto riesgo", por las implicancias biológicas que éste acarrearía. La comunidad elegida para el estudio es una comuna rural, donde el 27% de los embarazos son en mujeres menores de 20 años y muestra una tendencia creciente en los últimos 5 años, lo que nos motivó para explorar algunas características biológicas del embarazo, parto, recién nacido y preocuparnos del seguimiento del primer año de vida de estos niños.

Este trabajo tiene como objetivo el describir las características, según edad, del grupo de madres menores de 20 años y realizar un análisis comparativo de las edades extremas con respecto a: las características obstétricas de la madre, características del recién nacido y seguimiento del primer año de vida de éstos.

Se estudiaron 134 madres menores de 20 años que tuvieron su parto entre el 10 de Enero de 1980 y el 31 de Diciembre de 1983, todas ellas con residencia en la comuna de Rinconada de Los Andes. Los datos del embarazo y el hijo, en su primer año, se obtuvieron de las fichas clínicas y tarjetas de control del consultorio local y los datos del parto y recién nacido, de las fichas clínicas del Hospital de Los Andes. Se realizó el análisis por grupos de años simple de edad como de años reagrupados; 14 a 15 años; 16 a 17 años; 18 a 19 años.

Resultados

Del grupo en estudio el 11,9% son menores de 16 años y el 54,5% menores de 18 años.

Características obstétricas

El 79,9% inicia su control pre-natal antes de las 24 semanas, 13,4% lo hace después de las 25 semanas, y 2 casos no tuvieron control. El 55,2% inicia y termina su embarazo con peso normal y un 12,7% lo inicia y termina enflaquecida. Se estudiaron todos los procesos mórbidos ocurridos durante el embarazo; llama la atención un 30,6% de Anemia encontrado, un 18,7% de Edad Gestacional Duda y un 8,2% de Preeclampsia, siendo ésta más frecuente a mayor edad. El 71,1% tuvo su parto normal, 20% por cesárea, hecho que es más frecuente en el grupo de menor edad ($p = 0,012$). Se encontraron 17 casos de Endometritis y 2 casos de Metritis del Puerperio.

Características del recién nacido.

Se obtuvo una muestra, la mitad de recién nacidos masculinos y femeninos con un peso promedio de 3.048 g sin diferencias por sexo. El 15,7% correspondió a niños con menos de 2.500 g como peso de nacimiento, hecho que fue significativamente más frecuente en el grupo de menor edad. Un 7,6% de los niños tuvo un Apgar menor de 7 puntos en el primer minuto de vida, los que fueron comparativamente más frecuentes en el grupo de menor edad de la adolescente ($p < 0,05$). Un 39,5% de los recién nacidos tuvieron algún tipo de patología, siendo las más frecuentes: la prematuridad, la desnutrición fetal y la hiperbilirubinemia, hechos nuevamente más frecuentes en el grupo de menor edad de las madres en estudio.

Seguimiento del primer año de vida del hijo de la madre adolescente

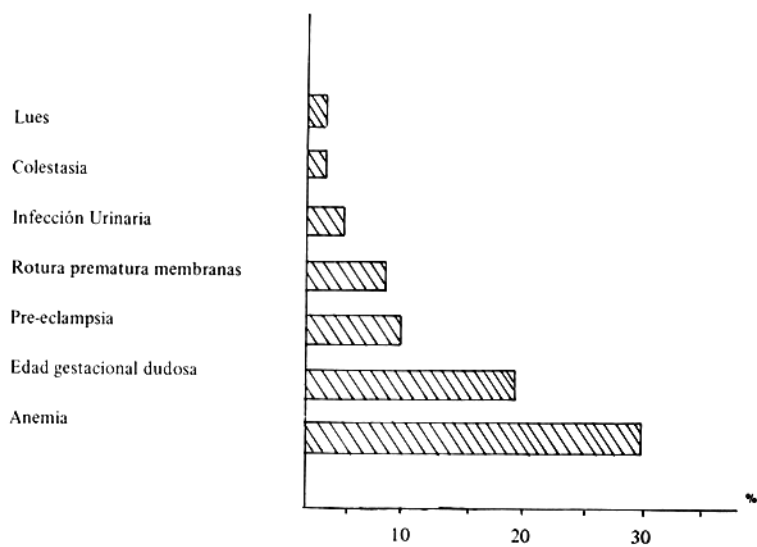
El inicio del control de salud fue antes de los 10 días en el 35,4% de los casos y un 43% lo inicia después de los 20 días. Obtuvimos un promedio de 9,3 controles de salud por niño en el primer año. El 80,3% tenían su calendario de vacunación cumplido al momento del estudio, un 6,8% lo tenían incompleto y en un 12,9% el dato no se encontró consignado en la fecha de control de salud del niño. Llama la atención que el 42,1% tuvo algún grado de desnutrición dentro del primer año, según índice Peso/Edad, apareciendo las alteraciones del estado nutritivo en el segundo trimestre, lo que es coincidente con la duración de la lactancia materna exclusiva. El 100% presentó algún tipo de episodio mórbido, correspondiendo el 61% de éstos a enfermedades.

des del aparato respiratorio y el 27,7% a enfermedades infecciosas, la mayoría diarreas agudas simples. El 26,5% requirió hospitalización en el primer año de vida, siendo la diarrea aguda con deshidratación la primera causa (40%), seguido de la bronconeumonía con un 34,3%.

TABLA Nº 1
DISTRIBUCION PORCENTUAL DE HIJOS DE MADRES ADOLESCENTES SEGUN
ESTADO NUTRITIVO EVALUADO POR INDICE PESO/EDAD
EN EL PRIMER AÑO DE VIDA

Edad meses	Estado Nutritivo (%)				Prevalencia (%)
	Normal	D1	D2	D3	
1	94,7	4,5	—	—	4,5
2	95,5	2,2	—	—	4,4
3	95,5	3,0	1,5	—	4,5
5	86,5	12,0	1,5	—	13,5
8	75,9	18,8	4,5	0,7	24,0
12	71,4	23,3	5,2	—	28,5

TABLA Nº 2
DISTRIBUCION PORCENTUAL DE LA MORBILIDAD MATERNA



87. CARACTERÍSTICAS SOCIALES DE EMBARAZADAS ADOLESCENTES DE UNA COMUNIDAD RURAL

Dra. Midori Sawada, Matr. José Pereira y Dra. María Inés Romero
(Consultorio Rural Rinconada de Los Andes y Facultad de Medicina, Universidad Católica de Chile)

El embarazo en la adolescencia constituye un problema de Salud Pública por su impacto en la salud biológica y en términos psicosociales al enfrentar a la adolescente a la situación de maternidad en momentos en que no está preparada para asumir tan importante rol.

A fin de contribuir al conocimiento del problema, se diseñó el presente trabajo cuyo propósito fue estudiar las características sociales de madres adolescentes de una comunidad rural.

Objetivos planteados

a) Describir las características según edad y estado civil del grupo de madres menores de 20 años al comienzo y final del embarazo. b) Describir la escolaridad y edad de la adolescente al comenzar el embarazo. c) Describir edad y actividad de la pareja. d) Describir las características de la familia de origen. e) Estudiar la aceptación de la situación de embarazo por la adolescente y su grupo familiar. f) Describir conocimientos y prácticas sobre Planificación Familiar en el post-parto. g) Comparar por subgrupos de edad las características señaladas a fin de establecer asociación entre ellas y la edad.

Metodología

Se trata de un estudio descriptivo retrospectivo que incluyó a 134 madres menores de 20 años que tuvieron su parto entre el 1º de Enero de 1980 y el 31 de Diciembre de 1983, residentes de la Comuna de Rinconada de Los Andes. La información se obtuvo a partir de las fichas clínicas y tarjetas de control Obstétrico y Pediátrico del Consultorio de Rinconada, y de las fichas clínicas del Hospital San Juan de Dios de Los Andes. La información socio-económica se obtuvo mediante encuesta domiciliaria.

Los datos se vaciaron a formularios ad-hoc para su análisis en distribución simple. Para comparar los riesgos según edad, se reagruparon en subgrupos de 14-15, 16-17 y 18-19 años, aplicándose pruebas de significación estadística de diferencias de proporciones.

Resultados

El grupo de madres estudiadas correspondió al 27% del total de partos atendidos en el período, lo que representa una mayor proporción que la observada en el país. De ellas, el 11,9% correspondió a madres menores de 16.

El 82,8% de las adolescentes era soltera al inicio del embarazo, disminuyendo esta cifra a 41% al finalizar éste. La mayoría tenía entre 5º y 8º básico (61%), con 2,7% de 1º a 4º medio. El 62% no realizaba actividad alguna al embarazarse.

La pareja es algo mayor y de mejor escolaridad que la adolescente, encontrándose el 64% entre 20 y 25 años. El 42% ha cursado entre 5º y 8º básico, y el 22% entre 1º y 4º medio. El 25,3% tiene trabajo estable y el 67,2%, subempleo. El 64% de las adolescentes convive con su pareja, ya sea independientemente o con el grupo familiar de ella o de él.

Las características de la familia corresponden a lo definido como "adecuado" en el 64,4%, cifra mejor que la encontrada por otros autores.

La actitud de la adolescente es de aceptación del embarazo en el 58,5% y la familia acepta en el 95,4%.

Con respecto a Planificación Familiar, el 36,6% dice que conoce los métodos disponibles antes de embarazarse y el 74,6% los utiliza en el post-parto.

La información presentada muestra una situación mejor que la encontrada por otros autores en población urbana, lo que sugiere que en el medio rural el impacto del embarazo en la adolescente es diferente, con mayor aceptación general de la situación.

TABLA Nº 1

**ESTADO CIVIL SEGUN EDAD AL COMIENZO Y FINAL DEL EMBARAZO
EN MADRES ADOLESCENTES
DISTRIBUCION PORCENTUAL**

Edad (años)	Comienzo Embarazo		Final Embarazo	
	Casada	No Casada	Casada	No Casada
14 - 15	12,5	87,5	31,3	68,7
16 - 17	8,8	91,2	35,1	64,1
18 - 19	26,2	73,8	49,2	50,8
Total	17,2	82,8	41,0	59,0

TABLA Nº 2

**ACEPTACION DEL EMBARAZO POR LA
ADOLESCENTE Y SU FAMILIA**

SI ACEPTA	%
Adolescente	58,5
Grupo familiar	95,4

88. LA MADRE ADOLESCENTE. SEGUIMIENTO POST PARTO

Drs. Saúl Horta, Herbert Francis, Matr. R. Kohler, Psicol. Ana Cáceres y As. Soc. Ana Rojas
(Consultorio de Adolescente Embarazada, Servicio de Salud Valparaíso-San Antonio)

En la atención de la adolescente embarazada se ha puesto énfasis en los riesgos que el proceso de la reproducción determina en este grupo. Sin embargo, igual énfasis debe señalarse para el período post parto, afectado por factores del entorno familiar y social que repercuten fundamentalmente en el producto de la concepción.

En el presente trabajo se analiza la situación del binomio madre niño en un seguimiento post parto en mujeres atendidas en el Consultorio de Adolescentes de Valparaíso.

Material y Método

Los datos se obtuvieron de la ficha clínica respectiva y de una encuesta aplicada en domicilio a una muestra aleatoria correspondiente al ámbito del Consultorio Periférico de procedencia original. Comprende 98 casos cuyos hijos tenían una edad entre 6 y 24 meses.

Datos de la Muestra: El 67% de las madres tenían entre 16 y 18 años, con una escolaridad básica completa o incompleta en el 57% (una niña era analfabeta); sólo el 4% tenía estudios medios completos. El índice CAS 1, 2, 3, fue de 86%. Los pesos de los recién nacidos fueron de 2.500 g y más en el 94% de los casos y de 3.500 g o más en el 35%. De 70 casos se conoció el Test de Apgar que fue de 7 ó más en 63.

Resultados

Se expresan en las Tablas números 1 y 2.

Comentarios

Desde el punto de vista del impacto del proceso reproductivo sobre la madre y el producto, incluyendo la mantención de la lactancia y el control en Planificación Familiar, las condiciones son favorables. Sin embargo, la mantención del desmedro social, el riesgo físico del niño, el déficit de apoyo afectivo y el daño real son los elementos más resaltantes. Si bien es cierto, la proporción de casadas aumentó de 32 a 44%, en el período de estudio se registran 3 separaciones. Por otro lado, la situación económica es mucho más deficitaria que la que indica la Tabla 1, ya que el término "jefe de hogar" no es exclusivo de la pareja, extendiéndose al padre, hermano u otro familiar.

En mérito de la expuesto, la repercusión del embarazo sobre la adolescente, fundamentalmente agrava problemas sociales preexistentes y repercute principalmente en el producto de la concepción.

TABLA Nº 1
SEGUIMIENTO POST PARTO DE LA ADOLESCENTE

	%
Aumento de la proporción de casadas de	32% a 44
Trabajo estable del Jefe de Hogar	21
Alto riesgo social:	51
Madre menor de 18 años, más	
Enseñanza Básica incompleta con padre o Jefe de Hogar cesante	18
Soltera y unión inestable	24
Soltera y Enseñanza Básica incompleta	9

TABLA Nº 2
RIESGO DEL PRODUCTO

I. CUIDADO DEL HIJO	%
Madre y su familia	48
Ambos padres	37
Madre	6
Parientes	6
Padre	2
Otros	1
II. DAÑO DEL HIJO	
a. Desnutrición primer año (S.S.V.S.A. 8,1%)	16
b. Hospitalización (Patología Respiratoria y Digestiva 80%)	26

A lo anterior debe agregarse que de la muestra original el 71% de las mujeres está en control con uso de Método Anticonceptivo y que la lactancia se mantenía, en cualquiera de sus formas, en el 51%, en el sexto mes de embarazo.

89. ANALISIS DE UN PROGRAMA DE ADOLESCENTE EN ZONA RURAL

Drs. Gian Pallini, Marta Hernández y Juan Monsalve
(Hospital de Curanilahue)

Año 1985, Año Internacional de la Juventud, un nuevo desafío para el equipo de Salud: nos preguntamos, ¿cómo abordar este grupo etareo en zona rural? Junto a la problemática que lleva en sí el proceso de crecimiento, nos encontramos con que el adolescente rural enfrenta una serie de condiciones que son propias de la región donde está viviendo. Sin embargo, sabemos que hay acciones concretas que pueden ayudar al desarrollo integral de estos jóvenes y que pueden adecuarse a cada lugar geográfico de nuestro país. Curanilahue es un poblado de 30.000 hbs., ubicado en la Provincia de Arauco, cuenta con un 90% de población urbana y un 10% de población rural. La fuente de trabajo principal es la minería del carbón. En el campo educacional existe un liceo que cobija aproximadamente 1.500 alumnos de Enseñanza Media con una dotación de 45 profesores y 12 escuelas de Enseñanza Básica: 8 urbanas y 4 rurales.

En esta localidad existe un 70% de población de extrema pobreza, y como los índices culturales están entre los más bajos del país, hemos intentado desarrollar un programa de Salud Integral, destinado al adolescente de esta zona minera, pretendiendo con ello elevar en lo posible el Nivel de Salud y sociocultural existente. Este programa se llevó a cabo durante el año 1985 en el Hospital de Curanilahue y persiste aún en vigencia a la espera de ser corregido y ampliado para el año 1986.

Objetivos

Elevar las condiciones socioculturales y el nivel de Salud del adolescente en Curanilahue.

Específicos

Educar al adolescente normal a través de formación de Monitores de Salud en profesores y estudiantes de Enseñanza Media.

Detectar escala de intereses en relación a temas de Salud a través de encuesta aplicada a la población en estudio.

Atender en forma preferencial a la adolescente de alto riesgo a través de un Subprograma de Atención Integral, llevado a cabo en el Hogar de Niña Adolescente de la Provincia de Arauco. Atender morbilidad general según demanda.

Atender en forma integral al adolescente con problemas de adaptación a través del Policlínico de Salud Mental del Adolescente.

Atender focalmente a la embarazada y madre adolescente a través del Subprograma de la madre adolescente.

Material y Método

Para el desarrollo de este Programa, se comunicó a la Dirección del Establecimiento y a la Municipalidad de Curanilahue la organización e implementación del mismo para ser llevado a cabo como plan piloto.

Se confeccionó encuesta en relación a intereses en salud titulada ¿Qué quieres saber de Salud?, la que arrojó como resultado las preferencias de los adolescentes en relación a temas de Salud y métodos de aprendizaje.

Se organizaron cursos de Monitores de Alcoholismo, destinado a profesores y estudiantes de Enseñanza Media.

Concurso de afiches en relación a alcoholismo.

Educación familiar a través de Unidades Educativas dedicadas a la Adolescente en Riesgo.

Invitación a formación de Clubes de Investigación Científica en temas de Sexualidad, Alcoholismo y Drogadicción.

Controles de Salud a la adolescente en Hogar de Niña Adolescente.

Se programó atención según demanda de morbilidad general.

Se organizó y se ofreció al D.E.M. el Policlínico de Salud Mental del Adolescente.

Se organizó y llevó a cabo el Programa de la Madre Adolescente que involucraba atención médica preferencial a embarazada, puerpera y recién nacido, educación programada al doble que la embarazada no adolescente y visita domiciliaria al 100% de ellas.

Acciones Realizadas (Logros)

a) Adolescente Normal:

- Encuesta de intereses en relación a temas y métodos de aprendizaje.
- Formación de Monitores de Alcoholismo.
- Concurso de afiches "Prevención de Alcoholismo en Curanilahue".
- Creación de Centro de Estudios de Alcoholismo (CEA).
- Programación de Clubes Científicos año 1986.

b) Adolescente en Riesgo:

- Control de Salud 100% de la población residente en Hogar de Niña Adolescente.
- Educación focalizada a este grupo con Unidades Educativas referente a relaciones interpersonales.
- Atención de morbilidad general, pero no el 100% según demanda.

c) Adolescente Patológico:

- Atención de morbilidad general no de acuerdo al 100%.
- Fracaso de policlínicos de Salud Mental del Adolescente (en estudio para revisión).
- Éxito parcial del Programa para Madre Adolescente (actualmente en estudio para corrección).

Dificultades encontradas para el Desarrollo de las Acciones:

1) Mala coordinación de la COMSE: No autorización de adolescentes para asistir al policlínico de Adolescente (Salud Mental). Mala difusión de las acciones programadas.

2) Falta de tiempo profesional para estas acciones: La mayoría de ellos (todos relacionados con adolescente normal y atención del adolescente en riesgo) se realizan en tiempo extra-programático de médicos y/o Asistentes Sociales del Servicio. Profesores no tienen tiempo asignado para formación de Monitores en Salud.

3) Falta de interés: Probablemente por falta de tiempo asignado, no hay eco satisfactorio en profesores. También por falta de tiempo asignado va decayendo en el transcurso del año el ánimo de los profesionales de la Salud a cargo de éste. Adolescentes se quejan de sobrecarga de estudios, falta de material bibliográfico y falta de permiso en colegios para realizar actividades en Salud.

4) Falta de medios económicos: No se puede atender, según demanda, la morbilidad adolescente, ya que en relación a ella, el joven forma parte del Programa del Adulto (mayores de 15 años) y éste a veces tiene rechazo de consulta médica general.

Conclusiones

De acuerdo al análisis, se observa que es necesario un Programa de Adolescente en zona rural, ya que se ha detectado problemas propios de este rubro etareo necesarios de solucionar. Además, la educación a este nivel es altamente preventiva a un futuro cercano (embarazo, alcoholismo, drogadicción, etc.).

Es necesaria una coordinación adecuada de la COMSE para lograr, aunque sea parcialmente, los objetivos planteados en el Programa.

Es necesario asignar tiempo a los profesionales de la Salud y profesores para desarrollar acciones en los adolescentes.

Sería importante solucionar el problema de ausentismo escolar por asistir a policlínicos de adolescente, ya que es un motivo justificado.

Existe problema de rechazo de consulta médica, que de solucionarse ayudaría al buen desarrollo del Programa.

Aún con todas las limitantes mencionadas, es posible realizar un Programa de Salud destinado exclusivamente al adolescente en zona rural.

90. ADOLESCENTE RURAL Y EDUCACION EN SALUD

Drs. Gian Pallini, Marta Hernández, Juan Monsalve y Laura Campos
(Hospital de Curanilahue)

Chile, país en vías de desarrollo, cuenta con múltiples áreas rurales, entre ellas la comunidad minera llamada Curanilahue. Esta localidad, que cuenta con 30.000 habitantes, se sitúa en la Provincia de Arauco, VIII Región, y es una de las más pobres del país, alcanzando a la fecha aproximadamente un 70% de extrema pobreza. Los índices socioculturales son muy bajos y por ende, el alcance de la Educación en Salud es reducido.

Objetivos

General: conocer la opinión de los adolescentes en relación a Educación en Salud.

Específicos: conocer las áreas de intereses del adolescente en relación a Salud; las metodologías de aprendizaje preferidas por los adolescentes; las dificultades para el aprendizaje de temas en relación a Salud desde el punto de vista del adolescente; la opinión del adolescente en relación a Educación de Salud entregada por algunas organizaciones que pretenden hacerlo; la opinión de los adolescentes en relación a su propia preparación en temas de Salud; cuál fue la mejor fuente de información de Salud durante el año 1985, desde el punto de vista del adolescente.

Material y Método

Para el desarrollo de este trabajo se contó con un cuestionario de 7 preguntas enfocando el desarrollo de los objetivos. Se probó en un 20% de la muestra y se comprobó que no habrían dificultades técnicas para su desarrollo.

Durante el mes de Agosto de 1985 este cuestionario fue aplicado a 226 alumnos de segundo y tercer año de Enseñanza Media del Liceo de Curanilahue.

Posteriormente, la información fue revisada, tabulada y elaborada para ser presentada como trabajo científico.

Consideraciones en relación al cuestionario:

En relación a la pregunta orientada a preferencias con respecto a Temas de Salud, se les solicitó elegir hasta tres temas.

En relación a la forma cómo les gustaría aprender, se les solicitó hasta 2 formas.

En relación a las dificultades encontradas para el aprendizaje, se les solicitó hasta 2 respuestas.

En relación a su opinión frente a Instituciones que educan en Salud, se les solicitó elegir para cada una la alternativa: MUCHO - SUFICIENTE - POCO - NADA.

En relación a la principal fuente de información en Salud, se les solicitó mencionar hasta 2 de ellas.

Resultados

De los resultados destacan:

La gran preferencia en relación a metodología de aprendizaje en "Charlas con diapositivas" que fue elegida en un 48,4% del total de opiniones.

Es destacable que sólo el 13,9% de las opiniones se refirió a la alternativa "En clases", que es el método tradicional como se le entregan algunos conocimientos en Salud.

Es posible que el bajo porcentaje que se inclinó por la alternativa "Foros y discusiones de grupos" se deba a que la muestra no ha tenido acceso a esta técnica educativa.

Un 13,7% de los alumnos pensó que ninguna de las Instituciones de la comunidad, mencionadas en la encuesta, aportaba algo a la enseñanza de Temas de Salud.

El 62,4% de los alumnos opinó que el equipo de Salud les enseñaba poco o nada en relación a Salud; el 66,3% opinó lo mismo de los profesores, y el 79,2% lo opinó de las iglesias.

El 65,5% de los encuestados opina que ha aprendido poco o nada en relación a Salud.

Existe un 32,3% de los encuestados que opina que ha aprendido mucho o suficiente en relación a estos temas.

La gran fuente de información para los adolescentes de Curanilahue durante el año 1985 fue la radio. Cabe destacar que en esta emisora existe un Programa a cargo del equipo de Salud de Curanilahue (Hospital). Contó con un 48,7% de los encuestados.

Los medios de comunicación social, radio y TV, han sido la mejor fuente de información para el adolescente durante el año 1985, contando con un 64,6% de las opiniones solicitadas.

Los profesores obtuvieron el 12,9% de las opiniones en relación a la mejor fuente de información. Cabe destacar que este porcentaje se ve elevado a expensas de los alumnos de 1º de Educación Media, quienes cuentan con una Unidad de Salud en su ramo de Ciencias Naturales.

El menor porcentaje de las opiniones lo obtuvieron "los padres", quienes contaron sólo con un 1,8% de ellas, lo que revelaría indirectamente el nivel cultural de éstos.

El equipo de Salud contó con sólo el 3,6% de las opiniones, pero este porcentaje excluye la participación de éste en el programa radial antes mencionado (Tabla 6).

Conclusiones

Los temas de Salud que más interesan a los adolescentes de Curanilahue son sexualidad, drogadicción, relaciones interpersonales y alcoholismo, observándose mayor afinidad en ambos sexos por la sexualidad.

Existe más preocupación en el sexo femenino por aprendizaje acerca de relaciones interpersonales, y en el sexo masculino por alcoholismo.

Las metodólicas de aprendizaje preferidos por los adolescentes son "charlas con diapositivas" y la formación de "Clubes Científicos".

La principal dificultad encontrada por los adolescentes para aprender, es que "nadie les enseña esos temas". También se aduce en menos proporción la "falta de tiempo por mucho estudio y/o trabajo".

Instituciones como el equipo de Salud, profesores e iglesias, tienen bajo impacto a nivel de Educación en Salud, ya que los adolescentes en su mayoría estiman que sería poco o nada.

La gran mayoría de los adolescentes estima que su preparación técnica en relación a Salud es escasa y que ha aprendido poco o nada en esta área.

Los medios de comunicación social (radio, TV), han sido la mejor fuente de información de Salud para los adolescentes durante el año 1985. El equipo de Salud y profesores tienen escasa repercusión en educación de Salud en forma directa.

De la investigación realizada, se puede concluir que es insuficiente la Educación en Temas de Salud, existiendo la inquietud de los adolescentes por conocer estos temas, lo que obliga tanto al equipo de Salud como a profesores a revisar Programas de Educación en Salud para este grupo específico de la Comunidad.

TABLA Nº 1

**DISTRIBUCION DE ALUMNOS DE ENSEÑANZA MEDIA SEGUN SEXO
Y EN RELACION A SUS PREFERENCIAS EN TEMAS DE SALUD.
CURANILAHUE 1985**

Tema de Salud \ Sexo	Femenino		Masculino		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Sexualidad	78	21,8	65	20,9	143	21,4
Drogadicción	69	19,3	53	17,0	122	18,3
Relaciones Interpersonales	73	10,4	39	12,5	112	16,8
Alcoholismo	45	12,6	56	18,0	101	15,1
Enf. Infectocontagiosas	31	8,7	23	7,4	54	8,1
Nutrición y Alimentación	27	7,6	20	6,4	47	7,0
Prevención de Riesgos y Accid.	20	5,6	25	8,0	45	6,7
Tabaquismo	14	3,9	28	9,0	42	6,3
Ninguno	0	0,0	2	0,6	2	0,3
Total	357	100,0	311	100,0	668	100,0

TABLA Nº 2

**DISTRIBUCION DE ALUMNOS DE ENSEÑANZA MEDIA DEL LICEO CURANILAHUE
EN RELACION A DIFICULTADES ENCONTRADAS PARA EL APRENDIZAJE
DE TEMAS DE SALUD – CURANILAHUE, 1985**

Dificultades para Aprendizaje	Nº	%
Falta de tiempo (por estudio o trabajo)	75	31,0
Nadie nos enseña esos temas	97*	40,1
Falta de Biblioteca y material bibliog.	32	13,2
No me interesa aprender	20	8,3
Otra razón	18	7,4
Total	242	100,0

91. DISOCIACION ECOLOGICA DE UNA MUESTRA DE POBLADORES FRENTA A PROBLEMAS DE SALUD GENERADOS POR LA COMUNIDAD

Srs. Diego Zalazar y Paula Bulnes
(Escuela de Salud Pública y Programa Kellogg Santiago Norte)

Entendemos por disociación ecológica el fenómeno psicológico por el cual un grupo humano altera el estado del medio ambiente en que vive, pero no se siente responsable de esa alteración. En el fondo esto significa que la comunidad se siente víctima inocente de una situación por no darse cuenta de que ella misma ha generado, con su conducta, esa situación.

El objetivo de esta investigación fue caracterizar el modo cómo una comunidad enfrenta problemas de salud ambiental que ella misma ha generado.

Material y Método

Se encuestó, en su domicilio, a 150 jefes de hogar de comunidades que vivían en una situación de extrema polución del suelo debido al depósito habitual de basuras, desechos y detritus que la comunidad hace en él.

El cuestionario incluyó ítems referentes a posibles problemas de salud de la comunidad, su relación con la polución ambiental y la participación de los habituales en la producción y/o solución de los mencionados problemas.

Resultados y Conclusiones

Los hallazgos sugieren fuertemente que los adultos interrogados no se sienten responsables del daño al medio ambiente generado por ellos.

El 100% de los encuestados está consciente del problema que significa la acumulación de desechos, pero el 63% de ellos cree que el origen del problema es que los Servicios Públicos de Aseo no recogen la basura esparcida por las calles; un 22% responde que la responsabilidad es de los vecinos (no se incluye a sí mismo) que depositan desechos sin preocuparse del daño que hacen, pero que la autoridad debería resolver el problema; sólo un 11% se muestra consciente de la participación de la comunidad en la generación de éste. El resto da respuestas vagas o declara no saber.

El suelo aparece como una máquina natural procesadora de basura, independiente del ser humano, tan independiente que las personas no necesitan hacer nada para que esta máquina actúe y dé cuenta del detritus, como no sea entregárselo.

Del mismo modo ocurre con los problemas de salud que la comunidad cree que se derivan de la presencia de desechos en el suelo de la comunidad: las infecciones de niños y adultos. Sin embargo, la solución de este problema se ve en que el Servicio de Aseo retire la basura y no en que la comunidad no contamine el suelo, lo cual es otro indicio de que el enfoque de la solución del problema tiende a ser "Sintomatológico" y no "Etiológico".

92. REVISIÓN ESTADÍSTICO-EPIDEMIOLÓGICA DE CUATRO ENFERMEDADES TRANSMISIBLES

Dr. Klaus Heider
(Servicio de Salud Concepción-Arauco)

Habitualmente se comenta la evolución epidemiológica de las Enfermedades Transmisibles de Notificación obligatoria en el corto y mediano plazo, obteniendo conclusiones más o menos trascendentales. Poliomielititis, Meningitis Meningocócica y otras han pasado a la historia; la Tuberculosis había caído un tanto en el olvido, hasta que hubo un alerta.

En nuestro afán de exhibir éxitos en las acciones de Salud pretendemos sacar conclusiones en el corto plazo, y es así que la vacunación contra el Sarampión fue celebrada en 1982, muy precipitadamente.

Nos llamó la atención que no hay mucha información en el largo plazo, y gracias al precioso material acumulado en los Anuarios Estadísticos de la Autoridad de Salud de Chile, logramos retroceder medio siglo, porque sólo conociendo el pasado podemos enfrentar exitosamente el futuro.

Nos hemos interesado en la Difteria, el Sarampión, la Fiebre Tifoidea y, últimamente, en la Hepatitis Infecciosa.

Difteria

Desde 1930 a 1960 hubo un incremento permanente de los casos denunciados (624 a 2.966) y sus tasas. Desde entonces se observa un descenso que se detuvo entre 1968 y 1978 durante una década, hasta que en 1983 no se denunciaron sino 76 casos y 2 muertes en el país.

La vacunación obligatoria iniciada el año 1961 fue todo un éxito epidemiológico, turbado sólo ocasionalmente por crisis locales.

Sarampión

La curva epidemiológica desde 1930 acusa alzas en aguja cada 2 a 3 años y su evaluación a nivel nacional es problemática. El inicio de la vacunación en 1965 se tradujo en una baja espectacular hasta 1977, y en el presente año puede sostenerse que la morbilidad media, está en descenso progresivo. El resultado trascendental, sin embargo, se observa en la reducción de la tasa de letalidad en los últimos 20 años.

No obstante, se observan aumentos focales de la morbilidad, por recrudecimientos en algunas comunas y provincias, debidos a focos endémicos sin relación aparente con la cobertura de la vacunación, mejoría notable en los medios de conservación de la vacuna, registros de control ni otros indicadores de eficiencia preventiva.

Tenemos la impresión que se encuentran en juego factores no totalmente aclarados, mediante los cuales la naturaleza está reforzando periódicamente los esfuerzos preventivos de los equipos de Salud, y que posiblemente no son de responsabilidad de éstos.

Fiebre Tifoidea

La curva epidemiológica nacional está en ascenso permanente y regular desde 1932 y en 1975 inicia un ascenso brusco hasta 1983, año en que se inició la experiencia de inmunización en la Región Metropolitana. La letalidad, en lento descenso, presenta declives más acentuados hacia 1950 y 1968, probablemente relacionados con el advenimiento del cloramfenicol oral y el inyectable.

Carecemos de información para evaluar el impacto de la campaña de inmunización iniciada en 1983, la que sólo podrá evaluarse transcurridos algunos años.

Una campaña tan costosa, acompañada de fenómenos colaterales como: certificación diagnóstica rigurosa, gran publicidad sobre etiología y saneamiento, medidas higiénicas preventivas, prohibición del cultivo de verduras de desarrollo a nivel de suelo en riegos del canal Zanjón de la Aguada, repercusión sobre criterios de denuncia de los casos y, finalmente, el prestigio de la empresa productora de la vacuna, parecen hacer recomendable mucha cautela antes de aventurar conclusiones.

Hepatitis Infecciosa

Al parecer es un problema mundial. Su gran complejidad etiológica está insuficientemente aclarada hasta la fecha.

En los Anuarios Estadísticos nacionales sólo aparece desde el año 1961 con 90 casos. Cuatro años después se denunciaron 14 veces más casos de enfermedad, y en la década siguiente vuelve a aumentar 10 veces.

Curiosamente, durante los 25 años de estadística la mortalidad no aumenta ni varía, siendo éste el registro más confiable por tener su origen en los certificados de defunción.

Debemos suponer que la morbilidad denunciada sólo nos permite ver parte de la realidad epidemiológica de la hepatitis.

Sobre el problema etiológico o tipológico hay varias interrogantes. El enorme esfuerzo asistencial y preventivo en el país ha aumentado los tratamientos inyectables, especialmente de los niños, aumentando así el riesgo de la Hepatitis B. Pero, por otra parte, estudios dignos de respeto como el del Laboratorio de la Cruz Roja de los Estados Unidos sindicaron a Chile como el país de la menor prevalencia de Hepatitis B en los países americanos. Gran parte de las aprehensiones sobre el aumento de la hepatitis proviene de países tropicales. Revisada la frecuencia por provincias en Chile, de las 11 provincias con tasas superiores a la media del país, nueve están al sur de la capital, en las regiones más templadas.

El 90% de las hepatitis son de menores de 14 años. ¿Es que los pediatras denuncian mejor las enfermedades transmisibles? No hace muchos años que es posible diagnosticar las hepatitis anictéricas. ¿Serán éstas responsables del incremento? ¿Qué relación habrá con los pesticidas? ¿Los hay en la leche? ¿Hemos hecho algún seguimiento de las hepatitis infantiles? ¿Pueden responsabilizarse de nuestras altas tasas de Cirrosis?

Todo lo anterior nos inclina a concluir que de las cuatro enfermedades revisadas, la hepatitis infecciosa es la menos conocida a pesar del incremento llamativo en las últimas dos décadas.

Estacionalidad de las Enfermedades Transmisibles

Entre las variables analizadas con relación a la hepatitis también se revisó la estacionalidad a lo largo del año, lo que luego se amplió a las otras tres enfermedades. Se analizó el promedio mensual de diez años para cada una de ellas, excepto la difteria, en la cual se sumaron los casos mensuales de diez años sin promediar, por el reducido número de ellos.

Se encontró la siguiente estacionalidad sobre la media anual:

Difteria: Prevalece entre los meses de Mayo a Septiembre; Sarampión: Aumenta sobre la media entre Julio y Diciembre; Tifoidea: Predomina entre los meses de Diciembre y Mayo, y Hepatitis: Sobrepassa la media anual entre Marzo y Agosto.

Los períodos de mayor morbilidad de las cuatro enfermedades se registraron en un gráfico de alerta epidemiológica que podrá ser de gran utilidad para los equipos profesionales responsables de la vigilancia epidemiológica.

Conclusiones

La revisión estadístico-epidemiológica de cuatro enfermedades transmisibles de denuncia obligatoria ha demostrado el control de la difteria mediante la vacunación obligatoria; el importante descenso de la letalidad por sarampión, no dominado aún en cuanto a su morbilidad; un interesante campo de estudio epidemiológico sobre los resultados de la prevención de la fiebre tifoidea, iniciada hace sólo dos años en la capital; y un aumento indudable e importante en la denuncia de los casos de hepatitis infecciosa, afección que deberá vigilarse atentamente en vista de las numerosas interrogantes aún sin respuesta.

Además se confeccionó una tabla de vigilancia epidemiológica mensual, confeccionada con las curvas anuales de frecuencia observada en Chile durante el período de diez años.

TABLA Nº 1

**TASAS DE MORBILIDAD POR PROVINCIAS
FIEBRE TIFOIDEA, HEPATITIS INFECCIOSA, HIDATIDOSIS Y TRIQUINOSIS**

Fuente: Anuarios del SNSS

NOTA: Salvo excepciones, sólo se registran tasas sobre promedio del país.

Provincias	F. Tifoidea Tasas		Hepatitis Tasas		Hidatidosis Tasas		Triquinosis Tasas	
	1970	1982	1970	1982	1970	1982	1970	1982
Chile	54,9	111,4	13,9	70,7	8,2	6,6	1,8	1,9
Tarapacá								
Antofagasta		129,8	20,7	116,5				
Atacama			18,5					
Coquimbo		127,7			13,8	15,7		
Aconcagua		97,2						
Valparaíso		87,1	23,4					
Santiago	96,0	178,2					4,5	
O'Higgins	118,5							
Colchagua	78,7	99,4	41,2		14,1	16,6		
Curicó			10,4		9,6			
Talca								
Maule								
Linares					11,8	25,0		
Ñuble				83,4	14,5	9,7		
Concepción				66,7				
Arauco			14,7	188,6	6,4			
Bío-Bío				116,0		5,7		
Malleco			16,1	170,6	11,9	17,4		12,8
Cautín				203,0	14,7	10,0		
Valdivia					15,2			18,9
Osorno				143,0	11,5	14,8		
Llanquihue			22,9	131,0				
Chiloé			23,0	155,0				
Aysén			63,9	141,0	72,8	80,6		
Magallanes		101,8	145,3	160,0	33,8	33,1		

NOTA: Se eligieron años censales para mayor exactitud de las Tasas.

93. ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y PARASITARIAS EN CHILE DEFUNCIONES Y EGRESOS 1982-1983

Drs. Aída Kirschbaum y Ernesto Medina
(Escuela de Salud Pública, Universidad de Chile)

Las Enfermedades Infecciosas y Parasitarias se han reducido en cuanto a mortalidad en 89,6% : de 27.515 muertes a 2.853, contribuyendo más al descenso de la tasa de mortalidad que ningún otro grupo de enfermedades. Dentro del grupo el descenso se debe especialmente a TBC y Diarreas, ambas con una disminución del orden de 96% , pero aún en 1981 determinaron el 60% de las muertes del grupo. Por otra parte, más del 96% de las muertes por TBC ocurren en personas mayores de 15 años, los que en la última década exhiben una tasa de mortalidad específica en descenso, llegando a 8,6 por 100.000 y en los menores de 15 años, a 0,9 por 100.000. Este descenso de la mortalidad no va acompañado de una caída de la morbilidad, la que se va estabilizando en el decenio en tasas de 70 por 100.000. Actualmente la TBC constituye una enfermedad del adulto, afectando especialmente a los grupos mayores de 60 años, cuya tasa de mortalidad específica sobrepasa a 30 por 100.000. Con respecto a la Diarrea, pese a su gran disminución absoluta, aún es responsable del 22% de las muertes en el grupo, y el 51% de estas muertes ocurren en menores de 1 año.

Con cambios tan importantes como los anotados, se hace indispensable actualizar cuanto sea posible la información sobre este grupo de causas para analizar su evolución. En este trabajo se analiza el universo de las defunciones del país y de las hospitalizaciones que registra el Sistema Nacional de Servicios de Salud durante los años 1982 y 1983.

Resultados

Las defunciones por Enfermedades Infecciosas y Parasitarias alcanzaron a 2.674 y 2.694 en los años 1982 y 1983. Con predominio masculino, la diferencia de las tasas por sexo alcanza a 45,8% y 47,1% en los dos años analizados. Las tasas de mortalidad más altas en este grupo de causas corresponden a los menores de un año con proporciones cercanas al 1/4 del total de muertes, alcanzando tasas de 197,1 y 173,3 en ambos años analizados. Por otra parte, alrededor de 1/3 de las muertes por estas causas se producen después de los 65 años; otro tercio, entre 35 y 64 años, y cerca de 1/3 en menores de 35 años.

El análisis de las defunciones por causas específicas, demuestra que la primera es la TBC, con más del 42% de las muertes. La tasa de mortalidad por TBC, cercana a 10 por 100.000, es más alta que la de 1981, porque hemos incluido en este rubro las muertes por efectos tardíos de la TBC. El 2º lugar corresponde a Infecciones Intestinales mal definidas, con más de 1/5 del total de muertes del grupo. El 3er. lugar corresponde a las Septicemias con algo más del 17% del total de muertes. A Hepatitis y Tifoidea les corresponde el 4º y 5º lugar, con proporciones inferiores al 3% del total de muertes. Las Enfermedades Parasitarias más importantes por su mortalidad, son la Equinococosis, que ocupa el 6º lugar, y la Tripanosomiasis, en el 8º. El 7º lugar lo ocupan las muertes por Infecciones Viricas del sistema nervioso.

El análisis de las causas específicas según sexo revela predominio masculino marcado en la TBC: 2,4 a 2,8 varones por mujer. Las Septicemias tienen discreto predominio femenino, lo que también se observa en la Equinococosis. En las Infecciones Intestinales Mal definidas, la Hepatitis, la Tifoidea, las Viricas del S.N. y la Tripanosomiasis, no se observa predominio alguno.

Las defunciones por causas específicas analizadas por edad revelan que entre 1/3 y 35% de las muertes por TBC ocurren después de los 65 años. Alrededor de 60% entre 25 y 64 años, y proporciones cercanas al 5% ocurren en los menores de 25 años. Las tasas son ascendentes con la edad.

Las Enfermedades Infecciosas Intestinales, fundamentalmente diarreas, en cambio, ocurren en su mayor proporción en el menor de 1 año; en los dos años en estudio, las proporciones alcanzaron a 45 y 51% , y en los mayores de 65 años la proporción de muertes por este rubro alcanzó a 32 y 38% en 1982 y 1983 respectivamente. Las tasas más altas correspondieron al grupo menor de 1 año. Las defunciones por Septicemias también se distribuyen en toda edad, con 25 a 34% en los menores de 1 año (que tienen las tasas más altas), y 37 a 40% en los mayores de 65 años. En Tifoidea, 2/3 a 3/4 de las defunciones ocurren entre 15 a 64 años de edad; 19 a 24 por

ciento ocurren después de los 65 años y sólo alrededor de 12% , en menores de 15 años. Las tasas de mortalidad más altas las presenta el grupo senescente.

La Hepatitis tiene mayor proporción de muertes en los menores de 15 años que la Tifoidea, con 32 a 38% ; de 15 a 64 años se observa el 40 al 54% de las defunciones y en los mayores de 65, el 9 al 19% , pero las tasas más altas de mortalidad las presenta este grupo seguido por los menores de 1 año. En el Quiste Hidatídico, las defunciones comienzan a aparecer en el grupo de 1 a 14 años y por debajo de los 24 años se produce una proporción del 5 al 16% de las muertes; en los adultos se produce el 55 y 60% de las muertes y después de los 65 años se observa el 28 a 36% de las defunciones en los dos años analizados, pero las tasas más altas se presentan en los senescentes. Las defunciones por Enfermedades Viricas del sistema nervioso se presentan en proporciones entre 1/3 y 40% en el menor de un año; entre 61 y 67% en los mayores de 15 años, pero las tasas de mortalidad más altas las presentan los menores de 1 año. Las defunciones por Tripanosomiasis comienzan a aparecer en los mayores de 15 años y la tasa más alta se observa en los mayores de 65 años.

El lugar 12º entre las defunciones lo ocupa el Sarampión con 95% de las muertes entre los menores de 15 años y la tasa de mortalidad más alta de 3,6 y 5,5 por 100.000 casos en los menores de 1 año. La Sífilis ocupa el lugar 13º entre las defunciones con una tasa de mortalidad de 0,1 por 100.000, pero el menor de 1 año concentra el 56,3% y el 35,3% de las defunciones por esta causa en 1982 y 1983.

Con respecto a los **Egresos Hospitalarios** alcanzaron a 71.591 en 1982, igual a 6,2% del total de egresos, y 73.570 en 1973, igual a 6,1% del total de egresos. Presentan predominio masculino aunque menos marcado que en las defunciones, con 17% de diferencia entre las tasas de varones y damas.

Según edad, 25% de los egresos de este grupo de causas corresponden a menores de 1 año algo más de 25% , al grupo de 1 a 14 años; 13% a los adolescentes; 27% a los adultos y una proporción cercana al 7% a los senescentes que concentran 1/3 de las defunciones. Las tasas más altas de egresos corresponden a los menores de un año, siendo 9 a 17 veces más altas que cualquiera de las tasas de los otros grupos de edad, en los dos años estudiados. El análisis de los egresos por edad y sexo corrobora el predominio de las tasas del sexo masculino en todas las edades en ambos años estudiados.

El análisis de los egresos por causas específicas demuestra que la causa más importante del grupo está constituido por las Infecciones Intestinales Mal Definidas (diarreas), que se concentran en la niñez con 71% del total y particularmente en el menor de un año con una proporción cercana al 50% de los egresos. Entre los 15 y los 64 años ocurren 22% de los egresos y después de los 65 años, el 7% . En los dos años estudiados, la tasa aumenta 3,2% . La 2a. causa de egresos es la TBC con sólo 5% de ellos en la niñez y cerca de 2/3 en los mayores de 65 años. Las tasas globales de TBC tienen un descenso de 1,7% en los dos años estudiados. La 3a. causa de egreso es la Tifoidea con 2/3 concentrados entre 1 y 24 años, y cerca de un tercio en mayores de veinticinco años, alcanzando a todas las edades, con 1 a 2% en los senescentes. La Hepatitis, en cambio, que ocupa el 5º lugar, concentra más del 60% de los egresos en el grupo de 1 a 14 años y más del 80% de 1 a 24 años.

Entre las enfermedades parasitarias el primer diagnóstico específico que aparece es la Equinococosis que ocupa el 10º lugar, tiene predominio masculino y presenta tasas ascendentes con la edad: 1/3 de los egresos se presenta antes de los 24 años; cerca del 60% , entre los 25 y los 64 años, y cerca del 9% después de los 65 años. En el 11º lugar se presenta la Acariasis con predominio masculino, con 77% de los egresos antes de los 15 años, 21 y 22% de 15 a 64 años, y sólo 1 a 2% en los senescentes; las tasas más altas corresponden al menor de un año y disminuyen con la edad para tener un leve aumento en el grupo senescente. En el 12º lugar se presenta la Amebiasis con predominio masculino y las tasas más altas en el menor de 1 año, disminuyendo hasta los 25 años para comenzar a ascender discretamente hasta el grupo de los 65 años y más. El 48 por ciento de los egresos ocurren en el menor de un año y más del 70% en menores de 15 años; algo menos de 1/4 corresponde al grupo de 15 a 64 años y alrededor de 3% al senescente.

Analizadas las tasas de los grupos de edad, en el menor de 1 año predomina: 1º las Infecciones Intestinales, 2º las Septicemias, 3º la Amebiasis, 4º el Sarampión, 5º las Enfermedades Viricas del Sistema Nervioso y 6º la Acariasis. De 1 a 14 años la 1ra. causa está constituida por las Infecciones Intestinales, 2º la Tifoidea y 3º la Hepatitis Virica. De 15 a 24 predomina 1º la Tifoidea, 2º las Infecciones Intestinales y 3º la TBC. De 25 a 34 predomina en el 1er. lugar las

Infecciones Intestinales, 2º la TBC, 3º la Tifoidea y 4º la Equinocosis. De 35 a 64 años predomina en 1er. lugar la TBC, 2º las Infecciones Intestinales, 3º la Tifoidea y 4º la Equinocosis. En los senescentes predomina en 1er. lugar las Infecciones Intestinales, 2º la TBC, 3º las Septicemias, 4º la Equinocosis y 5º la Erisipela.

Comentario Final

Es indudable que se han controlado numerosas enfermedades de este grupo de causas, pero aún queda una importante labor preventiva que realizar frente a daños vulnerables que persisten y que son susceptibles de un mejor control.

TABLA Nº 1

**DEFUNCIONES POR ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y PARASITARIAS SEGUN SEXO
TASAS POR 100.000 HBTS. CHILE. 1982-1983**

Sexos	Defunciones					
	1982			1983		
	Nº	%	Tasa	Nº	%	Tasa
Masculino	1.574	58,9	27,7	1.589	59,0	27,5
Femenino	1.100	41,1	19,0	1.105	41,0	18,7
Total	2.674	100,0	23,3	2.694	100,0	23,1

TABLA Nº 2

**DEFUNCIONES POR ENF. INFECCIOSAS Y PARASITARIAS SEGUN GRUPOS DE EDAD
TASAS POR 100.000 HBTS. CHILE. 1982-1983.**

Grupos de Edad (en años)	Defunciones					
	1982			1983		
	Nº	%	Tasa	Nº	%	Tasa
- 1	541	20,3	197,1	476	17,7	173,3
1 - 4	106	4,0	10,3	109	4,0	10,4
5 - 9	47	1,8	3,9	34	1,2	2,8
10 - 14	30	1,1	2,6	29	1,1	2,5
15 - 24	131	4,9	5,5	88	3,3	3,7
25 - 34	132	4,9	7,3	142	5,3	7,6
35 - 64	837	31,4	27,9	911	33,8	29,5
65 y más	841	31,6	132,0	905	33,6	138,2
Total	2.665	100,0	23,2	2.694	100,0	23,1

94. ESTUDIO DE SALMONELLA TYPHI EN CURSOS DE AGUA DE LA CIUDAD DE SANTIAGO

Drs. Catherine Ferreccio y Aída Kirschbaum.

Colaboradores: Sears, S.D., Levine, M.M., Cordano, A.M., Monreal, V. y Black, R.E.
(Ministerio de Salud y Escuela de Salud Pública, Universidad de Chile)

La Fiebre Tifoidea es un importante problema de salud pública en Santiago, Chile, llegando a tasas de morbilidad de 150 por 100.000 habitantes. Esto es discordante con los indicadores globales de salud y los datos de saneamiento básico que indican que el 94% de los hogares dispone de agua potable controlada bacteriológicamente y el 80% está conectado a la red de alcantarillado. Sin embargo, el alcantarillado descarga directamente a los cursos de agua que atraviesan la ciudad, que son utilizados para el regadío de las tierras agrícolas que la rodean. En estas tierras se cultivan hortalizas, lechugas, repollos y apio, entre otros, los cuales son consumidos crudos por los habitantes de Santiago.

Los estudios bacteriológicos de estas aguas de riego, habían mostrado una alta contaminación por coliformes fecales y salmonellas, pero no se había aislado *S. typhi*. Los métodos utilizados en los exámenes del agua no habían considerado técnicas de concentración de la muestra. La tórula Moore descrita en Inglaterra (5) es un método de concentración que ha permitido localizar portadores crónicos de *S. typhi*, estudiando efluentes de alcantarillado (6,7). Ha sido usada principalmente en la investigación de brotes urbanos de *F. Tifoidea* (8,9); su eficacia y confiabilidad no ha sido determinada en áreas endémicas. En el presente estudio se ha utilizado la tórula Moore para aislar *S. typhi* de fuentes de agua de Santiago, un área de *F. Tifoidea* endémica.

Material y Método

Entre Enero y Marzo de 1983, se realizaron estudios microbiológicos de ríos, canales de regadío y alcantarillado de hospitales y casas de portadores crónicos de Santiago.

Las tórulas Moore se fabricaron con un trozo de gasa de 15 cm de ancho x 120 cm de largo, doblada y afirmada por un alambre. Estas tórulas atadas a un hilo de nylon, se sumergen en las aguas a estudiar. Las tórulas se dejaron sumergidas por 48 y 72 horas, al cabo de las cuales se extrajeron y se colocaron directamente en 500 ml de caldo selenito F. El selenito se incubó a 41°C, sembrándose a las 24 y 48 horas en Agar: *Salmonella-Shigella*, Bismuto-Sulfito y Deoxy-chocolate-Citrato. Las colonias sospechosas se sembraron en TSI y se confirmaron por los métodos de rutina. Las cepas de *Salmonella typhi* aisladas fueron enviadas al Central Public Health Laboratories en Colindale UK, para fagotipificación.

Para evaluar la sensibilidad de la tórula Moore se tomaron muestras de alcantarillado de las casas de 10 portadores crónicos de *S. typhi* y de 3 hospitales de Santiago. Posteriormente se inició el estudio de los principales cursos de agua en donde descargan el alcantarillado (río Mapocho y Zanjón de la Aguada) y los canales de riego que de ellos derivan, principalmente en las comunas de Maipú y Pudahuel.

Resultados

Se colocaron 56 tórulas en el río Mapocho y 77 en el Zanjón de la Aguada, pero sólo se recuperaron 93. La mayoría de las tórulas perdidas fueron cortadas por personas que paseaban por el lugar. Después del primer mes disminuyó este fenómeno al esconder las tórulas.

En las casas de los portadores se recuperaron 25 tórulas.

En 8 de las 93 muestras (8,6%) de los cursos de agua, se aisló *S. typhi*. No hubo diferencias entre la positividad obtenida en el río Mapocho (8,9%) y el Zanjón de la Aguada (8,3%). En 4 de las 10 viviendas de portadores se aisló *S. typhi* correspondiendo al 20% de las muestras tomadas. En 1 de los 3 hospitales se aisló *S. typhi*, correspondiendo a una positividad del 8,3%. Los fagotipos de las cepas aisladas corresponden a los fagotipos que con mayor frecuencia causan esta enfermedad en Chile: E1, 46, M1, N.

Discusión

Con el uso de la tórula Moore fue posible aislar *S. typhi* de aguas de riego en Santiago, Chile. Es la primera vez que la tórula Moore ha sido utilizada con este propósito. La sensibilidad de la tórula Moore tiene una relación inversa con el volumen de agua del efluente estudiado (7)

La proporción de 9% de positividad es probablemente una subestimación. La *S. typhi* es un germen difícil de cultivar, que se inhibe con los coliformes y que generalmente se encuentra en muy pequeña cantidad de muestras ambientales (8). La tórula Moore actúa como un filtro, permitiendo detectar escasas *S. typhi* entre millones de coliformes. En países industrializados ha sido útil para aislar *S. typhi* desde alcantarillas durante epidemias. Con el presente estudio, se ha demostrado que además es práctica y confiable para aislar *S. typhi* desde aguas de riego en áreas endémicas.

El hallazgo de *S. typhi*, con los mismos fagotipos de las que causan la enfermedad, en aguas de riego, apoya la hipótesis de que las verduras contaminadas son un vehículo de transmisión de este germen en Santiago, hipótesis que explicaría las siguientes observaciones epidemiológicas.

1. La Fiebre Tifoidea presenta un alza importante durante el verano, cuando la lluvia es muy poca y los cursos de agua (río Mapocho y Zanjón de la Aguada) son usados más intensamente.
2. En la Región de los Lagos del Sur de Chile, donde llueve durante todo el año, hay poco uso de aguas de riego y la Fiebre Tifoidea es de baja incidencia.
3. El 94% de la población dispone de agua potable clorada y con control bacteriológico, por lo cual no es una fuente de *S. typhi*.

Las verduras contaminadas con aguas negras pueden transmitir diversas infecciones entéricas pero, es difícil probar una relación causa-efecto. A pesar de que este estudio no prueba que la *S. typhi* obtenida desde agua de riego es la responsable directa de la Fiebre Tifoidea, su presencia indica que es altamente probable una asociación causal entre verduras contaminadas con *S. typhi* e infección.

Referencias

1. Ministerio de Salud, Chile. Anuario 1980. Enfermedades de Notificación Obligatoria. Santiago, Chile, 1980:1-63.
2. Ministerio de Salud, República de Chile. Informe de Gobierno de Chile. Proceeding of the XXI Conferencia Sanitaria Pan Americana. Santiago, Chile, 1982.
3. Castillo G, Cordano AM. Enterobacteriaceae en una corriente fluvial. Rev. Latino Am. Microbiol 1975; 17:213-9.
4. Cordano AM, Virgilio R. Relaciones ecológicas de Salmonella en Chile. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana 1976; 81:44-9.
5. Moore B. The detection of paratyphoid carriers in towns by means of sewage examination. Monthly Bulletin in the Ministry of Health and Public Laboratory Services 1948; 7:241-8.
6. Moore B. The detection of typhoid carriers in towns by means of sewage examination. Monthly Bulletin of the Ministry of Health and Public Health Laboratory Services 1950; 9:72-8.
7. Moore B, Perry EL, Chard ST. A survey by the sewage swab method of latent enteric infections in an urban area. J Hyg 1952; 50:137-56.
8. Kelly SM, Clark ME, Coleman MB. Demonstration of infection agents in sewage. Am. J. Public Health 1955;45:1438-46.
9. Shearer LA, Browne AS, Gordon RB, Hollister AC Jr. Discovery of typhoid carrier by sewage sampling. JAMA 1959;169:1051-5.
10. Edwards PR, Ewing WH. Identification of enterobacteriaceae. 3rd. ed. Minneapolis: Burgess Publishing Co., 1972.
11. Kruse CW. Sanitary control of food. In: Last JM, ed. Maxcy-Rosenau public health and preventive medicine, 11th. ed. New York: Appleton-Century-Crofts, 1980:875-919.
12. Katzenelsen E, Buium I, Shuval HI. Risk of communicable disease infection associated with wastewater irrigation in agricultural settlements. Science 1976;194:944-6.

95. HIDATIDOSIS EN CHILE: SITUACION EPIDEMIOLOGICA ACTUAL

Dr. Iván Serra y Sr. Luis Marchant
(Hospital Sótero del Río y Escuela de Salud Pública, Universidad de Chile)

Llama la atención que una enfermedad como la hidatidosis humana mantenga en Chile una situación endémica de alto nivel a pesar del progreso en muchas enfermedades transmisibles y de la mejoría de los índices globales de mortalidad, especialmente la infantil. Por otra parte, tiene un alto costo humano y financiero para las personas afectadas, familias, servicios de salud y el país.

Se hace una revisión y puesta al día de la situación epidemiológica actual de esta zoonosis parasitaria, particularmente en la parte humana, en el país.

Se compara su importancia con otros países que también presentan una alta prevalencia de esta enfermedad, especialmente Uruguay.

Se analizan su incidencia según casos hospitalarios, prevalencia humana basada en estudios de autopsias (tanto de muertes violentas como de fallecimientos en hospitales generales de adultos) y en estudios inmunobiológicos además de mortalidad, en los últimos decenios con el fin de establecer tendencias.

Se destaca la importancia de considerar la prevalencia por el hecho de ser una enfermedad crónica.

Se considera también la magnitud de esta patología en el ganado de consumo humano a nivel nacional y la prevalencia de echinococcosis en perros, en diferentes localidades, en los últimos 10-20 años.

Se concluye que esta enfermedad, principal zoonosis en Chile, mantiene una situación epidemiológica de endemia estable, de alto nivel en lo que se refiere a nuevos casos humanos. Hay una leve tendencia a la mejoría, si se consideran las tasas, en morbilidad y algo mayor en mortalidad. Esto último es atribuible a mejor atención quirúrgica y/o consulta más oportuna.

En la parte ganadera, se aprecia una disminución de la infección hidatídica en las principales especies, marcada en los ovinos junto con retroceso en caprinos y equinos, considerando 1974 como base. La mejoría en el ganado ovino es atribuible al programa del Servicio Agrícola Ganadero en las XI y XII Regiones.

La situación en los perros es variable según localidad, época e investigación correspondiente, pero en todo caso es constante y muy elevada en Aysén y Magallanes. Ello coincide con la realidad humana y ganadera de esta enfermedad en las mismas zonas.

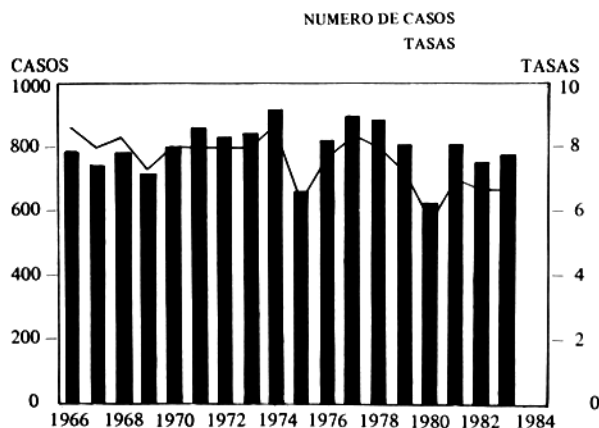
Se desarrolla un conjunto de proposiciones para enfrentar esta zoonosis, destacando la necesidad de un Plan Nacional de Control de la Hidatidosis, con énfasis en la salud humana.

TABLA Nº 1

**MORBILIDAD POR HIDATIDOSIS HUMANA EN CHILE (PREVALENCIA)
ESTIMACION SEGUN ESTUDIOS DE AUTOPSIAS. 1931-1984**

Período	Lugar	Población	Tasa x 100.000	Prevalencia Nacional
1931 - 1955	Concepción	Inst. Anatomía Patológica	773	41.000
1939 - 1966	Santiago	Hospital Psiquiátrico	199	12.300
1950 - 1959	Santiago	7 Hospitales Generales	605	38.700
1947 - 1966	Santiago	Instituto Médico Legal	201	13.500
1947 - 1970	Santiago	Instituto Médico Legal	204	13.900
		5 Hospitales Generales	672	45.700
1947 - 1979	Santiago	Instituto Médico Legal	189	15.900
		5 Hospitales Generales	827	52.700
1980 - 1984	Santiago	Instituto Médico Legal	45	5.200
		5 Hospitales Generales	571	65.600

**MORBILIDAD POR HIDATIDOSIS HUMANA
CHILE 1966-1983
NUMERO DE CASOS NUEVOS Y TASAS POR CIENT MIL HABITANTES**



96. BROTE EPIDÉMICO DE HEPATITIS VIRAL EN PIRQUE

Drs. Rodrigo Aguirre, María Paz Guzmán, Alvaro Téllez, Sergio Valdivieso y Catherine Ferreccio
y Srs. Salesa Barja, Ernesto Larraín, Cecilia Mardones y A. Meisner.
(Consultorio General Rural de Pirque, Ministerio de Salud)

A pesar que la hepatitis viral es una enfermedad frecuente en Chile, existen pocas comunicaciones sobre brotes epidémicos. Este trabajo pretende describir la investigación que efectuó un equipo de salud local de un brote de hepatitis en Pirque.

En Marzo de 1985 se produjo un aumento brusco de casos de hepatitis viral en el sector de El Principal de Pirque. El equipo de salud realizó una investigación cuyos objetivos fueron demostrar la existencia de una epidemia y buscar los factores de riesgo a enfermar en la población susceptible. Se definió un caso de hepatitis en base a parámetros clínicos y de laboratorio. Se encuestó a toda la población del sector buscando factores comunes que diferenciaron a los enfermos del resto. Se realizó estudio inmunológico para marcadores virales en el suero de 4 pacientes con hepatitis.

Entre el 19 de Marzo y el 25 de Julio de 1985 se comprobaron 37 casos en El Principal, y otros 11 en un sector vecino, Lo Arcaya. Lo esperado para todo Pirque era de ocho casos en un año. Los enfermos tenían edades entre 2 y 13 años, y todos evolucionaron hacia la curación. El estudio de marcadores confirmó que se trataba de un brote de hepatitis por virus A.

Al hacer un corte separando los 11 primeros casos del resto, y al aplicar los períodos de incubación de ellos, se pudo desprender que si existía una fuente común infectante, ésta habría actuado entre el 3 y 9 de Marzo. Se demostró además que los 11 primeros casos bebían agua de una red de cañería que abastecía a un 60% de la población. No hubo casos, al comienzo, en otros sectores de El Principal. También se comprobó un alto nivel de contaminación fecal del agua en esta red.

Los casos posteriores eran todos explicables por la ingesta de agua contaminada por los primeros enfermos del brote. No se demostraron diferencias significativas entre el grupo que enfermó y el resto de la población en ingesta de leche, helados, verduras, pasteles y otros. Tampoco en la asistencia a alguna comida o celebración.

Se concluye de esta investigación, que este brote epidémico se relaciona, con una alta probabilidad, a una contaminación del agua de bebida de este sector rural.

97. ESTUDIO DE CAMPO DE UNA VACUNA BCG LIOFILIZADA

Drs. Ivana Azzini, Raquel Carrasco, María de la Fuente y Enf. Ximena Ferrer, Cecilia Latrach y Pilar Rius
(Instituto de Salud Pública, Ministerio de Salud; Escuela de Salud Pública y Carrera de Enfermería,
Facultad de Medicina, Universidad de Chile y Servicio de Salud Metropolitano Oriente)

Se realiza un trabajo de campo con 116 niños vacunados al nacer, con vacuna BCG liofilizada del Instituto Rhodia Merieux de Francia y sometida a control de calidad por el Instituto de Salud Pública de Chile.

Se plantean como objetivos del trabajo: 1) determinar la presencia o ausencia de cicatriz BCG producida por la vacuna del Instituto Rhodia Merieux; compararla con la cicatriz producida por la vacuna BCG del Laboratorio Connaught (recientemente evaluada por los autores); 2) conocer la media del tamaño de la reacción tuberculínica producida por la vacuna en estudio y compararla con la encontrada usando la vacuna de L. Connaught y la vacuna BCG líquida, producida por el antiguo Instituto Bacteriológico de Chile y usada antes de Octubre de 1982 y 3) practicar el control de calidad del lote de vacuna liofilizada del Instituto Rhodia Merieux que se empleó en esta investigación.

Resultados

En relación al tamaño de la cicatriz obtenida no se encontraron diferencias apreciables con la vacuna BCG liofilizada Connaught y con otros tipos de vacuna utilizadas en Chile y en el extranjero.

La respuesta a la reacción tuberculínica de la vacuna Merieux es bastante menor que la obtenida con la líquida. Al compararla con la BCG liofilizada Connaught no hubo diferencias significativas, por lo que podríamos sostener que ambas vacunas liofilizadas aparecen más débiles frente a la BCG líquida.

Al estudiar la calidad de la vacuna BCG Merieux in vitro, los controles sucesivos la señalan como una vacuna estable, probablemente mantenida en buenas condiciones en la Cadena de Frío y promisorio desde el punto de vista operacional.

TABLA Nº 1

TAMAÑO MEDIO DE LA CICATRIZ CON 2 VACUNAS BCG LIOFILIZADAS

Tipo de Vacuna BCG	Tamaño cicatriz promedio en mm	D. Standard en mm
Liofilizada L. Connaught	5,27	2,13
Liofilizada L. Merieux	4,62	2,36

TABLA Nº 2

**TAMAÑO DE PPD EN NIÑOS DE 4 MESES CON 3 VACUNAS BCG
SERVICIO DE SALUD METROPOLITANO ORIENTE 1984**

Tipo de Vacuna BCG	Tamaño PPD mm	D. Standard mm	Tamaño Muestra estudiada
Líquida Inst. Bacteriológico Chile	11,1	5,5	76
Liofilizada Connaught	5,5	3,5	74
Liofilizada Merieux	4,8	3,5	105

F – 71,95

F crit. – 3,00 p/0.001

98. ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL NOTIFICADAS EN UN CENTRO ESPECIALIZADO

Drs. Raquel Carrasco, Mauricio Céspedes, Claudio Vargas, Edda Pruzzo, Florentina Auger
y Rafael Arroyave

(Escuela de Salud Pública, Universidad de Chile y Servicio de Salud Metropolitana Norte)

Se trata de un estudio descriptivo que considera la notificación obligatoria de enfermedades de transmisión sexual (ETS) derivada del Centro de Control y Tratamiento de ETS (ex Consultorio de Venéreas Artesanos) ubicado en el Área de Salud Metropolitana Norte.

El propósito general del trabajo fue conocer la experiencia de un centro especializado en la atención de pacientes con patología venérea y a la vez comparar la denuncia de este Centro con la notificación global del país.

Como objetivos se plantearon los siguientes: conocer el volumen de la notificación entre los años 1978-1984; determinar la frecuencia de las diferentes ETS distinguiendo la sífilis, gonorrea y otras; estudiar la distribución por sexo y grupo etario; describir esas mismas variables estudiando por separado sífilis y gonorrea; determinar el volumen de la notificación de Otras Enfermedades de Transmisión Sexual y verificar si existen cambios en el curso de los años estudiados; determinar la existencia o no de variación mensual en la notificación.

La información se recolectó en el Centro de Control y Tratamiento de ETS, ubicado en la calle Artesanos, Servicio de Salud Metropolitana Norte. La notificación se efectúa diariamente y la realiza una funcionaria administrativa especialmente entrenada en dicha función. En relación a los datos recolectados por este grupo, todos habían sido notificados por la misma funcionaria utilizando criterios uniformes en todo el período hasta 1982; en el período 1978-1982 la notificación se llevaba a cabo después de la comprobación de laboratorio del caso; en el período 1983-1984 la notificación la realizó la misma funcionaria, pero sin comprobación bacteriológica, haciéndose énfasis en perfeccionar al máximo el diagnóstico clínico. De las hojas de notificación se extrajeron los siguientes datos: edad, sexo, profesión o actividad y diagnóstico.

Resultados

En el período 1978-1984 se notificaron 16.708 casos de ETS; de ese volumen el 80% correspondió a hombres y el 20% a mujeres. La notificación llegó a su punto máximo en 1980, año en el que se denuncia el 17,9% del total del período en estudio; posteriormente se produce una disminución en la notificación con un nuevo repunte en el último año estudiado (16,8% del total). En 1984 destaca un aumento extraordinario de la denuncia de "Otras ETS", el que se explica por un énfasis intencionado en la búsqueda y notificación de esa patología, el que se inicia precisamente ese año.

Al estudiar en conjunto las ETS notificadas en este Centro, encontramos algunos hechos en común, como el número de casos observados en menores de 14 años, que es bastante parecido en ambos sexos y equivale al 0,2% en hombres y al 0,3% en mujeres.

El grupo de edad que acumuló más casos en ambos sexos es el de 20 a 24 años (34%), seguido del de 25 a 29 años (24%); a partir de los 30 años se produce una declinación de la denuncia, la que es muy notoria desde los 40 años.

Las diferencias más importantes en sífilis y gonorrea radican en la mucho mayor frecuencia de denuncia de gonorrea (78,5% del total de casos notificados en el período) y en la diferente distribución de estas enfermedades según sexo: la gonorrea se denuncia en un 80% en el hombre y en el 72,5% en la mujer; la sífilis, sin embargo, se notifica en un 16,2% en el hombre y en un 26,6% en la mujer. Las "otras ETS" se notifican especialmente en el hombre dada la magnitud de las Uretritis No Gonocócicas que acumulan en 1984 el 82,5% de ese rubro otras.

Al estudiar la variación mensual de las ETS se pudo apreciar que no había diferencias importantes en la notificación, a excepción de una menor denuncia en los meses de Enero y Febrero, atribuible a la menor demanda de consultas producidas en los meses de verano.

En relación a la notificación global del país, el Centro notifica en promedio un 15,8% de la gonorrea denunciada y sólo un 5,2% de la sífilis notificada en todo Chile, lo que se explica por algunas características propias del Centro y de la enfermedad (sífilis).

TABLA Nº 1

**NOTIFICACION DE ENFERMEDADES DE TRASMISION SEXUAL
CENTRO DE CONTROL Y TRATAMIENTO ETS (ARTESANOS)
SERVICIO DE SALUD METROPOLITANO NORTE
1978-1982**

Año	Sífilis Nº	Gonorrea Nº	Otras Nº	TOTAL ETS Nº	% Anual
1978	326	1.298	—	1.624	9,7
1979	393	1.428	4	1.825	10,9
1980	529	2.444	12	2.985	17,9
1981	507	2.192	9	2.708	16,2
1982	514	1.814	5	2.333	14,0
1983	441	1.976	11	2.428	14,5
1984	342	1.971	492	2.805	16,8
Total	3.052 (18,3%)	13.123 (78,5%)	533 (3,2%)	16.708	100,0

TABLA Nº 2

**DISTRIBUCION POR DIAGNOSTICO Y SEXO
DE ENFERMEDADES DE TRANSMISION SEXUAL**

Sexo	Gonorrea		Sífilis		Otras ETS		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Hombres	10.675	80,0	2.153	16,2	503	3,8	13.331	100
Mujeres	2.448	72,5	899	26,6	30	0,9	3.377	100

99. PREVALENCIA DE ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL EN EL SERVICIO DE SALUD CONCEPCIÓN-ARAUCO, 1983-1984

Enf. Manuel Castro y Julia Ramírez y Sr. Manuel Merino, Mariana Quijada y Viviane Aravena
(Departamentos de Enfermería y de Historia, Universidad de Concepción y Hospital Grant Benavente, Concepción)

Este es un estudio descriptivo que pretende conocer algunas características demográficas, de comportamiento sexual y asistenciales de los pacientes que presentaron Enfermedades de Transmisión Sexual y que fueron atendidos en el Servicio de Salud Concepción-Arauco, durante el período comprendido entre el 1º de Enero de 1983 y el 31 de Diciembre de 1984. Es, además, un estudio desarrollado con la intención de presentar un primer acercamiento al conocimiento de este tipo de pacientes, traducido en el análisis de las características antes mencionadas.

La información necesaria para realizar este trabajo se obtuvo de la revisión del Formulario ETS N° 1 (modificado) del Servicio de Salud Concepción-Arauco, registrada en una ficha de caso especialmente diseñada, que sirvió para enviar la información a la División de Computación e Informática de la Universidad de Concepción, para su procesamiento.

Entraron al estudio todos los pacientes que consultaron en el Centro de Enfermedades de Transmisión Sexual, del Servicio de Salud Concepción-Arauco, durante el año 1983 (N = 675) y durante el año 1984 (N = 837).

El análisis de los resultados, nos proporciona la siguiente información:

De toda la población en estudio, se evidenció un mayor porcentaje de casos en el sexo masculino.

En grupos etáreos, los más afectados son aquellos que están entre los 20 y 34 años, los que a su vez corresponden a la etapa sexualmente activa de la vida.

Con respecto a variación mensual, las cifras obtenidas nos permiten afirmar que la presentación de los casos es relativamente pareja durante el año.

Según actividad sexual, no es posible concluir al respecto, dado que difícilmente el paciente reconoce otra actividad sexual que no sea la heterosexual.

El tipo de contacto sexual aparentemente se pudo establecer en forma más fehaciente en el año 1984, debido quizás a mejor técnica de la entrevista. Es conveniente recordar la importancia que, en este tipo de pacientes, tiene la entrevista, para poder obtener de éstos una información fidedigna.

Según Programa de Pesquisa, como es dable esperar, el 90% de los casos en los 2 años de estudio, corresponden a "consulta venérea".

Según Diagnóstico, el porcentaje más alto de pacientes consultantes, corresponde a Blenorragia en ambos años de estudio. Además, constituyen los mayores porcentajes de casos en todos los grupos de edades, así como también en ambos sexos.

En términos generales la información del año 1984 es más confiable; con respecto a sexo y grupo etáreo se aprecian porcentajes casi similares entre los 15 y 19 años, manteniéndose altos hasta los 39 años, posteriormente empieza a disminuir en ambos sexos, apreciándose un peak en la mujer entre los 50 años y más.

Según Programa de Pesquisa y Diagnóstico, en el año 1983 se aprecia un alto porcentaje de Sífilis Reciente, latente y tardía, detectado en Control de Embarazo. En consulta venérea, el mayor porcentaje está dado por Blenorragia. Hay que destacar los porcentajes de Sífilis en Paternidad Responsable, Banco de Sangre y Examen de Salud, pues estos datos se extraen de resultados de V.D.R.L.

En el año 1984, se nota un aumento en Sífilis latente, derivado del control de embarazo, posiblemente por mejor utilización de la Serología. No hay que restar importancia al alto porcentaje de Sífilis latente en paternidad responsable, que deriva de examen Serológico.

Con respecto a Grupo Etáreo y Programa de Pesquisa, se aprecia el más alto porcentaje de casos entre los 15 y 44 años, derivados del programa "Consulta Venérea" en los dos años de estudio.

TABLA Nº 1

**DISTRIBUCION DE LOS PACIENTES CON ENFERMEDADES DE TRASMISSION SEXUAL
SEGUN DIAGNOSTICO. SERVICIO DE SALUD CONCEPCION-ARAUCO. 1983-1984**

Diagnóstico	1983	1984
	%	%
Sífilis Reciente	9,93	9,67
Latente Precoz	12,89	7,88
Latente Tardía	9,63	1,79
Tardía Sintom.	—	0,12
Congénita	—	0,48
Blenorragia	52,44	65,99
Uretritis no Gonocócica	11,70	11,34
Herpes Genital	3,41	2,63
Otros	—	0,2
Total	100,00 (N = 675)	100,00 (N = 838)

TABLA Nº 2

PROGRAMA DE PESQUISA Y DIAGNOSTICO DE 675 PACIENTES CON ENFERMEDADES DE TRASMISION SEXUAL.
SERVICIO DE SALUD CONCEPCION - ARAUCO. 1983

Diagnóstico Programa de Pesquisa	Sifilis Reciente	Sifilis Latente Precoz	Sifilis Latente Tardia	Blenorragia	Uretritis No Gonocócica	Herpes Genital	Total
	%	%	%	%	%	%	
Control Embarazo	7,41	48,15	44,44	—	—	—	100 (27)
Control Prostitución	—	—	—	—	100,00	—	100 (2)
Consulta Venérea	9,95	9,95	7,54	56,50	12,36	3,69	100 (623)
Paternidad Responsable	25,00	41,67	33,33	—	—	—	100 (12)
Banco de Sangre	—	71,43	28,57	—	—	—	100 (7)
Examen de Salud	—	50,00	—	50,00	—	—	100 (4)

100. ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS DEL TETANOS EN CHILE EN LOS ÚLTIMOS 25 AÑOS

Drs. María de la Fuente, Sonia González, Gladys Guevara, Ingrid Castillo y Sofía Ignatiew
(Escuela de Salud Pública, Universidad de Chile)

El tétanos es una enfermedad de distribución mundial pero más frecuente en los países en desarrollo, ya que su incidencia se vincula al nivel de vida: mejoramiento de los servicios médicos, existencia de programas de inmunización de amplia cobertura y otros.

Según las últimas informaciones, en 1983 se habrían registrado 45.122 defunciones por tétanos en el mundo, 38.830 de las cuales pertenecen al continente asiático. En América se produjeron 3.534 casos, con tasas que van desde 0,0 en Estados Unidos, 0,1 en Chile a 3,6 por 100.000 hab. en Paraguay.

Considerando que no existen trabajos actualizados sobre el tema, es que nos hemos interesado en estudiar el tétanos en nuestro país en los últimos 25 años, para analizar la morbilidad en ese período y examinar las variables epidemiológicas de tiempo, espacio y personas en el último decenio.

Material y Método

La información nacional proviene de los Anuarios de Defunción y Causas de Muerte, de los de Notificación de Enfermedades de Notificación Obligatoria del Servicio Nacional de Salud y del Ministerio de Salud de los años 1950 a 1983. Para 1984 se obtuvo del Boletín de Vigilancia Epidemiológica del Ministerio de Salud. Los datos internacionales se extrajeron del Demographic Year Book y del World Statistics Annual.

Resultados

La morbilidad por tétanos en Chile en el lapso de 25 años permite distinguir tres períodos: 1960-1970, período de descenso; 1971-1976, período de estabilización; 1977-1984, período de estabilización a niveles más bajos.

El año 1963 aparece como un año de máxima morbilidad en el período con una tasa de 0,9 y como años de mínima morbilidad, 1977-1979-1981, con tasas de 0,2 por 100.000 hab. La magnitud del descenso a lo largo de los 25 años es de 78% con un promedio de 3,12% anual.

En mortalidad distinguimos 4 períodos: un descenso acentuado hasta 1968; un período estacionario hasta 1974, un nuevo descenso hasta 1979 y un último período estacionario a más bajo nivel, semejante éste al que se observa en la morbilidad. El descenso total de la mortalidad es del 85,7% con un promedio anual de 3,6% en los 24 años de observación.

La letalidad calculada en base a casos denunciados y muertes registradas es de 66,8% en promedio con un rango de 16,6 a 100% en el período de observación.

En relación a hospitalización entre 1975 y 1982-1983 hay un desplazamiento de los casos hacia el grupo de 15-44 años que significa el 52 y el 68,9% respectivamente. El tétanos del neonato, en cambio, baja de 14,9 a 0.

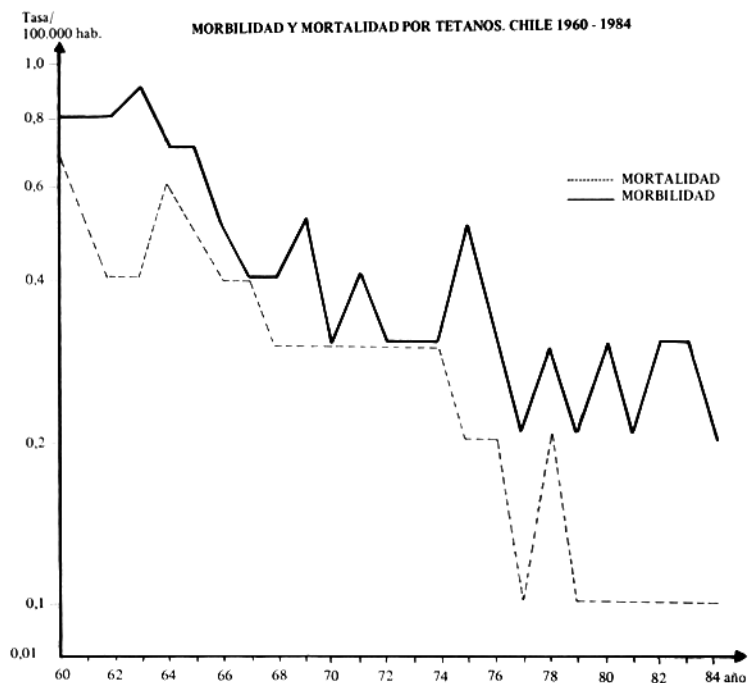
Distribución por edad. En el período 1975-1976 el tétanos afectaba principalmente a los menores de un año (28%) y a los adultos jóvenes de 15 a 44 años (25%), que en conjunto reunían más de la mitad de los casos. En el último bienio 1982-1983 se observa un descenso importante de los casos producidos entre 1 y 14 años, cuya proporción ha disminuido de 28% a 5,5% entre ambas fechas. Por otra parte, ha habido un aumento proporcional de los casos en el grupo de 15 a 44 años que va de un 25 a un 46% en ese mismo período.

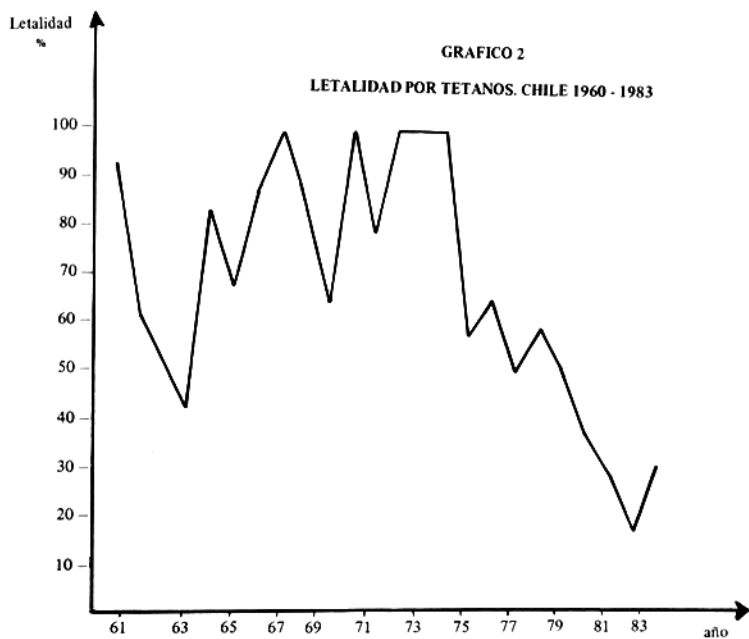
En relación a neonatos fue posible analizar las tasas de mortalidad entre los años 1950 y 1983. Observamos tres períodos: el primero hasta 1960, ascendente, con cifras de hasta 8,6 por 100.000 nacidos vivos; luego un período de descenso con grandes fluctuaciones hasta 1976; finalmente, desde 1977 se aprecia un descenso rápido hasta llegar a tasas de 0,0 en 1981, situación mantenida en la actualidad.

En cuanto a distribución estacional, la situación promedio entre 1975-1983 muestra un mayor número de casos en Diciembre y Enero.

En cuanto a distribución geográfica, la mayor frecuencia de los casos y muertes ocurre en el sur del país, en las Regiones VII a X: Maule, Bio-Bio, Araucanía y Los Lagos. Las tasas más bajas se encuentran en Aysén y Magallanes y en las regiones del Norte, exceptuándose Tarapacá.

GRAFICO 1





101. MENINGITIS PURULENTA – ESTUDIOS Y SEGUIMIENTO EN TALCAHUANO

Drs. Juan de Dios Jeria, Germán Ilabaca, Marcos Manríquez, Brenda Luarte, Manuel Cifuentes y Gabriel Martínez

(Hospital Higuera, Talcahuano, Facultad de Medicina, Universidad de Concepción y Servicio de Salud de Talcahuano)

Se estudian 204 casos clínicos con diagnóstico de Meningitis, ingresados al Servicio de Pediatría del Hospital Higuera durante un período de 5 años, estableciéndose que 145 correspondieron a Meningitis Viral, 5 a Meningitis TBC y 54 casos a Meningitis Purulenta. Se analizaron los 54 casos de Meningitis Purulenta en relación a edad, sexo, motivo de consulta, síntomas, LCR, tratamiento, condición de alta y se hizo seguimiento a través de visita domiciliaria, lográndose ubicar y evaluar a 28 pacientes lo que representa un 54,9%.

La edad de mayor incidencia fue en lactantes (59,2%); no hubo diferencia en cuanto a sexo: mujeres (42,5%) y varones (57,5%). El motivo de consultas más frecuente fue la fiebre (31%), vómitos (18%), convulsiones (15%) y el compromiso sensorial se manifestó en la mitad de los casos (51,8%); el bregma se encontró normal en 60,5% de los casos y los signos meníngeos estuvieron presentes en 59,2%: el LCR se demostró patológico al ingreso en 92,5% de los casos, frotis se efectuó 43, siendo negativo en 25 (58,1%); los cultivos fueron positivos en 17 niños (31,5 por ciento), predominando como germen causal el meningococo en un 29,4%. El tratamiento se inició con ampicilina (200-400 mg/kg peso diario) en 17 casos, debiendo asociarse antibiótico en 37 (68,5%). De los 54 niños fueron dados de alta en buenas condiciones 45 (83,4%), 2 con secuelas (3,7%) y la mortalidad fue de 3 (5,5%).

El seguimiento posterior hecho durante el presente año reveló que de los 28 niños evaluados, la mayoría tiene entre 2 a 14 años de edad (71,4%); 10 entre 2 y 5 (35,7%); 10 entre 7 y 14 (35,7%); 5 (17,9%) son mayores de 15 años. Del total de los 28 niños, 12 están en control médico (42,8%) y 16 no lo están (57,2%).

La relación afectiva con sus familiares y amigos fue catalogada de buena en 20 (71,4%), agresiva en 5 (17,8%), nerviosismo e inquietud en 3 (10,8%). Secuelas se encontró en 11 casos (39,2%), de los cuales 4 tienen epilepsia (36,3%); 4 trastornos del aprendizaje (36,3%); 1 alteración del lenguaje y en dos se encontró alteraciones neurológicas focales (18,3%) correspondientes a sordo-mudez y hemiparesia, siendo normal el examen neurológico en 17 niños (60,8%). El tiempo transcurrido desde el alta a la fecha del cierre del seguimiento (31.08.85) fue de más de 5 años en 8 casos (28,5%), entre 3 y 5 años, 11 casos (39,2%) y menos de 3 años en 9 (32,3%), siendo el período más corto de un año y seis meses.

Conclusiones

Del estudio se desprende que la presentación del cuadro clínico es muy variado, que el examen del líquido cefalo-raquídeo tiene una alta positividad, que el tratamiento fue hecho de acuerdo a esquemas clásicos preestablecidos y que una mayoría importante se recupera sin secuelas.

En cuanto al seguimiento, podemos concluir que es difícil de evaluar a la totalidad de los casos, especialmente por los frecuentes cambios de domicilios; no obstante, más de la mitad de los niños concurren a control médico; que la mayoría tiene una relación afectiva catalogada como buena; que un número no despreciable tiene trastorno de comportamiento; que las secuelas más frecuentes encontradas fueron epilepsia secundaria y trastornos del aprendizaje y que hubo un caso de secuela grave: sordo-mudez.

Por tratarse de un cuadro que, si bien es cierto, no es muy frecuente, pero tiene gran significado clínico y repercusiones en la vida futura de los niños, se considera de interés dar a conocer estas experiencias del Hospital Higuera de Talcahuano.

TABLA Nº 1

**MENINGITIS PURULENTE, CONDICION AL ALTA SERVICIO DE PEDIATRIA,
HOSPITAL HIGUERAS, 1979-1984. SERVICIO DE SALUD TALCAHUANO,
REGION DEL BIO-BIO. CHILE**

Condición al Alta	Nº	%
Buenas condiciones	45	83,3
Secuela	3	5,6
Muerto	3	5,6
No consignado	3	5,6
Total	54	100,0

TABLA Nº 2

**MENINGITIS PURULENTE, CONDICION ACTUAL DE 28 PACIENTES CONTROLADOS
HASTA EL 31 DE AGOSTO DE 1985. SERVICIO DE PEDIATRIA, HOSPITAL HIGUERAS
SERVICIO DE SALUD TALCAHUANO, REGION DEL BIO-BIO. CHILE**

Condición actual	Nº	%
Normal	17	60,7
Epilepsia secundaria	4	14,2
Trastorno aprendizaje	4	14,2
Alteración lenguaje	1	3,5
Déficit neurológicos focales	2	7,4
Muerto	0	0,0
Total	28	100,0

102. ESTUDIO EPIDEMIOLOGICO DE MENINGITIS PURULENTE EN PEDIATRIA

Srs. Oscar Alarcón, Gonzalo Armijo, Orietta Carmona, Jorge González y Dr. Jorge Vergara
(Hospital González Cortés, Santiago)

Las enfermedades infecciosas constituyen una de las causas más importantes de morbimortalidad infantil en Chile y Latino América; dentro de ellas, la Meningitis Purulenta es de gran importancia por su alta tasa de letalidad, dejando secuelas en gran porcentaje; su diagnóstico y tratamiento requieren un nivel de atención terciario y con una prolongada estada intrahospitalaria. Por lo anterior, es una entidad de alto costo social y económico.

Objetivos

- 1) Determinar la importancia relativa de la Meningitis Purulenta dentro de un Servicio de Infecciosos e investigar posibles factores del huésped que influyan en su susceptibilidad.
- 2) Investigar características epidemiológicas del huésped que influyan en su susceptibilidad.
- 3) Precisar agentes etiológicos más importantes de Meningitis Purulenta.

Material y Método

Los datos se obtuvieron de las fechas clínicas de los pacientes con Meningitis Purulenta del Servicio de Infecciosos del Hospital Exequiel González Cortés, y cuyo ingreso fue entre el 1º de Mayo de 1984 y el 30 de Abril de 1985 inclusive, los que totalizaron 36 casos.

Se clasificaron los pacientes en 3 grupos etarios: 1) Recién nacido - 2 meses 29 días; 2) 3 meses - 1 año 11 meses; 3) 2 años y más. Se midieron en ellos los siguientes parámetros: sexo, estado nutricional, clínica: signos meníngeos, signos de hipertensión endocraneana, signos encefalíticos, síndrome febril, alteraciones del LCR, características del hemograma, positividad de cultivos, agentes etiológicos, días estada intrahospitalaria, letalidad y secuelas.

Resultados

De los 36 casos analizados el 14% estaba en el 1er. grupo etario, 78% en el 2º y el 8% en el 3er. grupo etario.

El 50% fueron hombres y 50% mujeres.

El 80% del total eran eutróficos y el 20% con algún grado de desnutrición.

Los cultivos de LCR fueron positivos en 47% y el hemocultivo en 50%.

Los agentes etiológicos fueron:

1er. grupo etario: Haemophilus Influenzae 20%, Klebsiella Sp 20% y Desconocido, 60%.

2º grupo etario: Haemophilus Influenzae 50%, Klebsiella Sp 11%, Neumococo 11%.

3er. grupo etario: Neumococo 33%, Haemophilus Influenzae 33%.

La letalidad fue de 25%, teniendo un 40% de letalidad en el 1er. grupo etario. Quedaron con secuelas un 25%, y de éstas la más importante fue retardo psicomotor (44%), hidrocefalia (33%) y paresias (11%). El promedio general de hospitalización fue de 24 días.

Conclusiones

El 92% de las Meningitis Purulentas se presenta en menores de 2 años.

No existen diferencias de susceptibilidad entre hombre y mujer.

El estado nutricional del huésped influye en su susceptibilidad (80% eutróficos).

El Haemophilus Influenzae es el agente etiológico más importante (44% del total) y un porcentaje considerable es de etiología desconocida (28%).

Es de alto costo social, ya que un 25% muere y otro 25% queda con secuelas neurológicas.

Es de alto costo económico por su nivel complejo de atención, medicamentos, exámenes y por alto promedio de estada intra hospitalaria.

TABLA Nº 1

EDAD, SEXO, ESTADO NUTRITIVO Y LETALIDAD

Edades	Porcentaje Total	Sexo		Estado nutricional		Letalidad Muertos
		Mujeres %	Hombres %	Eutrófico %	Desnutrido %	
— 3 meses	14	40	60	80	20	40
3—23 meses	78	50	50	79	21	22
24 meses y más	8	66	33	100	0	33
Total	100	50	50	80	20	25

TABLA Nº 2

GERMENES AISLADOS

	Haemophilus %	Klebsiella %	Streptococo Neumoniae %	Desconocido %
— 3 meses	20	20	0	60
3—23 meses	50	11	11	22
24 meses y más	33	0	33	33
Totales	44	11	11	28

103. PESQUISA DE HIPERTENSION ARTERIAL EN UNA INDUSTRIA DEL AREA METROPOLITANA.

Enf. Lucía Garrido, M. Elena Kroger, Prof. Ilse López, Enf. Ana María Peña, M. Angélica Meneses y M. Cristina Zúñiga
(Departamento de Enfermería y Escuela de Salud Pública, Facultad de Medicina, Universidad de Chile)

Como parte de la labor de extensión que cumple la Universidad, los docentes del Grupo Médico-Quirúrgico del Departamento de Enfermería desarrollaron un Programa de Pesquisa de Hipertensos en el área industrial, para lo cual se seleccionó una industria de alimentos que cuenta con un Servicio Médico organizado, lo que permitió, en el caso de pesquisa de enfermos hipertensos, efectuar la referencia en forma expedita.

En el desarrollo de este trabajo se contó con la amplia colaboración de la empresa y en especial de la Asistente Social y del Médico.

El propósito, al presentar este estudio, es dar a conocer que es posible trabajar permanentemente con grupos organizados de la Comunidad, como es una industria, puesto que no requiere de recursos elevados para desarrollar una línea de trabajo en extensión e investigación en problemas de salud de tipo crónico en el adulto. Desde el punto de vista de la empresa es importante pesquisar oportunamente enfermedades, lo que permite prevenir el ausentismo laboral y ahorrar recursos en la preparación de personal especializado.

Conscientes de que la hipertensión arterial constituye un problema de salud pública, ya que es el primer factor de riesgo de enfermedad cardiovascular, a su vez primera causa de mortalidad en el país; que siendo ésta una patología asintomática en las etapas pre-patogénica e inicial y que, además, en nuestro país los estudios realizados revelan que el 18 a 20% de los mayores de 18 años tienen alguna forma de hipertensión, se decidió realizar este estudio en un grupo económicamente activo con una población de trabajadores de predominio masculino.

Metodología

En el control de 225 funcionarios de la industria se trabajó según las normas contenidas en el Manual de Control de Hipertensión Arterial del Ministerio de Salud, 1979. De acuerdo a ellas en cada persona se realizó:

a) 1 control de peso y estatura. Para catalogar el estado nutritivo se utilizó la tabla de peso aceptable para adultos del Departamento de Nutrición, Facultad de Medicina Santiago Norte, Universidad de Chile. Se consideró como obesos a todos aquellos que tenían sobre el 20% de su peso aceptable en relación a la estatura. b) 3 controles de presión arterial en posición sentada y 3 en posición de pie en el brazo en el cual se encontró el valor más alto. Estos controles se realizaron con una diferencia mínima de 2 minutos entre cada uno de ellos. c) Control de pulso radial en 1 minuto, en posición sentada y en posición de pie. d) Entrevista para determinar la presencia de factores de riesgo, como antecedentes familiares y personales de hipertensión arterial, diabetes, obesidad, gota; hábitos relacionados con la ingesta de café, consumo de tabaco y sal.

En relación al consumo de café y sal se consideró como factor de riesgo, el consumo igual y superior a 2 tazas grandes de café al día, y de sal, al que habitualmente le agregaba sal a las comidas ya sazonadas.

Fue catalogado como fumador moderado aquella persona que fumaba hasta 10 cigarrillos diarios, y como excesivo el fumador de más de 10 cigarrillos.

A todas las personas controladas por primera vez y que presentaron una presión diastólica igual o superior a 95 mm Hg, fueron controlados en 2 oportunidades más con una diferencia de 1 semana entre cada control. La persona que en los tres controles tuvo una presión diastólica igual o superior a 95 mm Hg, fue enviada al Servicio Médico de la Industria para su estudio y posterior clasificación de su hipertensión de acuerdo a las normas vigentes.

Para los efectos de este trabajo se consideró como sana a toda persona sin factor de riesgo, ni alteración de su presión arterial.

Resultados

Se controló a 225 funcionarios de la industria de los cuales sólo 14 son mujeres. Dada la escasa frecuencia de éstas, los resultados no hacen diferencia por sexo.

Las edades fluctúan entre 19 y 65 años, concentrados en un 76% entre 30 y 49 años. El 52 por ciento corresponde a actividades de tipo administrativo, y el 47%, manuales; se encontró a sólo 2 ejecutivos en el grupo. Se trata de un grupo en que sólo el 16% tiene algún curso de enseñanza básica, el 44%, técnica o universitaria. Por tratarse de trabajadores de una industria, la totalidad es beneficiario de una institución de salud previsional, siendo mayoritariamente (72%) beneficiarios de FONASA (Tabla 1).

Este trabajo de detección arrojó una cifra de 6,6% de hipertensos declarados, un 13,7% de hipertensos lábiles y el resto, casi 3 de cada 4 de los funcionarios controlados, exhiben uno o más factores de riesgo. El 58% de estas personas suman entre 3 y 8 factores de riesgo.

Considerando sólo las 168 personas con factor de riesgo, se puede observar que el porcentaje por edad se mantiene entre un 79 y un 74%, cualquiera sea la edad antes de los 50 años, momento en el cual esta cifra baja a un 50%. Entre los antecedentes que constituyen factor de riesgo, cabe destacar que la mitad de los funcionarios controlados consume café en forma excesiva, una cifra similar son fumadores y más de un tercio son consumidores de sal. En antecedentes familiares, sobre el 40% de ellos confiesa tener los de hipertensión y obesidad, respectivamente: estas cifras son ligeramente más altas cuando se analiza exclusivamente el grupo de 15 hipertensos detectados. Si bien es cierto la cifra de hipertensos detectados no es importante, lo es la de individuos con factores de riesgo presente (Tabla 2).

TABLA Nº 1

CARACTERISTICAS DE LOS 225 FUNCIONARIOS CONTROLADOS

	Nº	%
Sexo		
Masculino	211	94
Femenino	14	6
Edad (Años)		
19 a 29	38	17
30 a 39	117	52
40 a 49	54	24
50 a 65	16	7
Actividad		
Ejecutivo	2	1
Administrativo	117	52
Manual	106	47
Escolaridad		
Básica	10	5
Media	172	76
Técnica	35	16
Universitaria	8	3

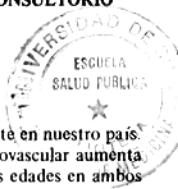
TABLA Nº 2

GRADO DE EVOLUCION DE LA HIPERTENSION Y PRESENCIA DE ANTECEDENTES FAMILIARES, PERSONALES Y HABITOS

Antecedentes	Grado Evolución de Hipertensión						Total N = 214	
	Hipertensos declarados N = 15		Lábiles N = 31		Sólo factor riesgo N = 168			
	No	%	No	%	No	%	No	%
Familiares								
Diabetes	7	47	6	19	44	26	57	27,0
Obesidad	8	53	12	39	67	40	87	41,0
Gota	—	—	2	6	10	6	12	6,0
Hipertensión	5	33	14	45	73	43	92	43,0
Personales								
Diabetes	2	13	1	3	6	4	9	4,0
Obesidad	8	53	17	55	41	24	66	31,0
Gota	—	—	—	—	2	1	2	1,0
Hipertensión	—	—	—	—	4	2	4	2,0
Hábitos								
Tabaco excesivo	3	20	5	16	28	17	36	17,0
Tabaco moderado	4	27	8	26	60	36	72	34,0
Café	8	53	13	42	86	52	107	50,0
Sal	5	33	14	45	58	35	77	36,0

104. CARACTERÍSTICAS DE LOS HIPERTENSOS ADSCRITOS AL CONSULTORIO LA FAENA

Enf. Myriam Pérez y Dr. Mario Montecinos
(Consultorio La Faena, Servicio de Salud Metropolitano Oriente)



Las enfermedades cardiovasculares constituyen la primera causa de muerte en nuestro país. Se ha demostrado que el riesgo de morbilidad y mortalidad de origen cardiovascular aumenta proporcionalmente, a medida que aumenta la presión arterial para todas las edades en ambos sexos. El Subprograma de Hipertensión Arterial (HTA) en el adulto surgió como una necesidad, con el fin de mejorar estos índices.

Se diseñó el presente trabajo con el propósito de conocer algunas características de los pacientes inscritos en el subprograma antes mencionado, del Consultorio La Faena, perteneciente al Área de Salud Metropolitana Oriente.

Los objetivos fueron establecer el número de hipertensos registrados entre 1978 y 1984; su edad promedio al ingreso; nivel de instrucción (escolaridad); actividad ocupacional; patologías asociadas y antecedentes familiares de HTA. También se consignaron datos en relación a medidas terapéuticas utilizadas y evolución de las cifras tensionales.

Sujeto y Método

En el período aludido, ingresaron al subprograma 420 pacientes. De éstos, se lograron revisar 370 historias clínicas (88,1% del total) con sus respectivas tarjetas de control y seguimiento de la HTA en consultorio, las que aportaron todos los datos.

Para la clasificación de la HTA en leve, moderada y severa, se utilizaron los criterios señalados por el Ministerio de Salud. Se promediaron las 3 primeras cifras diastólicas que motivaron el ingreso al subprograma y las de los 3 últimos controles de cada paciente.

En lo relativo a patologías asociadas, se consignaron las de riesgo cardiovascular como obesidad, diabetes e insuficiencia coronaria.

Se definió como "abandono" al subprograma la no concurrencia a los 3 últimos controles o más y como "inasistentes", a la ausencia a los 2 últimos.

Resultados

Se obtuvieron 61 hombres (16,5%) y 309 mujeres (83,5%). Las edades fluctuaron entre 35 y 67 años y 27 a 78 años respectivamente.

El promedio de edad $\pm$ desviación estándar (S) fue: Hombres $X = 53,2$ años $S = 5,1$ años; Mujeres $X = 51,6$ años $S = 9,3$ años.

El 79,5% del grupo estudiado es menor de 60 años y el 41,4% menor de 50 años, sin diferencias por sexo. La proporción de senescentes fue baja (6,5%), con un 11,5% en el sexo masculino y 5,5% en el femenino ($p = 0,04$).

El 47,0% de los pacientes ($n = 174$) ingresaron entre 1978 y 1979.

El 81,5% tiene escolaridad absolutamente insuficiente: 20,3% sin instrucción y 61,2% con educación básica incompleta (sin diferencia entre ambos sexos).

Respecto a actividad, se obtuvo la información en 349 pacientes. El 75,4% de ellos son pasivos, con un 38,9% en los hombres y 82,0% en las mujeres ($p = 0,001$). El oficio más frecuente en los hombres fue el de obrero (42,6%) y el de dueña de casa en las mujeres (80,3%).

De los estudiados, 26,8% no tenían patologías agregadas: 64,6% era obeso según la clasificación de Valiente de Peso/Talla; 10,3% presentaba Diabetes Mellitus y los problemas circulatorios coronarios tuvieron un 7,8%.

En relación a los antecedentes familiares de HTA, éstos fueron positivos en 53,4% de los casos en que se obtuvo el dato ($n = 309$), observándose una mayor frecuencia en las mujeres (55,4 por ciento contra 43,1 de los hombres; $p = 0,05$).

El tipo de tratamiento indicado fue: 10,3% de los pacientes, sólo medidas generales; 52,7 por ciento con medicamentos del primer nivel, y 37,0% con los del segundo nivel (Tabla 1). El consultorio no dispone de drogas del tercer nivel.

Al momento de efectuar el estudio, 57,6% de los pacientes ingresados al subprograma mantenían un control regular: 37,0% había abandonado, y 5,4% se encontraba inasistente.

Se observó que normalizaron sus cifras tensionales 66,7% de los que tenían regularidad en

los controles y 60,0% de los inasistentes. Los que abandonaron tuvieron un porcentaje de reducción menor: 47,4% (comparados con los "regulares", la diferencia es significativa: $p = 0,0002$).

De los pacientes "regulares" ingresados como leves, 72,7% bajó a lo normal, y de los leves que abandonaron, esto ocurrió en un 56,9% ($p = 0,02$). Los leves "inasistentes" también tienen una alta cifra de normalización (72,7%). Al analizar los otros grados HTA según asistencia a los controles, se observa que un gran porcentaje normaliza las cifras tensionales arteriales, o desciende a un grado menor (Tabla 2).

TABLA Nº 1

**TIPO DE TRATAMIENTO UTILIZADO EN 370 HIPERTENSOS, SEGUN SEXO
CONSULTORIO LA FAENA**

Tratamiento	Hombres		Mujeres		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Medidas Generales	6	9,8	32	10,4	38	10,3
Drogas Nivel I	28	45,9	167	54,0	195	52,7
Drogas Nivel II	27	44,3	110	35,6	137	37,0
Total	61	100,0	309	100,0	370	100,0

TABLA Nº 2

**NIVEL DE HIPERTENSION ARTERIAL AL INGRESO Y NIVEL ACTUAL
EN 370 HIPERTENSOS, SEGUN ASISTENCIA A LOS CONTROLES.
CONSULTORIO LA FAENA**

Nivel al ingreso	Nivel Actual				Total (n = 370)
	Normal (n = 219)	Leve (n = 104)	Moderada (n = 35)	Severa (n = 12)	
Regular					
Leve	72,7	20,5	5,1	1,7	100,0
Moderada	61,0	30,4	4,3	4,3	100,0
Severa	55,6	22,2	11,1	11,1	100,0
Total (n = 213)	66,7	23,9	5,6	3,8	100,0
Abandono:					
Leve	56,9	29,2	10,8	3,1	100,0
Moderada	47,9	33,3	14,6	4,2	100,0
Severa	20,8	45,9	33,3	—	100,0
Total (n = 137)	47,4	33,6	16,1	2,9	100,0
Inasistentes:					
Leve	72,7	27,3	—	—	100,0
Moderada	28,6	57,1	14,3	—	100,0
Severa	100,0	—	—	—	100,0
Total (n = 20)	60,0	35,0	5,0	—	100,0
TOTAL (n = 370)	59,2	28,1	9,5	3,2	100,0

105. ADHESIVIDAD Y RESPUESTA HIPOTENSORA EN EL PROGRAMA DE HIPERTENSION ARTERIAL. CONSULTORIO TIL TIL

Drs. Manuel León, Aída Araya, Patricia Cordella, Florentina Auger
e Ints. Mario Contreras y Pablo Caviedes

(Hospital-Consultorio Til Til y DAP, Servicio de Salud Metropolitano Norte)

La Hipertensión Arterial (H.A.), por su directa relación con las enfermedades coronarias y cerebrovasculares —principales causas de muerte en Chile— representa un importante problema de salud pública en nuestro país.

Estudios diversos señalan que la mitad de los pacientes hipertensos abandonan el tratamiento al año de haberlo iniciado, y que sólo el 10 o 12% de los pacientes de una comunidad dada están bajo control adecuado de su hipertensión.

Otros estudios muestran que el tratamiento escalonado y simplificado se traduce en una mayor adhesividad y, por ende, una mayor respuesta hipotensora.

A raíz de estos hechos decidimos evaluar la Adhesividad y la Respuesta Hipotensora de nuestros pacientes, en relación a la edad, sexo, grado de severidad hipertensiva, N° de drogas y dosificación de N° tabletas/día.

Se analizaron las tarjetas control y las fichas clínicas de 142 pacientes ingresados al Programa de H.A. de Til Til hasta Noviembre de 1984.

Nuestro estudio mostró lo siguiente:

La distribución por sexo y edad indica que el 66,9% son mujeres y que el 71% de los pacientes son mayores de 55 años de edad. Esto concuerda con la literatura en cuanto a la mayor incorporación de mujeres a los programas de H.A., como asimismo que el número de pacientes controlados aumenta con la edad.

En relación al grado de severidad hipertensiva, los hipertensos leves representaron el 51,4 por ciento.

80 pacientes (56,3%) son manejados con una sola droga hipotensora, 36 (25,4%) con tratamiento bi o triasociado y 26 (18,3%) con régimen hiposódico y ansiolítico.

En relación a la dosificación de N° de tabletas/día, el 69% ingiere 1 a 3 tabletas (incluidos los ansiolíticos), y el 31%, 4 a 7 tabletas/día.

Con respecto a la adhesividad, el 25% de los pacientes abandonó el tratamiento (inassistencia a más de 2 controles). En el análisis no hubo asociación estadísticamente significativa entre la adhesividad y las variables sexo, edad, N° de drogas y dosificación de tabletas/día.

Se observó respuesta al tratamiento (Tabla 1) en 70 pacientes (49,3%), quienes normalizaron sus cifras tensionales, y 26 (18,3%) disminuyeron 10 o más mm hg sin lograr normotensión. En 46 hipertensos (32,4%) no hubo respuesta satisfactoria.

En nuestro material el resultado más significativo fue la mejor respuesta hipotensora con un tratamiento más simple, con menor número de tabletas/día (Tabla 2). Esto concuerda con la experiencia práctica en relación a la terapia medicamentosa.

A la luz de nuestro estudio, que mostró una mayor adhesividad que la habitualmente conocida, creemos necesario reforzar algunas medidas que ayudan a mejorar los índices de adhesividad:

- Facilitar la asistencia al control del hipertenso, según la disponibilidad de tiempo de éste, y superar los factores geográficos que alejan al paciente del centro de atención, hecho frecuente en nuestro medio rural.
- Lograr una atención rápida el día del control, evitando la espera prolongada del paciente.
- Explicación al hipertenso, con palabras de fácil comprensión, de las complicaciones que produce la Enfermedad Hipertensiva.
- Aclarar al paciente los efectos colaterales que pudieran presentarse con los medicamentos que está ingiriendo.
- Simplificar el tratamiento para, precisamente, evitar o disminuir estos efectos colaterales. Estas medidas, muchas veces subestimadas por los médicos, se traducirán, obviamente, en una respuesta hipotensora adecuada que es el objetivo del tratamiento antihipertensivo.

TABLA Nº 1

PACIENTES HIPERTENSOS TRATADOS (n = 142). RELACION ENTRE SEXO Y RESPUESTA HIPOTENSORA (CONSULTORIO TIL TIL - MAYO 1985)

Sexo	Respuesta Hipotensora				Sin respuesta		Total	
	Normotensión		Disminución ≥ 10 mm Hg					
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)
Masculino	24	(51,1)	11	(23,4)	12	(25,5)	47	(100)
Femenino	46	(48,4)	15	(15,8)	34	(35,8)	95	(100)
Total	70	(49,3)	26	(18,3)	46	(32,4)	142	(100)

$X^2 = 1,90$

p = N.S.

TABLA Nº 2

PACIENTES HIPERTENSOS TRATADOS (n = 136)*. RELACION ENTRE Nº DE TABLETAS/DÍA Y RESPUESTA HIPOTENSORA (CONSULTORIO TIL TIL MAYO 1985)

Tabletas	Respuesta Hipotensora				Sin respuesta		Total	
	Normotensión		Disminución ≥ 10 mm Hg					
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)
1-3	59**	(62,8)	11	(11,7)	24	(25,5)	94	(100)
4-7	11	(26,2)	12	(28,6)	19	(45,2)	42	(100)
Total	70	(51,5)	23	(16,9)	43	(31,6)	136	(100)

* 6 fallecidos

** $X^2 = 16,00$

p < 0.01

106. ENFERMEDADES DEL APARATO CIRCULATORIO EN EL MENOR DE 35 AÑOS DE EDAD EGRESOS CHILE 1982-1983

Dras. Aída Kirschbaum y Gabriela Sandoval
(Escuela de Salud Pública, Universidad de Chile)

Chile cuenta con información hospitalaria desde hace más de 30 años. El Sector Público es responsable de cerca del 90% de las camas hospitalarias del país, y el resto corresponde a otras instituciones y al extra sistema privado que, en su mayoría, no cumple las disposiciones legales de entrega de información.

El número de Egresos del Sector Público va en aumento en todos los grupos de edad excepto el grupo XVI, Síntomas y Signos Mal Definidos, que en el período 1961 a 1981 disminuyó en un 37%. Las Enfermedades del Aparato Circulatorio corresponden en 1981 al 6,9% del total de egresos y su variación entre los años mencionados fue de 131%, alcanzando a 50.660 egresos. Ocupan el sexto lugar con una tasa de 449 por 100.000 habitantes, lo que corresponde a un aumento de 62% (1). En el año de la juventud, nos ha interesado determinar lo que ocurre en este grupo de causas de egresos en los menores de 35 años, lo que constituye nuestro objetivo específico: establecer la prevalencia de egresos por Enfermedades del Aparato Circulatorio en el bienio 1982-1983 en el país, por sexo, por grupos de edad y por causas específicas en los menores de 35 años.

Material y Método

Se analizaron todas las causas de egresos del país en el rubro Aparato Circulatorio de los menores de 35 años, revisando la información del Ministerio de Salud.

Resultados

Los egresos por Enfermedades del Aparato Circulatorio en los menores de 35 años corresponden a 7.248 en 1982 y 8.595 en 1983, lo que representa un aumento de 18,6%. Las tasas correspondientes son de 92,4 para 1982 y 108,2 para 1983, con un aumento de 17,1%. En 1982 los egresos por Enfermedades del Aparato Circulatorio para este grupo de edad corresponden a 13,5% de los egresos totales por este grupo de causas y en 1983 corresponden a 14,5%. Del total de egresos por todas las causas en 1982, este rubro para este grupo de edad es el 0,7% e igual cifra para 1983.

Según sexo hay un ligero predominio masculino en ambos años, con una razón hombre/mujer de 1,1:1. Las tasas para el sexo masculino fueron de 92,2 y 113,4 por 100.000 habitantes en los dos años estudiados, y 92,6 y 102,8 para el sexo femenino, lo que se presenta en la tabla 1. El análisis de egresos por grupos de edad permite establecer que los menores de un año presentan una tasa de 81,9 y 72,0 en los dos años estudiados. En los grupos de 1 a 4 y de 5 a 9 años, las tasas descienden para volver a ascender en el grupo de 10 a 14 años y alcanzar tasas de 81,2 y 138,4 en el grupo de 15 a 19 años. Desde este grupo de edad las tasas continúan ascendentes en 1982 y 1983, lo que se presenta en la tabla 2.

El análisis según sexo y grupos de edad, demuestra predominio masculino hasta los 24 años. Desde los 25 a los 35 años el predominio es femenino, lo que se produce en los dos años estudiados. Esta información se presenta en la tabla 3.

Los egresos por causas específicas presentan iguales importancias relativas durante ambos años, siendo la primera causa las Enfermedades Vasculares Periféricas con tasas de 38,5 y 46,3. La segunda causa es la Enfermedad Reumática, con tasas de 15,9 y 16,1. La tercera es la Hipertensión, y la cuarta causa, los Trastornos de la Conducción, lo que se presenta en la tabla 4.

Los egresos por causa específica y sexo son en general, consistentes durante los dos años estudiados. Se observa predominio masculino de las Enfermedades vasculares periféricas, Enfermedad Isquémica y Hemorrágicas. Los trastornos de la conducción y las Endocarditis aparecen con tasas similares en ambos sexos. Esta información se presenta en la tabla 5.

Por causa específica y edad, se observa que la tasa más importante de los menores de un año corresponde, en 1982, a los trastornos de la conducción con una tasa de 19,3 por 100.000 habitantes, seguida por la insuficiencia cardíaca con una tasa de 16,4, y las Enfermedades Hemorrágicas con 11,7. En 1983 se conservan las dos primeras causas con tasas similares, siendo la

tercera causa la Enfermedad Vascular Periférica con una tasa de 7,2. Entre 1 y 14 años la primera causa específica es la Enfermedad Reumática en ambos años, con tasas de 7,8 y 9,0 respectivamente. La segunda causa en 1982 fueron las Enfermedades Vasculares Periféricas, con una tasa de 5,0. En 1983 la primera causa es la Enfermedad Reumática con una tasa de 9,0. La segunda causa corresponde a las Enfermedades Vasculares Periféricas, con una tasa de 7,4. La tercera causa en 1982 corresponde a la Enfermedad Hipertensiva, con una tasa de 2,5 y en 1983 a los Trastornos de la Conducción con una tasa de 3,7. En los grupos de 15 a 24 y 25 a 34 años, se mantienen, en 1982, como primera causa, las Enfermedades Vasculares Periféricas, con tasas de 42,5 y 101,3 respectivamente, siendo la segunda causa en ambos grupos de edad la Enfermedad Reumática, con tasas de 18,7 y 29,7. La tercera causa es la Enfermedad Hipertensiva en ambos grupos, con tasas de 4,8 y 20,4 respectivamente. En 1983, para estos grupos de edades, se mantienen las tres primeras causas.

Conclusiones

Se ha realizado un estudio de prevalencia de los Egresos Hospitalarios por Enfermedades del Aparato Circulatorio en el grupo menor de 35 años de edad. En 1982, los Egresos estudiados correspondieron a 13,5% del total de Egresos por enfermedad del Aparato Circulatorio, y en 1983 a 14,5%.

Las tasas para 1982 fueron de 92,4% y 108,2% para 1983, con un aumento de 17,1%. Se observó un ligero predominio masculino en ambos años.

En el análisis por grupos de edades, destaca que el grupo menor de un año tiene las tasas más altas: 81,9 y 72,0 en ambos años estudiados.

Por causas específicas, la primera causa corresponde a las Enfermedades Vasculares periféricas, seguida de la Enfermedad Reumática y los Trastornos de la Conducción. Esta última causa es la más importante en el menor de un año. Entre 1 y 14 años, la primera causa es la Enfermedad Reumática. Desde los 15 hasta los 34 años se mantienen como primera causa las Enfermedades Vasculares Periféricas, tanto para 1982 como para 1983.

Referencias

- (1) Ministerio de Salud. Proyección de Morbilidad y Mortalidad de Chile al mediano plazo. 1983.

TABLA Nº 1

**EGRESOS POR ENFERMEDADES DEL APARATO CIRCULATORIO DE LA POBLACION
MENOR DE 35 AÑOS SEGUN SEXO Y GRUPOS DE EDADES.
TASAS POR 100.000 HABITANTES . CHILE 1982-1983**

Grupos de Edades	1982		1983	
	Masculino	Femenino	Masculino	Femenino
Menores de 1 año	91,2	72,5	74,5	69,5
1 - 4	18,7	16,6	31,3	29,0
5 - 9	21,1	21,6	28,6	27,8
10 - 14	54,6	35,1	68,0	44,5
15 - 19	100,4	61,5	170,2	105,6
20 - 24	124,7	86,9	151,9	99,9
25 - 29	169,6	226,7	58,6	183,2
30 - 34	192,7	267,2	226,0	291,9
Total	92,2	92,6	113,4	102,8

TABLA Nº 2

**EGRESOS POR ENFERMEDADES DEL APARATO CIRCULATORIO
EN LA POBLACION MENOR DE 35 AÑOS SEGUN CAUSAS ESPECIFICAS
TASAS POR 100.000 HABITANTES. CHILE. 1982-1983**

Causas	1982	1983
Vasculares Periféricas	38,5	46,3
Enfermedades Reumáticas	15,9	16,1
Hipertensión	7,4	9,6
Trastornos de Conducción	6,3	7,4
Insuficiencia Cardíaca	4,2	4,9
Hemorragias	3,1	3,6
Cerebrovasculares	3,0	3,5
Endocarditis	2,9	3,1
Enfermedad Isquémica	2,1	3,8
Cardiopulmonares	1,3	1,3
Mal Definidas	1,3	0,9
Otras	6,2	7,8

107. DEFUNCIONES POR ENFERMEDADES DEL APARATO CIRCULATORIO EN EL MENOR DE 35 AÑOS. CHILE 1982-1983

Dras. Ajda Kirschbaum y Gabriela Sandoval
(Escuela de Salud Pública, Universidad de Chile)

La primera causa de muerte en Chile y en numerosos países, corresponde a las enfermedades del Aparato Circulatorio. Desde 1945 hasta 1981, las defunciones por este grupo de causas presentaron un aumento de 4.357 muertes que equivale a 28,3%, a pesar que se depuró su contenido, eliminando algunos diagnósticos mal definidos. Este aumento se debe a las Enfermedades Isquémicas y Cerebrovasculares que, en conjunto, aumentaron 78%. Las Enfermedades Isquémicas, consideradas aisladamente, aumentaron más del 156% en el período mencionado, siendo sus tasas de 22,1 en 1945 y de 56,7 en 1981. En 1945 estas dos enfermedades contribuyeron al 25% del total de las muertes y en 1981 lo hacen con el 72%. En cambio, la Fiebre Reumática redujo su tasa, en ese período, al 50%, de una tasa de 9,6 en 1945 a 4,8 en 1981 (1). El número de muertes por enfermedades del Aparato Circulatorio en 1981 alcanzó a 19.181 con una tasa de 169,8 por 100.000 habitantes.

En el año de la juventud nos ha interesado determinar lo que está ocurriendo con las defunciones por Enfermedades del Aparato Circulatorio en el lactante, en la niñez y en la juventud, en los años 1982 y 1983. De aquí nuestro

Objetivo Específico

Determinar la prevalencia de las defunciones por Enfermedades del Aparato Circulatorio en los menores de 35 años, en el país, durante 1982 y 1983, y la prevalencia de subgrupos según sexo, grupos de edad y causa específica.

Material y Método

El material corresponde a todos los certificados de defunción con diagnóstico de Enfermedades del Aparato Circulatorio del país durante 1982 y 1983, cuyo registro fue facilitado por el Ministerio de Salud, que fueron analizados de acuerdo con las variables independientes señaladas.

Resultados

En 1982 las defunciones fueron 69.928, de las cuales 19.302 corresponden a defunciones por Enfermedades del Aparato Circulatorio, lo que representa una proporción de 27,6% y una tasa de 168,0 por 100.000 habitantes. En 1983 las defunciones totales fueron 74.428, correspondiendo a enfermedades circulatorias 20.555, representando una proporción de 27,6% y a una tasa de 179,9 por 100.000 habitantes. En 1983 las defunciones totales fueron 74.428, correspondiendo a Enfermedades Circulatorias 20.555, lo que representa una proporción de 27,6 por ciento y una tasa de 179,9 por 100.000 habitantes. El análisis según sexo, demostró predominio masculino con una tasa de 177,4 para varones y de 174,5 para mujeres.

En los menores de 35 años se presentaron 406 defunciones en 1982 con una tasa de 4,7, lo que representa un 2,1% del total de las defunciones del Aparato Circulatorio y un 1,8% en 1983 en este grupo de edad. El análisis de este grupo de causas, según sexo, demostró predominio masculino con una razón hombre/mujer de 1,2:1 en 1982 y 1,4:1 en 1983, con tasas descendentes de 5,7 y 5,5 para el sexo masculino y 4,6 y 4,0 para el femenino en los dos años estudiados. Se presenta en la tabla 1. El análisis por grupos de edad establece que las defunciones por estas causas comienzan temprano en la vida con tasas de 14,3 y 11,6 para el menor de un año, los dos años estudiados.

El análisis de las variables sexo y edad cruzadas permiten establecer que la tasa de mortalidad de los menores de 35 años es de predominio masculino, con una diferencia de 24% entre las tasas de los dos sexos en 1982, y 15% en 1983. En 1982, el predominio es femenino hasta los 9 años de edad. En 1983 el predominio femenino alcanza hasta los 14 años, cambiando desde los 15 años a predominio masculino. Esta información se presenta en la tabla 2.

El análisis por causas específicas en 1982, demuestra que la tasa mayor la presenta la Enfermedad Reumática. La segunda tasa corresponde a las Hemorragias Cerebrales; la tercera a los Trastornos de la Conducción y la cuarta tasa es la de las Enfermedades Isquémicas y la Insuficiencia Cardíaca.

Estos lugares de importancia se conservan en 1983 con ligeras diferencias.

Las defunciones por causa específica y por sexo revelan en 1982 predominio masculino en los siguientes diagnósticos: Hemorragias Cerebrales, Enfermedad Isquémica, Trastornos de Conducción, Insuficiencia Cardíaca, Hipertensión, Aneurismas y Pericarditis. Son de predominio femenino la Enfermedad Reumática, las Miocardiopatías, las Enfermedades Cardiopulmonares y las Endocarditis. En 1983, el predominio masculino se mantiene en la mayoría de los rubros y se agrega la Enfermedad Reumática.

En el análisis de las defunciones por causa específica y edad, destaca en el menor de un año como primera causa, los Trastornos de la Conducción, la segunda causa son las Miocardiopatías, el tercer lugar lo comparten la Insuficiencia Cardíaca y las Hemorragias Cerebrales. En el grupo de 1-14 años las tasas son bajas, destacando las Hemorragias Cerebrales y Trastornos de Conducción, y el segundo lugar lo ocupa la Enfermedad Reumática. En el grupo adolescente la mayor tasa la presenta la Enfermedad Reumática, seguida de las Hemorragias Cerebrales. El tercer lugar lo ocupa la Insuficiencia Cardíaca. En el grupo de 25 a 34 años continúa como primera causa la Enfermedad Reumática, seguida también por las Hemorragias Cerebrales y aparece en tercer lugar la Enfermedad Isquémica y el cuarto lugar lo ocupa la Insuficiencia Cardíaca. En el año 1982 se conservan los mismos diagnósticos con ligeras diferencias en cuanto a importancia.

En 1982, en el grupo menor de un año, son de predominio masculino los Trastornos de la Conducción, la Insuficiencia Cardíaca y la Enfermedad Reumática. Las Miocardiopatías tienen la misma tasa en ambos sexos. En el grupo de 1 a 14 años son de predominio masculino la Enfermedad Reumática, las Hemorragias Cerebrovasculares y la Enfermedad Isquémica. En el adolescente son de predominio masculino las Hemorragias Cerebrales y la Enfermedad Isquémica; en cambio, la Enfermedad Reumática adquiere predominio femenino. En el grupo de 25 a 34 predominan en el varón todas las causas específicas menos la Enfermedad Reumática que continúa siendo de predominio femenino.

En 1983, en el menor de un año, el predominio es similar al de 1982. En el grupo de 1 a 14 años, el predominio de la mayoría de los diagnósticos es femenino. En el adolescente el predominio es masculino en los mismos rubros de 1982 y además la Enfermedad Reumática. En el grupo de 25 a 34 años, el predominio es igual al de 1982, salvo que la tasa de Enfermedad Reumática es igual para ambos sexos.

TABLA Nº 1

**DEFUNCIONES POR ENFERMEDADES DEL APARATO CIRCULATORIO
DE LA POBLACION MENOR DE 35 AÑOS, SEGUN SEXO,
TASAS POR 100.000 HABITANTES. CHILE 1981-1982**

Sexos	1982			1983		
	Nº	%	Tasa	Nº	%	Tasa
Masculino	226	55,7	5,7	220	58,4	5,5
Femenino	180	44,3	4,6	157	41,6	4,0
Total	406	100,0		377	100,0	

TOTAL DEFUNCIONES DEL APARATO CIRCULATORIO. CHILE 1982-1983

Sexos	1982 Nº	1983 Nº
Masculino	9.701	10.260
Femenino	9.601	10.295
Total	19.302	20.555

TABLA Nº 2

**DEFUNCIONES POR ENFERMEDADES DEL APARATO CIRCULATORIO
DE LA POBLACION MENOR DE 35 AÑOS, TASAS POR 100.000 HABITANTES
SEGUN SEXO Y GRUPOS DE EDAD. CHILE 1982-1983**

Grupos de Edad	1982		1983	
	Varones	Mujeres	Varones	Mujeres
Menores de 1 año	14,4	15,5	13,6	9,6
1 - 4	2,1	2,6	1,5	2,3
5 - 9	1,7	1,9	1,3	2,0
10 - 14	2,0	1,6	2,2	2,3
15 - 19	3,9	2,8	5,3	3,2
20 - 24	7,3	6,8	6,0	4,1
25 - 29	10,9	4,8	8,6	4,9
30 - 34	12,7	11,2	14,2	9,2
Total	5,7	4,6	5,5	4,0

108. HACIA UNA POLITICA DE PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES EN CHILE

Dr. Ernesto Medina Lois

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

Las enfermedades del aparato circulatorio representan en la actualidad un problema prioritario entre las preocupaciones de la salud pública chilena, al haberse ubicado desde hace tiempo como la principal causa de muerte. Esta situación se registra en todos los países desarrollados y en la mayoría de los de desarrollo intermedio, lo que depende del progresivo aumento de la expectativa de vida (casi 70 años entre nosotros), de la declinación de las enfermedades transmisibles, nutricionales y otros problemas del área materno-infantil y de la elevada prevalencia entre nosotros de factores de riesgo cardiovascular en la población adulta.

La historia de la salud pública revela que los problemas de salud pueden ser eficazmente controlados una vez que se hayan identificado los factores de riesgo en una determinada comunidad. Una política exitosa de prevención se basa en el conocimiento de dichos factores operantes en el país, de la cuantificación de su riesgo relativo y atribuible y de la prevalencia de ellos en la población.

Entre nosotros el conocimiento en la materia es sólo parcial. No se han realizado estudios longitudinales de seguimiento en poblaciones no seleccionadas y las evidencias provienen de estudios de prevalencia en autopsias o de comparación de enfermos y no enfermos en diseños metodológicos de casos y controles. En estos estudios puede advertirse que en Chile también operan los factores de riesgo identificados en otras partes: hiperlipidemia, características de la dieta, sedentarismo, tabaquismo, diabetes, hipertensión arterial. El éxito de una política de prevención deriva de la magnitud atribuible a estos factores del total del problema y de la prevalencia poblacional de factores de riesgo.

Los estudios de autopsia realizados por nosotros en el Instituto Médico Legal revelan que la aterosclerosis coronaria se inicia entre los 20-29 años en los varones y los 30-39 en las mujeres, aumentando progresivamente con la edad. La aterosclerosis condiciona las dos patologías que determinan el mayor número de muertes actualmente en el país: enfermedad coronaria y accidentes vasculares encefálicos. De lo anterior se desprende que la cardiopatía isquémica constituye una primera prioridad en una política de prevención, siendo las principales estrategias de control, la educación poblacional en lo referente a dieta y lípidos, inactividad, consumo de tabaco, anticonceptivos orales después de los 35 años y la detección temprana con incorporación y mantención en tratamiento de los hipertensos arteriales. La experiencia norteamericana revela que el riesgo de muerte coronaria y cerebrovascular ha disminuido a casi la mitad como consecuencia de los importantes cambios del estilo de vida que ha realizado la población de EE.UU., cambios que son responsables de un 75% de esta disminución, mientras que el 25% restante es atribuible a mejoras terapéuticas.

El tabaquismo representa un importante factor de riesgo para diversas patologías. Al estar presente en un 40% de la población adulta adquiere gran importancia relativa.

La hipertensión arterial es simultáneamente un problema cardiovascular y un factor de riesgo de enfermedad coronaria. Su asociación con el consumo de sal es controlable por educación de la población. Entre nosotros la cobertura es muy baja, motivo por el cual tiene plena justificación la búsqueda intencionada de hipertensos asintomáticos en la población adulta en la que la prevalencia de la enfermedad es del orden del 15%.

El tercer gran problema cardiovascular entre nosotros es la enfermedad reumática cuya frecuencia sigue siendo alta. El tratamiento efectivo de la infección estreptocócica controla la aparición de casos. Los estudios nacionales revelan que el problema se mantiene por la conducta de las madres frente a la infección faríngea infantil, no recurriendo a la atención médica. Este problema ha sido sorteado en otras partes a través de programas escolares en los que los profesores investigan diariamente en sus alumnos la presencia de síntomas faríngeos, y en los sintomáticos se practica un cultivo faríngeo cuya positividad determina el tratamiento pertinente con penicilina; la técnica disminuye la incidencia de la enfermedad casi a cero.

Las cardiopatías de origen pulmonar provienen fundamentalmente del consumo de tabaco, constituyendo una razón más para agresivos programas de control del tabaquismo entre nosotros, particularmente de tipo educativo.

Si bien no se conoce con precisión los factores productores de cardiopatías congénitas, se sabe de los efectos de la infección viral en el primer trimestre de embarazo y de la asociación con desnutrición materna y desoxigenación fetal. La mejor estrategia preventiva reside en la incorporación de las embarazadas a los programas de control prenatal: la experiencia chilena revela que las malformaciones congénitas se reducen en un 40% cuando la madre ha controlado precoz y adecuadamente la evolución de su embarazo.

La baja frecuencia de otros tipos de cardiopatías entre nosotros (sífilis, difteria, tiroidea, enfermedad de Chagas, etc.) está asociada al hecho que el control de estas cardiopatías ha dependido de la reducción de la incidencia de las enfermedades originarias.

Las dos grandes estrategias de prevención de las enfermedades cardiovasculares entre nosotros son la educación de la población y la búsqueda intencionada de los pacientes asintomáticos. Ambas han sido parte importante de la clave que explica el sostenido descenso de los riesgos observados en la madre embarazada y en la población infantil. En contraste con esta situación no han existido progresos de importancia en la salud del adulto, una de cuyas expresiones más importantes es la patología cardiovascular. Si bien el problema es más complejo, parece evidente que los esfuerzos actuales y la estrategia seguida hasta la fecha, de exclusivo tratamiento de los pacientes sintomáticos consultantes, no han sido capaces de resolver adecuadamente los problemas en esta área.

El gran desafío actual de la medicina chilena es la incorporación de ambiciosos programas de prevención primaria de las enfermedades circulatorias basados en la educación poblacional que permitan modificar profundamente los estilos de vida de la población chilena y, por otra parte, llevar a la práctica extensos programas de detección temprana a través de técnicas de tamizaje que, en el caso de las enfermedades cardiovasculares, deben centrarse como primera prioridad en la identificación de hipertensos, incorporándolos a tratamiento.

De no actuar en esta forma seguiremos enfrentando una situación de riesgo elevado, no controlado, que afecta no sólo a las personas a título individual, sino a la comunidad toda por el importante peso asistencial y los costos de las invalideces y muertes precoces de origen cardiovascular.

109. COMO 50.000 ADULTOS CHILENOS HACEN PREVENCIÓN PRIMARIA DE ENFERMEDADES CRÓNICAS MEDIANTE EL ESTILO DE VIDA ADVENTISTA

Drs. Daniel Jiménez y Enrique Becerra
(Instituto Profesional Adventista, Chillán)

Las enfermedades crónicas, debido a su frecuencia y trascendencia, se han constituido en Chile en un relevante problema de salud pública. Así es como enfermedades cardiovasculares, del stress, alcoholismo, entre otras, están como primeras causas de muerte u hospitalización y/o consultas. Su pronóstico ha mejorado mediante prevención secundaria, diagnóstico y tratamiento precoz, no esperándose efecto sobre la incidencia a menos que se apliquen estrategias de prevención primaria. Autoridades de salud de la OMS y de gobiernos de países desarrollados afirman que es posible disminuir la incidencia de enfermedades crónicas, reducir la mortalidad y aumentar la expectativa de vida mediante la adopción de un estilo de vida por todas las personas. Este comprende por lo menos: no fumar, uso mínimo de alcohol, disminuir consumo de grasas saturadas, azúcar y sal, mayor uso de fibra dietética, verduras verdes/amarillas y frutas, ejercicio físico, descanso periódico, conducir con prudencia, usar cinturón de seguridad y fortalecer la pertenencia a sistemas de apoyo social (familia, comunidad, religiosos). Diversos antecedentes señalan que los adventistas practican un estilo de vida que ha resultado en menor mortalidad por cáncer, enfermedad coronaria y mayor expectativa de vida y ausencia de alcoholismo. Por tal motivo nos pareció importante estudiar el estilo de vida que practican los adventistas en Chile, el fundamento filosófico-antropológico de sus hábitos y los recursos y métodos usados por la iglesia para lograr la permanencia de la práctica del estilo de vida. Para este fin revisamos sus creencias fundamentales sobre el cuidado de la salud, anuarios estadísticos, aplicamos encuesta a 400 adultos adventistas y entrevistamos a dirigentes.

En la Tabla 1, bajo el título Estilo de Vida Básica, se encuentran cinco normas de comportamiento que todo adventista acepta practicar al ingresar como miembro de la iglesia. La transgresión reiterada de cualquiera de ellos resulta en la pérdida de la calidad de miembro. Existe también un estilo de vida ideal al cual todo buen adventista debe aspirar. En la encuesta comprobamos que el 100% de los adventistas no fuma, es abstemio, obedece los mandamientos que regulan la vida conyugal y sexual, demuestran su fe en Dios y proceden al descanso sabático. Entre el 58 y 63% tienen régimen lactovegetariano o evitan el consumo de grasas saturadas. De 42 a 50% no bebe cafeína en ninguna forma y practica ejercicio 20 minutos tres veces por semana mínimo. El fundamento de su estilo de vida es bíblico y la práctica tiene el propósito de adorar a Dios en forma integral, con el espíritu, el cuerpo y la mente; también es obediencia a Dios y un medio para lograr santificación, entendido como mayor fuerza de voluntad, dominio propio y capacidad para discernir entre lo bueno y lo malo.

En la Tabla 2 se muestra que la Iglesia Adventista del Séptimo Día cuenta con 49.903 miembros bautizados en Chile, siendo más del 90% de ellos mayores de 14 años. Las iglesias y grupos organizados son en total 383 y están dirigidas por 168 pastores y misioneros, todos ellos Licenciados en Teología (cuatro años de nivel universitario), entre los que hay 14 con el grado de Master en Teología y 2 Doctores. Ellos son los encargados de enseñar el estilo de vida a sus congregaciones y velan por la práctica adecuada. Más de un tercio de las iglesias cuentan con un departamento de temperancia, dirigido por laicos que promueven actividades locales y públicas sobre las normas de vida de los adventistas. Entre las actividades, luego que una persona es aceptada como miembro, se aprecia la presentación de temas de salud en 8 oportunidades y sobre hogar y familia en ocho ocasiones, a cargo del pastor y en cada iglesia del país, anualmente. Además, jóvenes (18.967, entre 12 y 30 años) y laicos participan en la promoción pública del Día sin Fumar y el Día sin Beber. A cada familia adventista llega una revista oficial que incluye un artículo de salud y familia cada mes. También se incentiva la lectura de libros sobre salud y participar en Escuelas de cocina vegetariana. El estilo de vida adventista es practicado desde principios de siglo, luego que E. White escribió varios libros de instrucción para la iglesia y los hallazgos científicos que aprueban la validez de sus hábitos han acrecentado la confianza en sus creencias.

De los antecedentes aportados deducimos que los adventistas de Chile practican un estilo de vida que puede explicar una menor incidencia de enfermedades crónicas, en especial alcoholismo, enfermedades cardiovasculares y cáncer. La motivación religiosa y sus creencias derivan

en el estilo de vida que afectan tanto el dominio de conductas cognitivas, afectivas como de habilidades. El agente de cambio no es un profesional del área de salud, sino licenciado en teología, quien debería considerarse como recurso de la comunidad en programas de educación para la salud. También es evidente que esta modalidad de prevención primaria es un ejemplo de participación comunitaria si se tiene en cuenta que los mismos 50.000 adventistas son los que financian la organización de su iglesia y los programas que realizan los pastores. Es claro que, si se quiere avanzar en el conocimiento de los factores que influyen en la adopción de un estilo de vida que sirva para la prevención primaria de la salud, los adventistas pueden servir de modelo de estudio.

TABLA Nº 1
CARACTERISTICAS DEL ESTILO DE VIDA ADVENTISTA
Y ENFERMEDADES CRONICAS PREVENIBLES

ESTILO DE VIDA ADVENTISTA	
BASICO	IDEAL
1. Régimen de Alimentación:	
- No consumo de carne de animales "inmundos": cerdo, mariscos, etc.	- Régimen Lactovegetariano - Evitar grasas saturadas y azúcar - Usar sólo alimentos integrales y naturales.
(Prevención Primaria de enfermedades coronarias, cerebrovasculares, cáncer y enfermedades del stress).	
2. Abstinencia total:	
- Alcohol - Tabaco - Drogas	- Cafeína en cualquiera forma.
(Prevención Primaria de cáncer, enfermedad coronaria, cerebrovascular, alcoholismo, etc.)	
3. Vida Familiar y Sexual Intgra:	
- Obediencia a mandamientos (adulterio, fornicación, divorcio, etc.)	
(Prevención Primaria de Problemas en salud mental y enfermedades del stress)	
4. Confianza en Dios demostrada	
- Orar y leer la Biblia cada día - Asistir cada sábado a la iglesia - No recurrir a hipnotismo, magias, espiritismo, esoterismo.	
(Prevención Primaria de enfermedades del stress)	
5. Descanso Periódico y otros	
- Respetar descanso sabático	- Respetar descanso nocturno y anual - Practicar ejercicio regularmente - Uso generoso del agua, beber 6 vasos
(Prevención Primaria de enfermedades del stress y enfermedad coronaria)	

TABLA Nº 2

**RECURSOS Y ACTIVIDADES DE LA IGLESIA ADVENTISTA PARA PROMOVER
LA PRACTICA DEL ESTILO DE VIDA ENTRE SUS MIEMBROS**

Recursos	Tipo	Número
Miembros de iglesia (30-06-85)		49.903
Iglesias y grupos organizados		383
Pastores y Misioneros		168
Actividades Anuales		
Sermones sobre salud		3
Sermones sobre hogar y familia		3
Predicaciones sobre salud		5
Predicaciones sobre hogar y familia		5
Promoción pública de Día sin Fumar y Día sin Beber		jóvenes y laicos
Escuelas de cocina vegetariana		10% de las iglesias
Lectura artículos de revistas oficiales de la iglesia		100% de las familias

110. EDUCACION PARA LA SALUD QUE REALIZA EN CHILE LA IGLESIA ADVENTISTA PARA LA PREVENCION PRIMARIA DE ENFERMEDADES CRONICAS

Drs. Daniel Jiménez y Edelweiss Mayr
(Instituto Profesional Adventista, Chillán)

La prevención primaria ha pasado a constituir la principal estrategia para tratar de controlar la incidencia de enfermedades crónicas y la educación para la salud será el método más adecuado. Sin embargo, es necesario tener presente que la multicausalidad, el largo período de incubación y la alta dependencia de hábitos personales y sociales de comportamiento ha hecho difícil avanzar en la lucha contra el tabaquismo epidémico y el alcoholismo, entre otros problemas. De aquí que es prudente considerar como útil cualquier esfuerzo que se realice en este campo. La Iglesia Adventista del Séptimo día ha venido presentando diversos programas educativos, sobre todo en relación al hábito de fumar y la prevención del alcoholismo. Estimamos de interés efectuar un estudio de los programas y actividades que la iglesia ha realizado en el país en los últimos cinco años, tratando de dimensionar el alcance de ellos, el tipo de personal que los dirige y ejecuta, las fuentes de financiamiento y su fundamento doctrinario, para lo cual revisamos los planes y programas de la iglesia, los manuales de cada uno de ellos, participamos en la presentación de algunos análisis de anuarios estadísticos y entrevista a encargados de programas.

En la Tabla 1 se aprecia que se presentan siete tipos de programas anualmente en forma sistemática para educación de público en general. El Plan de Cinco Días para Dejar de Fumar tiene la modalidad de terapia de grupo a cargo de un médico y un pastor adventista que motivan la decisión de no fumar y manejan el síndrome de privación y proveen recursos psicológicos para acrecentar la fuerza de voluntad. 18.210 personas han asistido en los últimos cinco años. Encuestas efectuadas por los autores indican que por lo menos el 80% (14.568), dejaron de fumar durante el Plan. En los 40 colegios adventistas, con un 60% de alumnos de familias de otras religiones, se lleva a cabo cada año un programa de educación para la salud con énfasis en tabaco, alcohol y drogas, dirigidos por profesores adventistas, todos ellos abstemios y no fumadores. En la estación Universidad de Chile del Metro de Santiago, y por 10 días, todos los años se efectúa una exposición sobre alcohol y tabaco, la que es visitada por 250.000 personas cada vez. Esta exposición sirve de apoyo para el "Día sin Fumar" que se realiza en Octubre. El "Día sin Beber" se presenta en Mayo. En ambos casos significa pasar spots por televisión, 60 veces en cada ocasión, y por los tres canales de la capital. Más de 20.000 personas asisten anualmente a las conferencias que se dictan en templos, salones y últimamente en carpas inflables, que incluyen siete o diez temas sobre el cuidado de la salud. Además, mensualmente, publica 1.000 números de la revista Vida Feliz, cada una con un artículo sobre salud y cocina vegetariana. En conjunto, estos programas alcanzan a 286.394 personas. Existen otros seis programas de presentación esporádicos, entre los cuales destaca el llamado Pronóstico cardíaco que, mediante datos anamnésticos, peso, edad, presión arterial, califica un riesgo de tener infarto en los próximos seis años. 1.650 personas han sido evaluadas y motivadas a modificar hábitos para disminuir su riesgo. 95 exposiciones han realizado los jóvenes adventistas en diferentes lugares públicos acerca de alcohol y tabaco. Seis números especiales de la revista Vida Feliz que tratan sobre salud, son usadas para apoyo de todos los programas. En 1984 se editaron 45.000 ejemplares. También se venden más de 15 libros diferentes sobre el tema, en total 5.800 volúmenes en un año. Incontables charlas en colegios no adventistas y escuelas de cocina vegetariana ocasionalmente. En la Tabla 2 se presenta el tipo de personal que organiza y ejecuta los programas. Hay 378 profesionales que dependen de la organización Iglesia Adventista, entre los cuales destacan los pastores y Misioneros, todos ellos licenciados en Teología (cuatro años de educación nivel universitario) que son los encargados de planificar, dirigir, coordinar y, en la mayoría de las veces, ejecutar los programas. Los profesionales del área de la salud apoyan especialmente el Plan de Cinco Días y el Pronóstico Cardíaco. Hay 1.795 personas que participan voluntariamente, 17 de ellos son médicos que presentan Planes para dejar de fumar y Pronóstico C. Los líderes de juventudes promueven los Días sin Fumar y sin Beber y realizan las exposiciones. Los laicos de iglesias apoyan los ciclos de conferencias y las esposas de los pastores están presentando las escuelas de cocina vegetariana.

Todos los programas son presentados como servicio gratuito a la comunidad y tienen sentido de misión, ya que imitan el ejemplo de Jesucristo: enseñar, sanar, redimir y atender al desvalido. El financiamiento proviene de aportes voluntarios de los 50.000 miembros de iglesia.

El impacto educacional de estos programas no ha sido medido hasta ahora. Sólo sabemos que el 22% de los asistentes al Plan para dejar de fumar siguen sin fumar al cabo de un año (4.006 en nuestro caso). Faltan estudios para evaluar el resto. Se presume limitaciones en sus impactos debido a las fuertes características de campañas de corta duración. Los dirigentes tampoco saben qué proporción de los 5.000 nuevos miembros que ingresan anualmente a la iglesia se deben a estos programas. Sí es relevante el hecho que sean licenciados en Teología quienes promueven y dirigen tal variedad de programas educativos. Además es evidente una modalidad de participación comunitaria muy positivo, ya que no sólo hay aporte en forma de recurso humano sino que también financiero. Podemos concluir diciendo que, si en el futuro se viera un progreso en la lucha contra el tabaquismo epidémico y el alcoholismo, deberíamos reconocer el aporte silencioso de la iglesia adventista en cuanto a educación para la salud en estas áreas.

TABLA Nº 1

**PROGRAMAS DE EDUCACION Y PREVENCION PRIMARIA DE LA SALUD
ORGANIZADOS POR LA IGLESIA ADVENTISTA Y NUMERO DE PERSONAS
BENEFICIADAS ANUALMENTE (PERIODO 1980-1984)**

Programas de Presentación Sistemática	Nº anual de personas asistentes
1. Plan de Cinco días para Dejar de Fumar	3.642
2. Educación para la salud en colegios adventistas	10.752
3. Exposición Temperancia en Metro Santiago	250.000
4. Día sin Fumar, 60 spots en TV	
5. Día sin Beber, spots 60 veces en TV	
6. Ciclos Conferencias sobre salud	21.000
7. Distribución revista "Vida Feliz", ejemplares por mes	1.000
Programas de Presentación no Sistemática	
1. Pronóstico Cardíaco	1.650
2. Escuelas de cocina vegetariana	300
3. Exposiciones sobre Temperancia, 95 en 5 años	
4. Distribución revista "Vida Feliz" especiales de salud, 45.000 ejemplares por año	
Distribución de 18 libros de salud, 5.800 por año	
5. Charlas de Temperancia en colegios no adventistas	
6. Artículos en diarios y programas en radios.	

TABLA Nº 2

**TIPO Y NUMERO DE PERSONAL QUE ORGANIZA PROGRAMAS PUBLICOS
DE EDUCACION Y PREVENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD
DE LA IGLESIA ADVENTISTA DE CHILE**

Tipo de Personal	Número	
Profesionales dependientes de la Iglesia Adventista		
Pastores y Misioneros	186	
Profesores en colegios adventistas	157	
Promotores de publicaciones	12	
Profesionales del área de salud	23	
Total		378
Personas de participación voluntaria		
Médicos adventistas	12	
Médicos no adventistas	5	
Otros profesionales área de salud	10	
Líderes de Juventudes adventistas	720	
Líderes laicos de iglesias locales	1.033	
Esposas de pastores y misioneros	15	
Total		1.795

111. EN BUSCA DEL ORIGEN DEL COMPORTAMIENTO DEL ADULTO LA SOCIALIZACION DEL NIÑO Y EL ANALISIS TRANSACCIONAL

Prof. Diego Zalazar, Sra. Paula Bulnes y Dr. Gonzalo Marín
(Escuela de Salud Pública, Universidad de Chile)

Una hipótesis básica que conforma la comprensión de la conducta de los adultos es que esta conducta es el producto de la educación formal e informal dada a las personas en su época de mayor maleabilidad, es decir, en su infancia y adolescencia. El interés por conocer la educación informal en el hogar, dada por madres usuarias de consultorio periférico, llevó a la realización de este estudio, además de la preocupación por ampliar la base explicativa para interpretar la conducta del adulto en salud.

Es una observación frecuente en los adultos que son indóciles a cumplir prescripciones curativas, renuentes a realizar indicaciones preventivas y reacios a proteger su salud. Asimismo, la observación cotidiana muestra que este grupo suele responder bien a las orientaciones del profesional de salud bajo condiciones de coacción, de amenaza o de paternalismo en la atención, condiciones que, bien miradas, colocan al adulto en posición de "niño" frente a un profesional de salud "padre" o "madre".

De alguna manera parece como si estos adultos hubieran sido formados en un "infantilismo" conformado por patrones de responsabilidad asegurada fundamentalmente por obediencia a figuras externas respetadas por su poder social sobre los pacientes; si encontramos este patrón en la formación refleja del niño, tendremos base para pensar razonablemente que está enraizado en el subconsciente del adulto por introyección muy temprana en su infancia y adolescencia. El presente trabajo nos orienta claramente en este sentido. En la interpretación de los datos puede resultar útil la tríada niño-adulto-padre del Análisis Transaccional.

Material y Métodos

Se entrevistó a 89 madres usuarias de un consultorio periférico del Área Metropolitana de Salud. La cédula de entrevista incluyó las siguientes preguntas:

1. ¿Tiene Ud. problemas para llevarse bien con alguno de sus hijos? ¿Con cuál? (anotar sexo y edad del hijo). 2. ¿Qué tipo de problemas tiene Ud. con su hijo? 3. ¿Qué hace para solucionarlo? 4. ¿Qué tipo de castigo le da al niño? 5. El padre, ¿ha colaborado para resolver el problema? 6. ¿Por qué cree Ud. que se produce este problema con su hijo? 7. ¿Cómo cree Ud. que debe ser un buen hijo y una buena hija? 8. ¿Cuál es el hijo que mejor se le porta? ¿Por qué lo cree así?

Se interrogó a las madres en el momento de la atención en el consultorio. De la madre se anotó edad, estado civil, ocupación, escolaridad, número de hijos, sexo y edad de los hijos. El nivel socioeconómico del grupo de madres era clase media media, clase media baja y baja, estimado por escolaridad, ocupación de los padres del niño y barrio de residencia.

Resultados y Conclusiones

Los resultados centrales apoyan la hipótesis de una formación "infantilista" del niño, es decir, basada en la introyección del control exógeno de la conducta sin proveer un desarrollo de control endógeno. En este respecto es decisiva la imagen de buen "hijo-hija". Las 89 respondientes hicieron mención de 19 características, las cuales fueron mencionadas el número de veces que a continuación se señala:

Tabla 1

Imágenes de "buen hijo-hija" declaradas por 89 madres usuarias de un Consultorio Periférico de la Región Metropolitana, 1984.

Característica	Nº de menciones (N = 154)	% de madres que señalan la característica (N = 89)	% en el total de menciones (N = 154)
— Obediente	47	52,80	30,5
— Responsable	27	30,30	17,5
— Respetuoso	26	29,20	16,9
— Confianza con los padres	10	11,23	6,5
— Cariñoso	9	10,11	5,8
— Colaborador	5	5,60	3,2
— "Educado"	5	5,60	3,2
— "Bueno" con los padres	5	5,60	3,2
— Comprensivo con los padres	5	5,60	3,2
— Otras características c/3 menciones o menos	15	16,85	9,7

Tal como se aprecia, la mayor parte de las 89 madres declara la imagen triádica, obediencia, responsabilidad, respeto (52,8, 30,3 y 29,2% de las madres respectivamente). Sólo 11,2% de las madres incluyen "confianza en los padres" y sólo 10,1% incluye "cariñoso". Por "obediente" las madres entienden que el niño siga las órdenes de la madre principalmente (no aparecen menciones de obediencia al padre). Por "respetuoso" entienden que el niño y niña, no tengan altercado verbal con los padres ni les hagan objeto de rechazos físicos ni agresiones físicas ni psicológicas, es decir, que acepten en silencio, y sin mostrar agresión, la conducta de los padres. Por "responsable" entienden que el niño y la niña cumplan con sus deberes de escolar y aprendan a trabajar, más tarde. Si ahora observamos el conjunto de los problemas de entendimiento con los hijos que las madres declaran tener con ellos, vemos de nuevo que el centro del conjunto es la tríada obediencia-respeto-responsabilidad.

Tabla 2

Problemas de entendimiento con los hijos, declarados por 89 madres usuarias de un Consultorio Periférico de la Región Metropolitana, 1984

Area del Problema	% de madres que declaran el problema (N = 36)	
— Obediencia		
Niños 18		50,00
Niñas 16		44,40
— Respeto		
Niños 10		27,77
Niñas 6		16,66
— Responsabilidad		
Niños 6		16,66
Niñas 2		5,55

En la Categoría "distorsiones emocionales" los autores incluyeron aspectos tales como celos crónicos con hermanos, agresividad, enuresis y similares. Este rubro abarcó a 18 madres (50 por ciento del total de 36 que respondió). En otra categoría, "distorsiones conductuales", los autores abarcaron problemas tales como descuido de los estudios, "callejeo" crónico, respuestas agresivas físicas contra la madre, no "llegar a la hora cuando sale", "descuido" con el vestuario, y semejantes. Esta categoría de problemas incluyó a 19 madres (52,77% del total de 36 que respondió). La tríada respeto-obediencia-responsabilidad abarcó, en niños, a 34 madres, del total de 36 que respondió (94,4% del total) y en niñas, a 24 madres (66,66% del mismo total). Esta superabundancia de problemas de este tipo en las 36 mujeres que respondieron se debe, muy probablemente, al gran énfasis que las madres ponen en la tríada formativa que analizamos. Una conclusión que fluye de este primer análisis de los datos recogidos, es que la tríada formativa "obediencia-respeto-responsabilidad", (definiendo estos valores desde el punto de vista materno) aparece como patrón fundamental en la educación de los hijos; esto implica que son formados principalmente para la obediencia y no para el autocontrol en su conducta. Este patrón, al quedar operante en el subconsciente de la persona, determina en ella una conducta infantiloides, de tipo dependiente pero rebelde, que podríamos traducir, en lenguaje del análisis transaccional, como de "niño rebelde" y de "padre castigador", y sólo rara vez de "adulto". El paciente, por lo tanto, reacciona a la figura paterna/materna representada por el profesional de salud, como "niño rebelde"; y si este profesional lo frustra, traslada el foco de respuesta al "padre castigador" introyectado por sus propios padres como figura del control exógeno. Para el profesional de salud sería necesario, entonces, adiestrarse en técnicas de Análisis Transaccional para enfrentar estas conductas en sus pacientes si tiene interés en modificarlas.

112. PREVALENCIA DE OBESIDAD Y ALGUNOS FACTORES ASOCIADOS EN UNA POBLACION ESCOLAR ADOLESCENTE

Drs. Paula Araya, Marta Cabrera, Patricia Cisternas, Juan C. Molina, Soledad Montero, Juan Rodríguez y Carlos Trujillo

(Departamento de Salud Pública, División Occidente, Facultad de Medicina, Universidad de Chile)

Uno de los trastornos metabólicos y, eventualmente, genético y endocrino más frecuente, es la obesidad. No hay muchos antecedentes en nuestro país sobre frecuencia de obesidad en adolescentes, pero según algunos estudios, esta entidad sería frecuente en este grupo etario.

Se diseñó este trabajo para establecer la prevalencia y algunos factores asociados en escolares adolescentes del Área Metropolitana Occidente. Los objetivos fueron: describir el estado nutricional según las relaciones Peso/Talla/(P/T), Peso/Edad (P/E) y Talla/Edad (T/E). Comparar entre obesos y no obesos: ingesta calórica promedio diaria (según encuesta alimentaria); práctica deportiva extracurricular y antecedentes de obesidad en los progenitores.

Material y Método

Se pesaron y midieron, en condiciones estandarizadas, 1.051 escolares entre 13 y 15 años, de 3 colegios del Área Occidente de Santiago; 50,1% fueron mujeres (527) y 49,9% hombres (524). Para evaluar el estado nutricional del grupo, se utilizaron las tablas y criterios OMS de P/T, P/E y T/E.

Se tomó una submuestra del 9% (n = 95; 45 hombres y 50 mujeres), estratificada según sexo y estado nutricional, para realizar una encuesta alimentaria según técnica de Tendencia de Consumo Cuantificada. Se consignaron, además, datos en relación a prácticas deportivas y antecedentes de obesidad en los padres, calificados por los hijos.

Para el cálculo calórico de cada encuestado, se utilizó la Tabla de Composición Química de Alimentos Chilenos y los resultados se compararon con las recomendaciones FAO/OMS.

Resultados

Las medidas de resumen, promedios (X), medianas (Q2) y desviaciones estándares (S) para el peso y la talla fueron:

Hombres: Peso X =	53,4 Kg;	Q2 =	52,6 Kg;	S =	9,3 Kg
Talla X =	162,3 cm;	Q2 =	162,8 cm;	S =	8,1 cm
Mujeres: Peso X =	52,0 Kg;	Q2 =	51,4 Kg;	S =	7,5 Kg
Talla X =	154,3 cm;	Q2 =	154,2 cm;	S =	5,6 cm

La prevalencia de obesidad, según P/T fue de 33,5% para ambos sexos; con un 41,0% en las mujeres y un 26,0% en los hombres (p menor que 0,001). El porcentaje de peso sobre lo normal (sobrepeso más obesidad) alcanzó, según este criterio, un promedio de 54,4% y las mujeres nuevamente tuvieron una cifra significativamente superior respecto a los hombres (64,5% contra 44,3%; p menor que 0,001) (Tabla 1).

De acuerdo a P/E, el porcentaje global de obesidad fue de 4,9% y la cifra de peso sobre lo normal se elevó a 11,4%. No se observaron diferencias significativas entre ambos sexos.

Según el criterio T/E, 39,9% de los escolares tienen retraso en la talla: el 7,7% con retraso moderado y el 32,2% leve. Las mujeres presentaron un mayor grado de talla baja: 52,2 contra 27,5% en los hombres (p menor que 0,001). El 58,7% de los escolares presentó tallas dentro de límites normales, siendo los hombres los que presentan una cifra mayor (71,0 y 46,5% en las mujeres; p menor que 0,001). (Tabla 2).

Respecto a ingesta calórica, se observó que las mujeres obesas tienen un porcentaje menor de adecuación a las recomendaciones FAO/OMS (94,5%). En cambio, las no obesas tienen una cifra superior (124,9%; t observado = 2,83 con 48 grados de libertad). Entre los hombres estudiados, la adecuación de energía fue de 148,4% en los obesos y 124,6% en los no obesos (no significativo).

De los 45 hombres encuestados, el 71,1% declaró practicar algún deporte, en cambio sólo el 24,0% de las mujeres refirió hacerlo (p menor que 0,001). Según estado nutricional y sexo, el 65,2 por ciento de los hombres hace deporte y el 77,3% de los no obesos también lo practica (no sig-

nificativo). Entre las mujeres, el 19,2% de las obesas y el 29,2% de las no obesas hacen ejercicios (no significativo).

En lo relativo a antecedentes familiares, el 68,4% del grupo encuestado refirió tener padre y/o madre obesos, sin observarse diferencias por sexo. Entre los no obesos, el 63,0% entregó antecedentes positivos al respecto, pero, al igual que el caso anterior, no hubo diferencias entre hombres y mujeres. En cambio, en el grupo de obesos, el 73,5% tiene antecedentes de obesidad familiar, cifra mayor en el sexo femenino (88,5 contra 56,5% en los hombres; p menor que 0,006).

TABLA Nº 1

PREVALENCIA DE OBESIDAD EN ADOLESCENTES, SEGUN PESO/TALLA OMS. 1985

Estado Nutritivo	Hombres		Mujeres		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Desnutridos	6	1,1	2	0,4	8	0,8
Enflaquecidos	31	5,9	14	2,7	45	4,3
Normales	255	48,7	171	32,4	426	40,5
Sobrepeso	96	18,3	124	23,5	220	20,9
Obesos	136	26,0	216	41,0	352	33,5
Total	524	100,0	527	100,0	1.051	100,0

TABLA Nº 2

ESTATURA EN 1.051 ADOLESCENTES SEGUN TALLA/EDAD Y SEXO. OMS 1985.

Talla	Hombres		Mujeres		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Retraso moderado	26	5,0	55	10,4	81	7,7
Retraso leve	118	22,5	220	41,8	338	32,2
Normal	372	71,0	245	46,5	617	58,7
Excesivo	8	1,5	7	1,3	15	1,4
Total	524	100,0	527	100,0	1.051	100,0

113. REUMATISMOS EN CHILE: CONSIDERACIONES EPIDEMIOLOGICAS

Drs. Ernesto Medina L., Vicente Contreras V. y Marta Valenzuela D.
(Escuela de Salud Pública y Hospital Clínico de la Universidad de Chile)

Bajo el nombre genérico de reumatismos se incluye un conjunto de trastornos difusos del tejido conectivo, alteraciones articulares de diverso origen, trastornos de la columna vertebral y algunas alteraciones óseas o fibro musculares. En conjunto se caracterizan por tener una frecuencia relativa elevada, curso natural crónico, ser potencialmente incapacitantes y ser causa frecuente de demanda de atención médica. Como la mayor parte de estos trastornos se producen durante la vida adulta, el fenómeno de envejecimiento de las poblaciones determina que su importancia sea creciente en aquellas comunidades en las que se está modificando su estructura demográfica.

Se ignora la frecuencia real de los reumatismos crónicos en Chile, lo que logra conocerse a través de estudios poblacionales intencionados. Se sabe que en Santiago la población declara sufrir de algunos de estos trastornos (morbilidad percibida) en una proporción de 1.6% de la población (Medina, 1983); que la frecuencia anual de consulta alcanza a 50 por mil habitantes (IV y VIII Regiones); que la hospitalización anual es de 1,8 por mil; que se conceden 1,3 pensiones anuales de invalidez por 1.000 cotizantes (Servicio de Seguro Social) y que el monto de las defunciones asciende a 0,07 muertes por mil habitantes (Chile, 1983).

La enfermedad reumática y sus complicaciones cardíacas constituye la causa más frecuente de defunciones de este origen (Tabla 1). Dado que este problema ha tenido una evolución declinante desde la introducción de la penicilina, con la cual es posible tratar eficazmente las infecciones estreptocócicas causantes de la fiebre reumática, la actual mortalidad por reumatismos es de baja frecuencia. Un tercio de la mortalidad corresponde a mesenquimopatías, artritis reumatoidea y otras artritis crónicas.

La evolución crónica e incapacitante determina el hecho que los reumatismos en Chile constituyen la principal causa de concesión de pensiones de invalidez. De algo más de 7.100 pensiones concedidas en el Servicio de Seguro Social, las afecciones del aparato locomotor son responsables de un 28%, seguidas por las enfermedades circulatorias (15,8%), nerviosas y de órganos de los sentidos (14,5%), mentales (6,7%), tumores (6,5%), accidentes (6,0%), infecciosas (5,8%) y otras causas misceláneas (16,7%). Es también importante considerar que las pensiones de invalidez de origen reumatológico se ubican dentro de aquellas de larga duración. La duración media de las pensiones del S.S.S. alcanza a 7,0 años, siendo de 12,3 en las originadas por accidentes; de 9,6 en las reumatológicas y de 8,9 en las de origen neurológico, mientras las de menor duración corresponden a los tumores malignos (3,0 años).

La incapacidad laboral temporal es igualmente frecuente. Estudiando las licencias médicas concedidas al personal del Hospital Clínico de la Universidad de Chile en 1984, hemos encontrado que las ausencias del trabajo equivalen a 1.298 días perdidos en un total de 2.522 funcionarios (tasa de 51,5 días anuales por cada 100 funcionarios). El motivo más frecuente es el compromiso de la columna lumbar (71% de los días perdidos), seguido del reumatismo de columna cervical (7%), las mesenquimopatías (3%) o las artrosis periféricas (1%).

Los reumatismos constituyen, igualmente, un motivo frecuente de consulta médica. En los estudios de morbilidad realizados en la IV y VIII Regiones del País, en 1982, alcanzan a un 4,9 por ciento del total de consultas de los establecimientos de esas zonas. En el Hospital Clínico de la Universidad de Chile en 1984, las consultas reumatológicas representan un 11,9% de 21.882 consultas realizadas en Medicina Interna, y un 5,0% de 120.054 consultas del Servicio de Urgencia. De las diversas especialidades, sólo la cardiología supera a la reumatología en el número de consultas entregadas. Dada la característica dolorosa de muchos procesos, se entiende que determinen un 5% del total de consultas de urgencia, dadas especialmente por lumbago (28%), neuritis diversas (15%) y dorsalgias (9%), y con menor frecuencia por tortícolis (5%), hombro doloroso (3%), mialgias (3%), cóvico-braquialgias (2%) u otros motivos (35%).

Una proporción de los pacientes reumatológicos requiere hospitalización (1,8 por mil habitantes en 1982). Las principales causas aparecen en la tabla 2, en la que se contrasta el tipo de patología observado en el total de los hospitales chilenos y en un hospital de alta complejidad como el Hospital Clínico de la Universidad de Chile.

El estudio detallado de las hospitalizaciones reumatológicas revela que de las 20.249 producidas en Chile en 1982, un 52,8% correspondía a personas menores de 35 años; un 30,6% estaba entre 35 y 55 años de edad, mientras el 16,6% restante se producía en mayores de 55 años, revelando que los reumatismos afectan de preferencia a personas en edad de trabajo y producción. La magnitud del riesgo individual, sin embargo, muestra que las tasas de hospitalización por reumatismos alcanzan valores de aproximadamente 125 por 100.000 habitantes en los menores de 25 años, ascendiendo a valores de 150 entre los 25 a 35 años, y a 250 y 300 entre los 35 y 55 años de edad. A partir de esta edad las tasas declinan progresivamente hasta 210 por 100.000 en los mayores de 75 años. En los niños los motivos fundamentales de hospitalización están dados por trastornos congénitos como la displasia de cadera, y la fiebre reumática. A partir de los 25 años el gran motivo de hospitalización corresponde a las dorsopatías que incluyen el frecuente fenómeno de lumbago y lumbociática. La artritis reumatoide, cuyo riesgo de hospitalización es de aproximadamente 4 por 100.000 en menores de 35 años, tiene valores entre 10 y 20 sobre esta edad.

TABLA Nº 1

DEFUNCIONES POR CAUSAS REUMATOLOGICAS EN CHILE. 1940-1983

Año	Enfermedad Reumática		Otras Afecciones Reumatológicas	
	Número	Por 100.000 habitantes	Número	Por 100.000 habitantes
1940	843	18,1	41	0,9
1945	740	13,8	35	0,7
1950	826	14,4	29	0,5
1955	449	6,6	248	3,7
1960	541	7,1	271	3,6
1965	665	7,7	211	2,4
1970	658	6,8	252	2,6
1975	494	4,8	226	2,2
1980	535	4,8	266	2,4
1983	493	4,2	226	1,9

Principales causas de defunción en el período 1980-1983:

Enfermedad reumática	67,5%
Mesenquimopatías	12,1%
Artritis reumatoide	7,4%
Otras causas	13,0%

TABLA Nº 2

**FRECUENCIA Y CAUSAS DE HOSPITALIZACION DE ORIGEN REUMATOLOGICO
EN EL TOTAL DEL PAIS Y EN UN ESTABLECIMIENTO DE ATENCION TERCIARIA
ESPECIALIZADA**

Total de Hospitales del país (1982)		Hospital Clínico de la Universidad de Chile (1980-1984) **	
Número total	20.249*	Número total	1.187
Principales diagnósticos (%)		Principales diagnósticos (%)	
Enfermedad reumática	13,5	Artritis reumatoide	32,0
Artritis reumatoide	4,5	Mesenchimopatías	30,8
Espondiloartritis anquilosante	0,1	Lumbago	18,4
Otras artropatías	16,5	Otros reumatismos	18,7
Otros trastornos articulares	8,1	Artritis piógenas	4,0
Dorsopatías	26,4	Artropatía por cristales	3,6
Reumatismos no articulares	16,1	Osteoporosis	3,1
Anomalías congénitas	14,9	Cervico braquialgias	3,0
		Hombro doloroso	2,5
		Osteoartritis	1,5
		Enfermedad de Tietze	0,8

* Equivalen a 1,9% del total de egresos hospitalarios en Chile

** No incluye hospitalizaciones por fiebre y cardiopatía reumáticas

114. COMO FOMENTAR LA CONDUCTA NO FUMADORA EN ESCOLARES

Enf. Verónica Behn

(Departamento de Enfermería, Facultad de Medicina, Universidad de Concepción)

No es misterio para nadie, hoy en día, que el cigarrillo daña la salud. Sin embargo, la tentación de fumar persiste y no son pocos los adolescentes y adultos que pasan por alto las advertencias del equipo de salud e insisten en este hábito que saben peligroso. Particularmente grave se torna este problema cuando el inicio del hábito es a edad temprana.

Los estudios han llevado a reconocer la imperiosa necesidad de mantener la conducta no fumadora que tiene toda persona en la infancia. Lograr esto es el objetivo de la prevención primaria del hábito de fumar. Cómo lograr que se mantenga aquella conducta no fumadora, fue el motivo del presente estudio.

Los resultados de investigaciones afirman que la persona que tiene una actitud adversa al hábito de fumar tiene una alta probabilidad de ser no fumadora.

La observación anterior permite reconocer en la formación de esta actitud una estrategia de prevención primaria del hábito de fumar.

Objetivo General

Probar si un programa educativo antitabáquico entregado a escolares de 11 a 13 años de edad, es capaz de desarrollar y/o mantener en ellos una actitud negativa hacia el hábito de fumar.

Material y Método

Conocido el hecho que la edad en que los escolares chilenos acostumbran comenzar a fumar es de 13 años, se escogió como universo del estudio a los escolares que se encontraban en edad inmediatamente anterior al inicio (11 a 13 años). Para la investigación, que se realizó con un grupo experimental (GE) y un grupo control (GC), se contó con una muestra de 112 escolares de enseñanza básica del VI nivel.

El tratamiento experimental correspondió al desarrollo de un contenido educativo con metodología no tradicional, de 14 horas de clases integradas a la asignatura de Ciencias Naturales. Para la evaluación de los resultados se aplicó un instrumento recolector de datos conformado por una escala de medición de la actitud hacia el hábito de fumar, una escala de medición de la deseabilidad social de escolares y un cuestionario de preguntas cerradas.

Resultados

Para interpretar los puntajes de actitud alcanzados por los dos grupos (GE y GC), después de terminado el tratamiento experimental en uno de ellos, se utilizó el test de significación estadística "t" de Student. (Ver Tabla 1).

El resultado del cálculo estadístico permitió comprobar que los escolares sometidos al tratamiento experimental mantuvieron o desarrollaron una actitud más negativa hacia el hábito de fumar que aquellos escolares del grupo control que no fueron expuestos a la experiencia educativa.

Al comparar ambos grupos de escolares, dicotomizando la variable principal en negativa y positiva, se distingue aún más la diferencia de ellos. (Ver Tabla 2).

Cabe señalar que del 23,2% de los escolares del GE que revelaron tener una actitud positiva hacia el hábito de fumar, el 70% tenía el antecedente de madre fumadora. Esto sugiere la importancia de realizar en forma paralela actividades con los padres que ayuden a reforzar la actitud que se pretende desarrollar en los escolares.

TABLA Nº 1**RASGOS ESTADÍSTICOS DE PUNTAJES DE ACTITUD HACIA EL HABITO DE FUMAR
EN ESCOLARES DEL GE Y GC (N = 112)**

Rasgos Estadísticos	GE	GC
$\bar{X}$ del puntaje de actitud	25,14	37,96
Desviación standard del puntaje	6,47	8,93

TABLA Nº 2**DISTRIBUCION PORCENTUAL DE LOS ESCOLARES DEL GE Y GC
SEGUN ACTITUD HACIA EL HABITO DE FUMAR**

Actitud hacia Hábito de fumar	GE %	GC %
Negativa	76,8	25,0
Positiva	23,2	75,0
Total	100,0	100,0

115. EVOLUCION DE LA MORTALIDAD POR CANCERES REGISTRADA EN EL SERVICIO DE SALUD BIO-BIO ENTRE 1970 Y 1984

Dr. Rafael Vera
(Servicio de Salud Bio-Bio)

El objetivo de este trabajo es describir la evolución de la mortalidad por Tumores Malignos o Cánceres en los últimos 15 años, 1970-1984, en la provincia de Bio-Bio, comparando las tasas correspondientes, además de presentar para el año 1984 la importancia relativa de la mortalidad por el rubro Tumores, de acuerdo a la Clasificación Internacional de Enfermedades por Grupos de Causa, expresada en números absolutos, sexo, grupos etarios y tasas de acuerdo a edades.

Material y Método

Se presenta una descripción obtenida del Registro de los Certificados de Defunción del Servicio de Salud Bio-Bio, para el período 1970-1984, y de la información computarizada entregada por el Ministerio de Salud para la mortalidad por la causa que se analiza para el año 1984.

Resultados y Conclusiones

La mortalidad para los 15 años analizados, tiene una tasa promedio por 100.000 habitantes de 86,7, variando desde la tasa menor, en 1970, de 61,0 hasta una tasa máxima de 110,4 para 1983, con un incremento de 81%. Es decir, hay una clara y sostenida tendencia al aumento en la mortalidad por esta causa.

Hemos agrupado a los Cánceres en dos grandes grupos:

- 1) Los del tracto digestivo y anexos abdominales que, para el período señalado, tienen una tasa promedio de 48,5, con un rango que oscila entre una tasa menor, en 1970, de 31,5 y una de 67,9 para 1983, evidenciándose un aumento porcentual de 116. Es preciso destacar que el cáncer de estómago es el componente más importante de este grupo, ocasionando anualmente un promedio de unos 88 decesos, y manteniendo casi permanentemente una tasa sobre 32 por 100.000 habitantes, deteriorando el promedio nacional, ya que en 1980 presentaba una tasa promedio de 23,2. Tampoco puede pasarse por alto el incremento que se observa en las mortalidades por cáncer de esófago y de vesícula biliar y vías biliares extrahepáticas.
- 2) Los cánceres extra-digestivos muestran una tasa de mortalidad promedio de 38,0 y pese a su evidente aumento, por la gran diversidad de localizaciones, nos parece riesgoso aventurar algún juicio.

Como primera conclusión importante se infiere que en la Provincia de Bio-Bio son los cánceres del tracto digestivo y órganos abdominales anexos, los que generan el aumento de la mortalidad por neoplasias malignas.

Con respecto a 1984, se puede decir que, de acuerdo a la clasificación internacional, la mortalidad del grupo 2, Tumores, ocupa el 2º lugar con 324 casos, equivalentes al 15% del total, apareciendo en el sexo masculino 1,5 veces más que en el femenino, pese a ocupar el 4º lugar como causa general de muerte en aquel, y el 2º en el señalado en el último término.

El grupo etario más afectado es el de 80 años y más, con una tasa por edad de 2.075,6 (3er. lugar, sin embargo, después de las muertes ocasionados por el grupo VII Aparato Circulatorio y el XVI, Síntomas, Signos y Estados Morbosos Mal Definidos), siempre en tasas por edades le sigue el grupo etario de 65 a 79 años, con 932,8 (superado sólo levemente por el grupo VII), y de 50 a 64 años, con tasa de 316. En conjunto, el grupo etario de 50 años a 80 y más, presentan 277 casos de muertes, equivalentes al 85,5% del total, y una tasa del grupo de 594 por 100.000 habitantes.

Con respecto a mortalidad por agrupaciones etarias para 1984, de acuerdo al problema que analizamos se puede concluir que las edades más afectadas son las siguientes:

- a) Grupo de 65 a 79 años: 132 muertes, 40,7% del total y tasa de 932,8 por 100.000 hbtos. de esa edad.
- b) Grupo de 50 a 64 años: 95 muertes, 29,3% del total y tasa de 316 por 100.000 hbtos.
- c) Grupo de 80 años y más: 50 muertes, 15,4% del total y tasa de 2.075,6 por 100.000 hbtos.
- d) En conjunto los 3 grupos etarios señalados representan 277 casos, el 85,5% del total y una

- tasa de 594 por 100.000 hbts., relacionadas con las sumas de las poblaciones censadas para esos grupos etarios y para el año en estudio.
- e) Los otros grupos etarios tienen menor importancia, salvo el de 25 a 49 años, con 37 muertes, 11,4% del total y una tasa de 40,06 por 100.000 hbts. de ese conglomerado etario.

TABLA Nº 1

ANÁLISIS DE LA EVOLUCIÓN DE LA MORTALIDAD POR TUMORES MALIGNOS EN EL SERVICIO DE SALUD BIO-BIO
PERIODO 1970 - 1984

	1970	1971	1972	1973	1974	1975	1976	1977	1978	1979	1980	1981	1982	1983	1984
Población total	270.308	272.330	274.365	276.405	278.407	280.425	282.899	285.388	287.984	290.690	293.422	296.230	299.248	289.832	295.439
Nº de muertes por tumores malignos	165	167	178	188	196	209	279	254	281	274	277	280	322	320	313
Tasa X 100.000 Hbts.	61,04	61,32	64,87	68,01	70,40	74,52	98,62	89,00	95,57	94,25	94,40	94,50	107,60	110,40	105,94
Cánceres Aparato Digestivo Nº	100	86	95	101	102	102	157	121	152	162	173	169	160	197	198
Cá Digestivos Tasa X 100.000 Hbts.	36,9	31,5	34,6	36,5	36,6	36,3	55,4	42,3	52,7	55,7	58,9	57,0	53,5	67,9	67,0
Estómago Nº	85	50	70	78	73	71	99	83	95	88	98	91	110	92	97
Tasa X 100.000 Hbts.	31,4	18,3	25,5	28,1	26,2	25,3	34,9	29,0	32,9	30,0	33,3	30,7	36,7	31,7	32,8
Esófago	1	8	9	5	10	7	17	12	19	19	14	12	23	17	19
Colon y recto	6	5	9	4	5	6	10	9	6	15	12	12	7	24	12
Otros sitios de Org. Dig. y Periton.	1	5	2	2	3	4	5	5	7	10	15	19	-	26	20
Ves. Biliar y Vías Extra-Hepáticas	5	10	5	4	8	8	15	10	15	25	27	30	20	28	40
Páncreas	2	8	-	8	3	6	11	2	10	5	7	5	-	10	10
Cáncer Extra-Digestivo Nº	65	81	83	87	94	107	122	133	129	112	104	111	162	123	115
Tasa X 100.000 Hbts.	24,0	29,7	30,2	31,5	33,8	38,1	42,7	46,6	44,7	38,5	35,4	37,4	54,1	42,4	38,92
Otras Localizaciones	39	65	61	61	65	72	88	79	71	70	65	56	120	69	60
Tráquea, Bronquios y Pulmones	7	7	3	7	4	11	5	12	13	8	4	10	10	13	14
Próstata	2	2	6	5	6	7	10	10	6	7	5	8	-	8	14
Útero	8	4	12	11	12	8	11	18	26	20	21	22	21	18	16
Mama	9	3	1	3	7	9	8	14	13	7	9	15	11	15	11

TABLA Nº 2

ANÁLISIS DE LA MORTALIDAD POR TUMORES EN RELACION A GRUPOS ETARIOS Y GRUPOS POR EDAD

SERVICIO DE SALUD BIO-BIO AÑO 1984

	Total	Grupos Etarios (Años)							
		— 1 Año	1 — 24	25 — 49	50 — 64	65 — 79	80 y Más		
Muertes por Grupo II Tumores (CIE)	Nº %	Nº %	Nº %	Nº %	Nº %	Nº %	Nº %	Nº	%
Número absoluto y %	324 100	1 0,3	9 2,8	37 11,4	95 29,3	132 40,7	50 15,4		
Tasa X 100.000 Hbts. por Edades	109,6	—	—	40,6	316	932,8	2.075,6		
		277 Casos = 85,5% Tasas ajustadas por edades = 594 X 100.000 Hbts.							

116. DEFUNCIONES POR TUMORES MALIGNOS EN MENORES DE 35 AÑOS CHILE. 1982-1983

Dra. Aída Kirschbaum y Srta. Luz María Foncea
(Escuela de Salud Pública, Universidad de Chile)

Los cánceres corresponden en nuestro país a la 2a. causa de muerte, lo que les da una importancia considerable. Además, corresponde a un grupo de causas de muerte que va en aumento. Desde 1945 hasta 1981 se produjeron en términos absolutos, 7.475 muertes más, esto es, un 172% de incremento. Este incremento ha resultado del aumento de las tasas de mortalidad de los siguientes cánceres: tráquea, bronquios y pulmón, 451%; hígado y vías biliares intrahepáticas, 100%; vesícula y vías biliares extrahepáticas, 87%; próstata, 82%; mama, 36%; cervicouterino, 22%. La tasa global alcanzó en 1981 a 102,4 por 100.000, debido al descenso de la mortalidad en el último decenio, de los cánceres de estómago y esófago, del orden de 36%. Con estos antecedentes, en el año de la juventud nos ha interesado determinar la magnitud del problema de la mortalidad por cáncer en el país, en los menores de 35 años de edad en los años 1982 y 1983, utilizando la información respectiva del Ministerio de Salud.

Resultados

En Chile, en los menores de 35 años, se observaron 640 defunciones por tumores malignos en 1982 y 672 en 1983. Esto corresponde al 5,4% y 5,6% respectivamente, con tasas de mortalidad de 8,2 y 8,5 por 100.000 habitantes.

Las tasas de mortalidad en este grupo de edad, tienen predominio masculino en ambos años, con una tasa para los varones de 23,3% mayor en 1982 y 34,7% mayor en 1983.

El análisis de las defunciones por grupos de edad, presenta una tasa de 9,1 y 5,1 para los menores de 1 año en los dos años estudiados. El grupo de 1-14 años, tiene una tasa de 4,6 y 5,4 respectivamente. Los adolescentes tienen una tasa de 6,7 y 7,7 respectivamente, y el grupo de 25-34 años, tiene una tasa de 16,7 y 15,5 en los dos años estudiados. En el año 1982 las tasas son de predominio femenino en los menores de 1 año y en el grupo de 25 a 34 años. En 1983 las tasas tienen predominio masculino en toda edad. En este último año las tasas son ascendentes con respecto a la edad.

En el análisis de las defunciones por tumores malignos según causa específica, en 1982, en este grupo de edad, destacan en primer lugar los tumores de testículo, en 2º lugar la leucemia linfóide y en tercer lugar la leucemia mieloide, con tasas de 1,7; 0,8 y 0,8. En 1983 el primer lugar lo ocupa la leucemia linfóide, el 2º lugar testículo y el 3er. lugar la leucemia mieloide, con tasas de 1,1; 1,9 y 0,8. El 4º y 5º lugar en 1982, lo ocupan otras leucemias y los tumores malignos en huesos, cartílagos y tejido conjuntivo, con tasas de 0,6 cada uno. En 1983, estos mismos diagnósticos cambian su posición, siendo 5º otras leucemias, con tasas similares. El 6º lugar corresponde al cáncer cervicouterino en ambos años, con tasas de 1,1 y 0,9 respectivamente. El 7º lugar en ambos años corresponde a encefalo y NE de SN., con tasas de 0,5. En 1982, el 8º lugar lo ocupa el cáncer gástrico y en 1983, este lugar corresponde a otros tumores del tejido linfóide e histiocítico. En 1982, el 9º lugar lo ocupa hígado y conductos intrahepáticos y en 1983, el cáncer gástrico. El 10º y 11º lugar en 1982, corresponde al linfoma y reticulosarcoma, y otros del tejido linfóide e histiocítico. En 1983, este último corresponde al 8º lugar y el anterior, al 11º. El lugar 12º lo ocupa mama en 1982, y en 1983 la enfermedad de Hodgkin. El 13º lugar corresponde en 1982 a vejiga y riñón y en 1983, a ovario. Este ocupa el 14º lugar en 1982. El 15º lugar en 1982, lo ocupa pulmón, que en 1983 corresponde al 14º. Recto ocupa el lugar 16º en 1982. En 1983 este lugar corresponde a vejiga y riñón. En 1982, vesícula y vías biliares ocupa el lugar 17º, páncreas el 18º, peritoneo el 19º, Hodgkin el 20º y colon el 21º, ocupando este último el lugar 15º en 1983. En 1983, el lugar 17º lo ocupa peritoneo, el 18º mama, el 19º vesícula y vías biliares, el 20º recto y el 21º páncreas.

A continuación detallaremos el porcentaje de defunciones en menores de 35 años, en relación al total de defunciones correspondientes a cada causa específica. En 1982, el 63,5% de las defunciones por Ca testicular, fue en ese grupo de edad, aumentando al 72,4% en 1983. Con respecto a la leucemia linfóide, el porcentaje aumentó de un 56,8% en 1982 a 63,1 en 1983. La leucemia mieloide tuvo un porcentaje de de 34,5% en 1982 y 35,7 en 1983. El 48% de las muertes

por otras leucemias ocurrió en este grupo etario en 1982 y el 42,1% en 1983. El 28,2% de las defunciones por Ca de huesos y cartílagos en 1982 y el 29,8% en 1983. El Ca cervicouterino se presentó en este grupo de edad en 6,1% en 1982 y 5,3 en 1983. En 1982 el 36,7% de las defunciones por Ca de encéfalo y NE de SN se produjo en menores de 35 años, y el 35% en 1983. En 1982 y 1983 el 1,4% de las defunciones por Ca gástrico se produjo en este grupo. En relación al Ca hepático el porcentaje fue de 6,6 en 1982 y 4,7 en 1983. El porcentaje de linfoma y reticulosarcoma disminuyó de 31,5 en 1982 a un 26,6 en 1983. Otros de tejido linfóide tuvieron un porcentaje de 26 en 1982 y 23,5 en 1983. El Ca de mama tuvo un porcentaje de 2,7 en 1982 y 1,5 en 1983. Vejiga y riñón se presentó a esta edad en un 4,2 % en 1982 y 3,2 en 1983. En 1982 el porcentaje correspondiente a Ca de ovario fue de 7,3 y 8,6 en 1983. Ca rectal disminuyó de 4,6% a 2,6 en los años estudiados. Cerca del 1% de las defunciones por Ca pulmonar y de vesícula y vías biliares, se presentó en menores de 35 años en ambos años. El Ca de páncreas se observó un porcentaje de 2,3 en 1982 y 0,7 en 1983. El Ca peritoneal tuvo en 1982 un porcentaje de 1,6 y en 1983 de 2,1. Hodgkin aumentó de un 16,4% a un 37,3 en 1983. Finalmente, colon tuvo un porcentaje de 1,9 en 1982 y 2,7 en 1983.

En el análisis por causa específica y sexo, en 1982, sólo presentan predominio femenino de acuerdo con las tasas, la leucemia linfóide, los tumores de vejiga y riñón, vesícula y vías biliares. No se observó predominio en los tumores de recto, páncreas, peritoneo y colon. En 1983, continúa siendo de predominio femenino, la leucemia linfóide y Ca de vesícula y vías biliares, agregándose el predominio femenino de los tumores del encéfalo y colon. No tienen predominio por sexo, la leucemia mieloide y los Ca de hígado y conductos biliares intrahepáticos, vejiga y riñón, recto y peritoneo.

El análisis por causa específica y grupos de edad, demuestra que en los menores de 1 año se observan 15 tipos de tumores malignos, en pequeña proporción. Ya a esta edad aparecen las leucemias linfóide, mieloide y otras leucemias, huesos y cartílagos, encéfalo, estómago, hígado y conductos intrahepáticos, otros del tejido linfóide, mama, vejiga y riñón, pulmón y pleura, vesícula y vías biliares, páncreas, peritoneo y colon. En ambos años el primer lugar lo ocupa la leucemia mieloide, experimentando un incremento en la tasa de un 57,1%. En el grupo de 1-14 años, aparece el Ca de testículo, linfoma y reticulosarcoma, ovario y Hodgkin. En 1982 y 1983, el primer lugar lo ocupa la leucemia linfóide, con un incremento en la tasa de 50%. El 2º lugar en 1982, corresponde a encéfalo y de SN y en 1983 a leucemia mieloide, que ocupa el 3er. lugar en 1982, con un incremento en la tasa de 20%. El 3er. lugar en 1983 lo ocupa encéfalo y SN. El 4º y 5º lugar en ambos años, corresponde a otras leucemias y Ca de huesos y cartílagos respectivamente, con un incremento en la tasa de este último de un 25%. En el grupo de 15-24 años, aparecen: cuello uterino y recto. El primer lugar lo ocupa en ambos años, testículo, con un incremento en la tasa de un 18,2%. La leucemia linfóide ocupa en 1982 el 3er lugar y el 2º en 1983, con un incremento en la tasa de un 50%. La leucemia mieloide ocupa el 2º lugar en 1982 y el 4º en 1983, con una disminución en la tasa de un 83,3%. El 5º y 6º lugar lo ocupan en ambos años, otras leucemias y otros de tej. linfóide respectivamente, presentando este último un aumento en la tasa de un 100%. En el grupo de 25-34 años, en 1982, el 1º y 2º lugar corresponde a cuello uterino y testículo respectivamente, invirtiéndose este orden en 1983. El primero tuvo una disminución en la tasa de un 22,2%, en tanto el segundo aumentó en un 14,3 por ciento en los dos años estudiados. En ambos años el tercer lugar lo ocupa el Ca gástrico con tasas similares. La leucemia mieloide ocupa el 6º lugar en 1982 y el 4º en 1983, aumentando la tasa en un 75%. Otras leucemias ocupa el 5º lugar en 1982 y en 1983 el 12º, con una disminución en la tasa de un 125%. El Ca de huesos y cartílagos correspondió al 8º lugar en 1982 y al 5º en 1983. El Ca de hígado pasó del 4º lugar en 1982 al 7º en 1983, con un aumento en la tasa de 120%. El 14º lugar corresponde en ambos años a leucemia linfóide, con tasas iguales.

Referencias

- (1) Ministerio de Salud. Proyección de Morbilidad y Mortalidad de Chile al Mediano Plazo. 1983.

TABLA Nº1

**DEFUNCIONES POR TUMORES MALIGNOS EN MENORES DE 35 AÑOS
TASAS POR 100.000 HABITANTES. CHILE, 1982-1983**

1982				1983		
	Nº	%	Tasa	Nº	%	Tasa
	640	5,4	8,2	672	5,6	8,5
Total	11.767	100,0	102,4	11.969	100,0	102,5

TABLA Nº2

**DEFUNCIONES POR TUMORES MALIGNOS EN MENORES DE 35 AÑOS SEGUN SEXO
TASAS POR 100.000 HABITANTES. CHILE, 1982-1983**

1982				1983		
	Nº	%	Tasa	Nº	%	Tasa
Masculino	356	55,6	9,0	390	58,0	9,7
Femenino	284	44,4	7,3	282	42,0	7,2
Total	640	100,0	8,2	672	100,0	8,5

117. INFLUENCIA DE LOS FACTORES DIETETICOS EN LA PRODUCCION DEL CANCER GASTRICO

Drs. Ernesto Medina, Attila Csendes, Raquel Medina, Iván Palma y Alejandro Rodríguez
(Escuela de Salud Pública y Departamento de Cirugía del Hospital Clínico de la Universidad de Chile)

A partir de mediados de 1983 hemos llevado a cabo un estudio de casos y controles de los cánceres digestivos que ingresan al Departamento de Cirugía del Hospital Clínico de la Universidad de Chile, utilizando como controles a otros enfermos hospitalizados en el mismo servicio, de igual sexo y edad. Se ha explorado en ellos diversos antecedentes entre los que se cuentan las características dietéticas; hábitos de consumo de tabaco y alcohol; sitio de nacimiento y localidades con residencia por más de un año; exposiciones profesionales y a radiaciones ionizantes; consumo de fármacos; características del nivel socioeconómico. Paralelamente se ha investigado la relación peso-talla; los antecedentes personales y familiares de diversas patologías, especialmente de tumores, como igualmente las características de la sexualidad y paridad en las mujeres y el antecedente de orquitis en los varones, condiciones todas que se consideran como factores asociados a la producción de diversos tipos de cánceres. Ha sido posible estudiar un total de 47 cánceres gástricos y 60 cánceres digestivos de otras localizaciones, junto a sus respectivos controles, con un total de 214 enfermos explorados. En esta comunicación se informa de los hallazgos de tipo dietético en los pacientes con neoplasias malignas del estómago.

Como se aprecia en la tabla 1, el cáncer gástrico aparece asociado al consumo de frituras, de carnes y huevos fritos y al uso habitual de ají.

Tabla 1

Riesgo relativo del consumo de carnes, huevos, frituras y ají

Consumos semanales	Número de		Riesgo relativo
	Casos	Controles	
Carnes			
0 a 1	4	11	1,0
2 a 5	21	24	1,5
6 a 7	18	8	2,8
Huevos			
0 a 1	11	8	1,0
2 a 7	23	31	0,6
8 y más	9	4	1,7
Frituras			
0 a 1	17	27	1,0
2 a 7	26	16	2,6
Ají			
0 a 1	16	25	1,0
2 a 5	8	5	4,0
6 y más	19	13	4,3

En la tabla 2 se presenta el riesgo relativo vinculado a diversas frecuencias de consumo de frituras, huevos y carnes, mientras en la tabla 3 se advierte el efecto del consumo de ají, tanto en situaciones de bajo y de alto consumo de frituras, apreciándose un efecto independiente asociado al ají.

Tabla 2

Riesgo relativo de diversas frecuencias de consumo de frituras, huevos y carnes.

Consumos semanales			Número		Riesgo relativo
Frituras	Huevos	Carnes	Casos	Controles	
2 +	2 +	6 +	10	1	8,4
2 +	8 +	2 +	8	1	6,8
2 +	2-7	6 +	7	1	4,9
2 +	2 +	2 +	20	11	4,0
2 +	8 +	6 +	3	—	—
0-1	0-1	0-1	1	1	1,0
0-1	0-5	0-5	10	16	0,5
Frituras Aji					
0-1	0-5		9	18	0,5
0-1	6 +		8	8	3,0
2 +	0-1		9	9	2,4
2 +	2-5		7	3	5,0
2 +	6 +		11	5	7,0

Otros consumos investigados no muestran asociación con la aparición de cáncer gástrico: café, té, mate, pickles, mostaza, otros condimentos. Tampoco hemos encontrado asociación en nuestros enfermos con la frecuencia de consumo de verduras y frutas, de efecto protector en estudios japoneses; con la temperatura de ingestión de las comidas, como tampoco con el consumo de alcohol, o la ingestión sistemática de drogas (aspirina y otros fármacos).

118. INICIO DE REGISTRO DE TUMORES EN VIII REGION

Dr. Antonio Vila Tapia

(Servicio de Oncología, Hospital Grant Benavente, Concepción, y Hospital Naval, Talcahuano)

El cáncer es una enfermedad que afecta a toda la población, sin distinción de ningún tipo. Como aún no se conoce su etiología, es difícilmente previsible, por lo que al controlar otras patologías, el cáncer se mantiene o aumenta en incidencia.

En Chile ocupa el segundo lugar de causas de muerte desde hace varios años y las tasas de mortalidad van en ascenso.

La magnitud de este creciente problema, requiere de una política de Cáncer a nivel nacional. Uno de los pilares básicos y fundamentales es conocer en forma exacta su incidencia y mortalidad a nivel nacional.

El Ministerio de Salud, a través de los Departamentos de Estadística, viene registrando estos datos a partir de las hojas de egresos y certificados de defunción. Se sabe que estos adolecen de seguridad en algunos casos y de exactitud en otros, por lo que no deben considerarse como datos confiables, sino solamente como una orientación general.

En 1985, el Ministerio ha decretado la obligatoriedad a los médicos de notificar los casos de cáncer. Este ha sido un paso importantísimo en el estudio de las neoplasias malignas, pero para que su recolección y posterior estudio sea fructífero, este programa debe estandarizarse. Esto significa, por un lado, un lenguaje común, y por otro, normas claras y precisas de notificación.

Al hablar de recolectar los casos con cáncer, se refiere a Registro de Tumores. Estos han sido estudiados y realizados en muchos otros países del mundo y han surgido ciertas definiciones y recomendaciones que entregan organizaciones científicas internacionales, como OMS, UICC, AIRC (Asociación Internacional de Registros de Cáncer).

El objeto de esta presentación, no es hacer un análisis profundo de los Registros de Tumores, sino señalar algunos conceptos básicos generales y normas de estandarización adecuados a nuestro medio y que sean de utilidad en el conocimiento y planificación de políticas de cáncer.

En general los Registros de Cáncer, miden incidencia en una zona definida. Existen Registros de Hospital y de Población, cuyos objetivos y funciones son diferentes. El primero recolecta los casos en un solo Centro Hospitalario, mientras que el de Población recolecta en un territorio geográfico bien definido. El ideal son los Registros de Hospital, que gradualmente se convertirán en Registros de Población y, más tarde, en Registros Sectoriales para, finalmente, establecerse Registros Nacionales. Los Registros de Hospital se mantendrán siempre, ya que son la base de la información de los demás Registros y, además, porque cumplen otras funciones de carácter interno en cada hospital.

Los Registros deben cumplir una serie de características, una de las cuales es imprescindible: la uniformidad de los datos. Existen dos datos a recoger que son la topografía y la morfología del tumor. Para esto, existe la clasificación recomendada por la OMS que satisface estos requisitos, llamada Clasificación Internacional de Enfermedades en Oncología (CIE-O). Esta Clasificación está codificada y además se relaciona con la Clasificación Histológica Internacional de Tumores y con la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE). En relación a esta última puede transcribirse de la CIE-O o la CIE, pero no viceversa.

En cuanto a los datos a recoger, es conveniente que en un inicio sean sólo los fundamentales y recomendados por la Agencia Internacional de Registros de Cáncer (IACR).

Estos se dividen en datos del Registro, de identificación personal, del tumor y del segui-

miento (follow-up).

En 1984 se inició el Registro de Tumores de Hospital del Hospital Naval de Talcahuano. De los datos a registrar, sólo la ocupación no se ha podido consignar, dado que es un dato que requiere un interrogatorio de anamnesis remota y con conocimientos onco-epidemiológicos.

A continuación se señalarán normas de este Registro y del Proyecto de Registro de Tumores de Hospital, del Hospital Clínico Regional G.G.B. de Concepción, la Metodica del Registro y la Descripción de los 13 Items de la Hoja de Notificación Semanal de Tumores (Tabla 1).

Tabla 1
Items Hoja de Notificación Semanal de Tumores
Item

1. Fecha
2. Nº Historia Clínica
3. Nombre
4. Nº de Identificación Personal
5. Sexo
6. Fecha de Nacimiento
7. Residencia
8. Localidad
9. Comuna
10. Localización del Tumor
11. Morfología
12. Fecha del Diagnóstico
13. Identificación del profesional.

119. CANCER LARINGEO EN CHILE. ANALISIS DE LA MORTALIDAD 1970-1983

Dr. Luis Martínez Oliva, Srs. Humberto Guadagno, Ximena Vázquez y Mónica Sáenz
(Escuela de Salud Pública, Universidad de Chile)

El cáncer laríngeo se encuentra estrechamente asociado al consumo de cigarrillos y alcohol, ambos de consumo frecuente en nuestra población, además se ha observado que ciertas exposiciones de tipo ocupacional aumentan el riesgo de presentar este tumor: asbesto y níquel.

En Chile, las defunciones por cáncer laríngeo representaron en 1983 el 0,15% de todas las defunciones y aproximadamente el 1% de los decesos por tumores malignos.

El presente trabajo analiza lo ocurrido con el riesgo de muerte por esta neoplasia desde 1970 a 1983 y la variación de este riesgo en relación a la edad, sexo y lugar geográfico. Se ha utilizado para tal objeto la información de mortalidad de los Anuarios de Defunción y Causas de Muerte del Ministerio de Salud y la información demográfica del Instituto Nacional de Estadísticas.

Los principales resultados muestran que la tasa de mortalidad ha aumentado en un 68% en el período estudiado, y el riesgo de muerte aumenta rápidamente a partir de los 45 años de edad, especialmente en los hombres.

El cáncer laríngeo es la neoplasia para la cual el sexo masculino presenta el riesgo más elevado en relación al sexo femenino: en 1983 el riesgo relativo para los hombres fue de 11,5.

En relación a las variaciones geográficas llama la atención el mayor riesgo de mortalidad en las Regiones I, II y XII, fenómeno que coincide con las variaciones geográficas de otros tumores que se asocian al hábito tabáquico.

120. FACTORES DE RIESGO PARA EL CÁNCER PULMONAR ESTUDIO DE CASOS Y CONTROLES

Dr. Luis Martínez Oliva y Srs. Mesabel Castillo, Mauricio Delgado, Nelson Flores y Dr. Rodolfo Paredes
(Escuela de Salud Pública y Departamento de Medicina Hospital Clínico,
Facultad de Medicina, Universidad de Chile)

El cáncer pulmonar primario constituye una de las principales localizaciones de neoplasia en nuestro país, ocupando el segundo lugar en los hombres y el quinto en las mujeres.

La literatura menciona como factor de riesgo preponderante al hábito de fumar, específicamente cigarrillos, pero deben tenerse en cuenta, además, otros factores etiológicos potenciales: exposición ocupacional, contaminación ambiental, irradiación, etc.

En Chile los estudios epidemiológicos descriptivos han precisado el aumento de la tasa de mortalidad por este tumor en las últimas dos décadas, el mayor riesgo de los hombres y una peculiar variación geográfica de la tasa de mortalidad, encontrándose los riesgos más elevados en aquellas provincias donde existen faenas mineras y hay antecedentes de contaminación arsenical.

Con el objeto de comprobar si algunas de las características descriptivas anotadas se presentan a nivel individual, realizamos un estudio de casos y controles.

Se estudiaron los antecedentes contenidos en la ficha clínica de 85 pacientes con cáncer pulmonar, histológicamente comprobado, atendidos en el Hospital Clínico de la Universidad de Chile entre 1979 y 1983. Para cada caso se seleccionaron dos controles pareados por edad y sexo, correspondientes a pacientes del Servicio de Medicina del mismo hospital.

Se analizaron los siguientes factores: hábito de fumar, hábito de beber, profesión o actividad laboral y sitio de nacimiento. Cada uno se analizó para el total de cánceres pulmonares y separadamente para los tipos histológicos Kreyberg I (incluye epidermoides y de células pequeñas) y Kreyberg II (incluye adenocarcinomas y otros).

Para cada factor estudiado se determinó la razón de disparidades, como una estimación del riesgo relativo y su 95% de límites de confianza de acuerdo al método de Mantel-Haenszel, utilizando programa para calculadora Hewlett-Packard 67.

Los resultados muestran que el hábito de fumar se asocia a un riesgo relativo de 4,42 ($LI = 2,43 - LS = 8,03$) para cualquier tipo histológico.

Para los tumores Kreyberg I el riesgo relativo es 4,47 ($LI = 2,19 - LS = 9,12$), para Kreyberg II el riesgo relativo es 3,14 ($LI = 1,38 - LS = 7,18$).

En relación al hábito de beber no encontramos un mayor riesgo en ninguno de los grupos histológicos; de igual manera no se encontró un riesgo relativo asociado al hecho de haber nacido en regiones que los estudios descriptivos han señalado como de mayor riesgo.

Finalmente, al agrupar las profesiones u oficios de los casos y controles en dos grandes categorías: expuestas y no expuestas, se determinó un riesgo relativo de 2,91 ($LI = 1,65 - LS = 5,12$).

Este trabajo es el primer estudio analítico observacional en cáncer pulmonar con pacientes chilenos y ha permitido parcialmente corroborar la importancia del hábito de fumar en el origen de este tumor; igualmente plantea la necesidad de seguir inquirendo con esta metodología, la participación de otros factores que pueden dar cuenta de las variaciones encontradas en estudios descriptivos.

121. PREVALENCIA DE LAS ENFERMEDADES NEUROLÓGICAS EN SANTIAGO METROPOLITANO

Drs. Aída Kirschbaum, Vivian Abarca, César Acevedo, Jorge Alfaro, Manuel Carrasco, Juan C. Cárdenas, M. Chomali, Raúl Dinatort, Victoria Fabrè, Luis Fernández, Miriam Gelman, Vicente Gutiérrez, Munir Hazbún, Carmen Meléndez, Loreto Michea, Tamara Montero, Mariano Moreno, Alejandro Opazo, Gerardo Rosero, Neurólogos Drs. N. Chiofalo, O. Olivares, G. Alvarez, D. Flores, B. Valenzuela, A. Fuentes y J. Madsen. Asesores: Dr. B. Shoenberg, (NIH, Bethesda) y R. González; (OPS). (Escuela de Salud Pública)

Se trata de un estudio de prevalencia de las Enfermedades Neurológicas en una muestra aleatoria de 7.195 habitantes, representativos de la Población de Santiago Metropolitano. Esta muestra fue elaborada por el Instituto Nacional de Estadísticas a partir del pre-censo realizado para el XV Censo de Población y IV de Vivienda del país.

Las definiciones de las Enfermedades Neurológicas fueron suministradas por las autoridades correspondientes de la OPS/OMS después de la Reunión de expertos en Caracas (8-13 Agosto 1983) (1).

Las variables dependientes exploradas fueron: Epilepsia y Convulsión Febril, Enfermedad Cerebro-Vascular, Isquemia Transitoria, Neuropatía Periférica, Parkinson, Demencia, Tumor Cerebral (2), Migraña (3), Cefalea (3), Retardo Psicomotor, Trastornos del Lenguaje, Trastornos del Aprendizaje o Trastorno Deficitario de la Atención y Enuresis (4).

La prevalencia de subgrupos se determinó según diversas variables independientes, especialmente según edad y sexo. 19 estudiantes de la carrera de Medicina fueron seleccionados y entrenados en aula y en terreno para realizar una encuesta mediante entrevista y examen neurológico en el hogar del encuestado, interviniendo en el adiestramiento un Epidemiólogo, Neurólogos de adultos y Neuropediatras.

El instrumento utilizado fue un formulario estandarizado, precodificado y validado por expertos de la OMS en Ginebra. Fue traducido por el Epidemiólogo y probado en las personas de 35 hogares de la Región Metropolitana, lo que permitió corregir algunos términos haciéndolos más comprensibles para la población y uniformar los criterios. El 12% de las encuestas realizadas fue reencuestado por otros cinco encuestadores para evaluar la consistencia de los hallazgos de los primeros. El Epidemiólogo revisó todas y cada una de las encuestas para corregir errores y en algunos casos el hogar fue visitado nuevamente.

Resultados

Se encuestaron y examinaron 7.195 personas; noventa personas no pudieron ser examinadas por las siguientes razones: 21 rehusaron el examen; 4 fallecieron en el período que duró la encuesta y 65 no pudieron ser ubicadas porque cambiaron domicilio o de localidad, lo que corresponde al 1,3% de la muestra. De los 7.195 encuestados, 812 fueron considerados enfermos neurológicos que después del examen clínico por neurólogos expertos, se redujeron a 737, lo que da una tasa de prevalencia de 102,4 por mil. Las 75 personas descartadas corresponden a falsos positivos, lo que da un valor predictivo positivo del tamizaje de 90,8%. La razón Hombre/Mujer fue de predominio femenino con 0,73:1.

La religión de los encuestados fue Católica en 89%, Protestante 7%, Judía 1%, y otras, 3 por ciento.

Las actividades desempeñadas por los encuestados fueron: Lactantes y Preescolares 9,2%, Escolares 24,8%, Dueñas de Casa 22,7%, Obreros 18,2%, Comerciantes 3,9%, Artesanos 1,8%, Profesores 1,1%, Agricultores 0,1%, Otros (Profesionales, Independientes, etc.) 15,0%, Ignorado 3,2%.

La Epilepsia se observó en 122 casos con una tasa de prevalencia de 17,0 por mil habitantes. En la encuesta hubo 8 falsos positivos lo que corresponde a un valor predictivo positivo de 90,8%. Presenta un ligero predominio masculino con una razón Hombre/Mujer de 1,03:1. En la niñez es de predominio masculino con una razón de 1,1:1; de 15 a 29 años el predominio es femenino con una razón de 0,88:1. Desde los 30 años es de predominio masculino con una razón de 1,2:1.

Las Convulsiones Febriles correspondieron a 41 casos con una tasa de 38 por mil. (Poblar. encuestada del grupo de edad dado por la definición = 1.075 niños) con predominio masculino de 1,3:1; con dos casos falsos positivos en la encuesta, el valor predictivo positivo fue 95,3%.

La Enfermedad Cerebro Vascular corresponde a 43 casos, con una tasa de 6 por mil; se observó desde los 25 años de edad con predominio entre 45 y 64 años, edades entre las cuales se presentó el 48% de los casos.

El análisis por sexo reveló un predominio femenino de 0.67:1. Hubo 2 casos falsos positivos por lo que el valor predictivo positivo de la encuesta fue 95,3%. La Isquemia transitoria se observó en 21 casos con una tasa de 2,9 por mil; con predominio femenino de 0.72:1. Hubo un paciente falsopositivo lo que le da un valor predictivo positivo de 95,5%. Las Neuropatías Periféricas se observaron en 119 casos con una tasa de 16,5 por mil y predominio femenino en toda edad: de 0.8:1 en el grupo de 0 a 14 años; 0.6:1 en los grupos de 15 a 19 y de 50 y más, y el grupo de 30 a 49 años presentó un mayor predominio de 0.3:1. Hubo 6 casos falsos positivos en la encuesta, lo que representa un valor predictivo positivo de 95,2%. La Enfermedad de Parkinson se observó en 14 casos con una tasa de 1,9 por mil y predominio masculino con una razón de 1.33:1. No se observaron casos antes de los 25 años. De 25 a 44 años el 10 por ciento de los casos; de 45 a 64 el 42%; de 65 a 74, el 35% y de 75 y más, el 13%. En la encuesta hubo 2 casos falsos positivos lo que da un valor predictivo positivo de 87,5%. La Demencia se presentó en 15 casos con una tasa de 2,1 por mil y predominio masculino de 1.13:1. Hubo un caso falso positivo, lo que da un valor predictivo positivo de 93,8%. Los Tumores Cerebrales se presentaron en 12 casos con una tasa de 1,7 por mil con marcado predominio femenino y una razón de 0.19:1, o sea, 5,25 mujeres por cada hombre. Los Tumores enconrados fueron Meningiomas, Microadenomas de Hipófisis y Tumores del ángulo Ponto Cerebeloso. El 50 por ciento se observó entre los 25 y 44 años. No hubo casos falsos positivos por lo que el valor predictivo positivo de la encuesta fue de 100%. La Migraña se presentó en 107 casos con una tasa de 14,9 por mil con predominio femenino en todos los grupos de edad. En el grupo de menores de 15 años es de 0.75:1; en el de 15 a 29 años es de 0.51:1; en el grupo de 30 a 49 se observó el máximo predominio femenino con una razón de 0.27:1, y en el grupo de 50 y más, 0.54:1. En la encuesta hubo 6 casos falsos positivos lo que da un valor predictivo positivo de 94,7%. La Cefalea se observó en 138 casos con una tasa de 19,2 por mil y predominio femenino en toda edad, más marcado de 15 a 49 años. En menores de 15 años, el predominio femenino fue de 0.5:1. De 15 a 29 años, 0.19:1; de 30 a 49, 0.27:1 y de 50 años y más, 0.35:1. Hubo 15 casos falsos positivos lo que da un valor predictivo positivo de la encuesta de 90,2%. El Retardo Psicomotor se observó en 46 casos con una tasa de 6,4 por mil y un predominio femenino de 0.75:1, no hubo falsos positivos, lo que da un valor predictivo positivo de 100%. Los Trastornos del Lenguaje se presentaron con una tasa de 5,8 por mil (10 casos en 1.720 personas de 4 a 16 años) con predominio masculino de 2.1:1. Hubo 3 casos falsos positivos en la encuesta lo que da un valor predictivo positivo de 76,9%. Los Trastornos del Aprendizaje se presentaron en 28 pacientes de 7 a 16 años, con una tasa de 20.6 por mil (1.360 encuestados), con predominio masculino de 1.6:1. Hubo 2 pacientes falsos positivos con un valor predictivo positivo de 93,3%. La Enuresis se presentó en 10 casos entre los 5 y 18 años (1.590 personas) con una tasa 6,3 por mil, con predominio masculino de 1.5:1. No hubo falsos positivos, lo que da un valor predictivo positivo de 100%.

Conclusiones

En una muestra aleatoria representativa de Santiago Metropolitano de 7.195 personas se encontraron 737 casos de Enfermedades Neurológicas con una tasa de 102,4 por 1.000 habitantes. Las tasas por causa específica se presentan en la Tabla 1.

Referencias

1. W.H.O. Neuroepidemiology Protocol. 1983.
2. Vinken, P. J. and Gw. Bowyn. Handbook of Clinical Neurology. V. 16.
3. Pearce. Modern Topics in Migraine. London. William Heineman Medical Books, 1975. p. 173.
4. O.M.S. D.S.M. III, 1980.

TABLA Nº 1

**CAUSAS ESPECIFICAS DE MORBILIDAD NEUROLOGICA
TASAS POR 1.000 HABITANTES**

Causas Específicas	Tasas por 1.000
Epilepsia	17,0
Convulsiones Febriles	38,1
Enfermedad Cerebrovascular	6,0
Isquemia Transitoria (T.I.A.)	2,9
Neuropatías Periféricas	16,5
Enfermedad de Parkinson	1,9
Demencia	2,1
Tumores Cerebrales	1,7
Migraña	14,9
Cefalea	19,2
Retardo Mental	6,4
Trastornos del Lenguaje	5,8
Trastornos del Aprendizaje	20,6
Enuresis	6,4
Totales	102,4

122. EGRESOS HOSPITALARIOS POR ENFERMEDADES DEL SISTEMA NERVIOSO Y DE LOS ORGANOS DE LOS SENTIDOS, CHILE 1982

Drs. Aída Kirschbaum, May Chomali, Miriam Gelman y Miguel Irrázaval
(Escuela de Salud Pública, Universidad de Chile)

Los egresos hospitalarios del Sector Público corresponden a cerca del 90% de las camas hospitalarias del país y de ellas se cuenta con registro; de aquí que un estudio de prevalencia realizado sobre los egresos totales del país corresponde a una muestra representativa de la patología que se hospitaliza.

Durante el período 1961 a 1981, los egresos aumentaron en 418.604, que al examinarse por grupos de causas, se comprueba que hubo un aumento general con excepción de Síntomas y Mal Definidas que disminuyó en 37%. Las Enfermedades del Sistema Nervioso y Organos de los Sentidos, cuyos egresos nos interesan, aumentaron en ese período en 64%.

Resultados

En 1982 estos egresos correspondieron a 27.073, de los cuales 10.666 corresponden a Enfermedades del Sistema Nervioso con una tasa de mortalidad hospitalizada de 92,9 por 100.000, 10.565 corresponden a Enfermedades de los Ojos con una tasa de 91,4, y 5.842 a Enfermedades del Oído, con una tasa de 50,9.

Al analizar este grupo de Enfermedades por sexo, se aprecia que las proporciones para damas y varones son muy similares, con un predominio de 4,6% de la tasa de los varones, que es de 241,4 y la de las damas, 230,8.

El análisis por grupos de edad demuestra que la tasa más alta la presentan los menores de 1 año con 549,3 por 100.000. Disminuye a 209,4 en el grupo de 1 a 14 años, a 152,8 en el de 15 a 24 años, a 216,2 en el grupo de 25 a 64 años, y vuelve a ascender en el grupo senescente a 700,6 por 100.000.

El análisis de estas patologías hospitalizadas, por sexo y grupos de edad presenta predominio masculino en todos los grupos, con la mayor diferencia de tasas de 28,9% en el menor de 1 año; en el grupo de 1 a 14, la diferencia es de 18,3%; de 15 a 24, de 10%, de 25 a 64, de 0,5 por ciento, para volver a aumentar en el grupo senescente con una diferencia de tasas de 5,2%. Debido al gran número de causas específicas en este grupo, presentaremos el análisis separado de los Egresos por Enfermedades del Sistema Nervioso, Ocular y Oído. Entre los egresos por Enfermedades del Sistema Nervioso ocupa el 1er. lugar en importancia relativa la Epilepsia, con una tasa de 37,5 por 100.000. El 2º lugar corresponde a Meningitis con una tasa de 11,1. Estos dos diagnósticos acumulan poco más del 50% del total de causas de egresos por Enfermedades del Sistema Nervioso. En 3er. lugar se ubican otros Síndromes Paralíticos, con una tasa de 6,4. El 4º lugar corresponde a Otras Afecciones del Encéfalo con una tasa de 5,8. El 5º, la Parálisis Cerebral Infantil con una tasa de 4,7. El 6º y 7º lugar: Trastornos de los Nervios Craneales. Otras Degeneraciones Cerebrales con tasas de 3,1 y 3,0 respectivamente. Con estos 7 rubros se acumula el 77% de las causas de egresos por este tipo de causas. En el resto de las causas analizadas destacan la Enfermedad de Parkinson con 1,9 por 100.000; la Jaqueca, que ocupa el 14º lugar con 1,1, la Esclerosis en Placa con una tasa de 0,8 por 100.000, ocupando el 19º lugar.

Con respecto a las Enfermedades de los Ojos, el 1er. lugar lo ocupa la Catarata, con una tasa de 28,9 por 100.000; 2º el Glaucoma, con una tasa de 12,1; 3º el Estrabismo y otros Trastornos de los movimientos binoculares, con una tasa de 10,8. Estos tres diagnósticos representan más del 50% de los egresos por Enfermedades de los Ojos. El 4º lugar corresponde a los Trastornos de la Córnea con una tasa de 9,0, y el 5º, los Trastornos de la Retina, con una tasa de 8,1 por 100.000, acumulándose con estos diagnósticos el 75% de las causas de egresos por patología ocular.

Con respecto a los egresos por Enfermedades de los Oídos, la tasa más alta corresponde a la Otitis Media Supurativa, con una tasa de 30,4, representando casi el 60% del total de causas de egresos por Enfermedades de los Oídos. El 2º lugar lo ocupa Otros Trastornos del Oído Medio y Mastoides, con una tasa de 4,4; 3º el Síndrome Vertiginoso y Otros Trastornos del Sistema Vestibular, con una tasa de 3,7. Estos tres diagnósticos acumulan el 75% de los egresos por Enfermedades de los Oídos. El 4º y 5º lugar corresponde a Otros Trastornos del Oído y Otitis Media no supurativa y Trastornos de la Trompa de Eustaquio, con tasas de 3,1 y 3,0 respectivamente.

vamente.

En el análisis por causa específica y sexo, se puede observar que para ambos sexos la 1ra. causa es Epilepsia, con una tasa de 42,3 para varones y 32,8 para damas. El 2º lugar en ambos sexos corresponde a las Meningitis, con una tasa de 12,9 para varones y 9,3 para las damas. El 3er. y 4º lugar para los varones corresponde a Otros Síndromes Paralíticos y Otras Afecciones del Encéfalo, con tasas de 7,8 y 6,3 respectivamente; este orden se invierte para las damas con tasas de 5,2 y 5,1 respectivamente. El 5º lugar para ambos sexos corresponde a Trastornos de los Nervios Craneanos con tasas de 5,0 y 4,4 para varones y damas respectivamente. El 6º, 7º, 8º y 9º lugar para los varones corresponden a Otras Degeneraciones Cerebrales, Hemiplejía, Catalepsia y Narcolepsia, y Parálisis Cerebral Infantil, con tasas de 3,5; 3,0, 2,9 y 2,3 respectivamente. Para las damas estos lugares los ocupan la Parálisis Cerebral Infantil, Otras Degeneraciones Cerebrales, la Hemiplejía y la Mononeuritis de la Extremidades, con tasas de 3,9; 2,5; 2,4 y 2,1 respectivamente.

Estas enfermedades del Sistema Nervioso presentan una tasa global de 101,7 para los varones y 84,2 para las damas. El predominio femenino sólo se observa en la Parálisis Cerebral Infantil, la Mononeuritis de las Extremidades, la Jaqueca, Otros Trastornos del Sistema Nervioso, Otras Afecciones Extrapiramidales y la Esclerosis en Placa.

El análisis de los Egresos por Enfermedades del Sistema Nervioso, por causas específicas y grupos de edad, permite establecer que en el grupo menor de 1 año, con una tasa global de 357,5 por 100.000, la 1ra. causa es la Meningitis con una tasa de 203,7 y la 2a. la Epilepsia con una tasa de 43,7. El 3er. lugar lo ocupa Otras Degeneraciones Cerebrales con una tasa de 33,5. El 4º y 5º lugar corresponden a Otras Degeneraciones Cerebrales y la Parálisis Cerebral Infantil, con tasas de 26,2 y 14,2.

En la niñez (1 a 14 años) la tasa más alta la ocupa la Epilepsia con una tasa de 34,7 y el 2º lugar lo ocupa la Parálisis Cerebral Infantil con una tasa de 12,3. Las Meningitis aparecen como 3a. causa con una tasa de 11,5. La 4a. causa corresponde a Otras Afecciones del Encéfalo con una tasa de 5,4 y la 5a. Otros Síndromes Paralíticos con 3,8. La tasa global para este grupo de edad es 85,7 por 100.000. En el grupo de 15 a 24 años, la Epilepsia es la 1ra. causa con una tasa de 45,2. La 2a. causa Otros Síndromes Paralíticos con una tasa de 4,6. Las Meningitis ocupan el 3er. lugar con 3,7 y el 4º y 5º lugar, Otras Afecciones del Encéfalo y Otros Trastornos del Sistema Nervioso con tasas de 3,0 y 1,6. La tasa global de los adolescentes es de 74,0 por 100.000.

La Epilepsia sigue siendo la 1ra. causa de egreso entre los adultos con una tasa de 37,0. El 2º lugar lo ocupan Otros Síndromes Paralíticos con una tasa de 8,3. El 3º, 4º y 5º lugar corresponden a Otras Afecciones del Encéfalo, Trastornos de los Nervios Craneanos y las Meningitis, con tasas de 5,1; 4,4 y 4,2 respectivamente. La tasa global de egresos para los adultos es de 86,7 por 100.000.

La Epilepsia continúa siendo la 1ra. causa de egresos del grupo senescente con una tasa de 25,0. El 2º lugar, la Hemiplejía con una tasa de 16,3. El 3º, 4º y 5º lugar lo ocupan los Trastornos de los Nervios Craneanos, la Enfermedad de Parkinson y Otros Síndromes Paralíticos con tasas de 15,8; 15,3 y 14,7 respectivamente. La tasa global para los senescentes es de 133,2. Cabe destacar que la tasa global más alta de Egresos por Enfermedades del Sistema Nervioso lo presenta el menor de 1 año.

En el grupo menor de 1 año sólo tienen predominio femenino los Trastornos de los Nervios Craneanos, Otros Síndromes Paralíticos, Otros Trastornos del Sistema Nervioso y la Distrofia Muscular. El resto es de predominio masculino. Estos diagnósticos de predominio femenino continúan presentándolo en todas las edades, agregándose en el grupo de 1 a 14, Otras Afecciones Piramidales y los Abscesos Intracraneeos e Intrarraquideos. En el grupo adolescente se agrega al predominio femenino La Esclerosis en Placa. Entre los adultos el predominio femenino se expresa además en la Mononeuritis de las Extremidades y Jaquecas. Entre los senescentes sólo son de predominio femenino los Trastornos de los Nervios Craneanos, la Distrofia Muscular y la Jaqueca.

Con respecto al análisis de las Enfermedades de los Ojos por causa y grupos de edad, en los menores de 1 año, la 1ra. causa corresponde a los Trastornos de la Conjuntiva con una tasa de 25,1. El 2º lugar lo ocupan los Trastornos del Aparato Lagrimal con una tasa de 7,3. El 3er. lugar corresponde a los Trastornos de los Párpados, 4º lugar, el Estrabismo y otros Trastornos de los Movimientos binoculares, y 5º lugar, los Trastornos de la Córnea. La tasa global para este

grupo de edad es 61,9 por 100.000. Para el grupo de 1 a 14 la 1ra. causa es el Estrabismo con una tasa de 27,2. En 2º lugar, este grupo presenta los Trastornos de los Párpados, en 3er. lugar los Trastornos de la Córnea, en 4º lugar la Catarata y 5º, los Trastornos de la Conjuntiva. La tasa global para este grupo es de 56,9 por 100.000. Para los adolescentes, la 1ra. causa de egreso también es el Estrabismo, siendo 2º los Trastornos de la Córnea y 3º los Trastornos de la Retina. Este grupo tiene una tasa de 30,7 por 100.000.

En el adulto y en el senescente la 1ra. causa de egresos hospitalarios por Enfermedades de los Ojos es la Catarata y la 2a. es el Glaucoma. En el adulto, el 3er. lugar lo ocupan los Trastornos de la Retina, que ocupan el 4º lugar en los senescentes. El 3er. lugar en el grupo senescente corresponde a los Trastornos de la Córnea.

Con respecto a las Enfermedades del Oído, desde el grupo menor de 1 año hasta los 64 años, el 1er. lugar lo ocupa la Otitis Media Supurativa. En los senescentes el 1er. lugar corresponde al Síndrome Vertiginoso, siendo la 2a. causa la Otitis Media Supurativa. En los adultos, el Síndrome Vertiginoso ocupa el 2º lugar. En el grupo de 1 a 14 años la 2a. causa son Otros Trastornos del Oído Medio y Mastoides y en el adolescente el 2º lugar corresponde a la Otitis Media no Supurativa y Trastornos de la Trompa de Eustaquio.

Según sexo, el predominio de las tasas globales es femenino en los grupos de 15 a 64 años y masculino en los menores de 1 año, de 1 a 14 años y en los senescentes.

TABLA Nº 1

**EGRESOS HOSPITALARIOS POR ENFERMEDADES DEL SISTEMA NERVIOSO
Y ORGANOS DE LOS SENTIDOS. TASAS POR 100.000 HBTS.
CHILE 1982**

	Egresos		
	Nº	%	Tasa
Enfermedades del Sistema Nervioso	10.666	39,4	92,9
Enfermedades de los Ojos	10.565	39,0	91,4
Enfermedades de los Oídos	5.842	21,6	50,9
Total	27.073	100,0	235,7

TABLA Nº 2

**EGRESOS HOSPITALARIOS POR ENFERMEDADES DEL SISTEMA NERVIOSO
Y ORGANOS DE LOS SENTIDOS SEGUN SEXO: TASAS POR 100.000 HBTS.
CHILE 1982**

Sexo	Egresos			
	Nº	%	Razón H:M	Tasa
Hombres	13.711	50,6		241,4
Mujeres	13.362	49,4		230,8
Total	27.073	100,0	1.02/1	235,7

123. ESTUDIO EPIDEMIOLOGICO DE LAS ENFERMEDADES DEL SISTEMA NERVIOSO Y ORGANOS DE LOS SENTIDOS. DEFUNCIONES

Drs. Aída Kirschbaum, May Chomali, Miriam Gelman y Miguel Irrázaval
(Escuela de Salud Pública, Universidad de Chile)

Presentamos un estudio de prevalencia de Enfermedades Neurológicas y de los Organos de los Sentidos en todas las defunciones ocurridas en el país, en 1982, lo que constituye el propósito del presente estudio.

En 1981, las Enfermedades Neurológicas constituyeron el 5º grupo de causas de la Mortalidad Infantil Tardía con una tasa de 0,5% por 100.000 hbs. En el grupo de 5-14 años de edad fue el tercer grupo de causas de mortalidad con una tasa de 4,1 por 100.000 hbs., después de los Tumores Malignos con una tasa de 5,5 y los Traumatismos y Envenenamientos con 26,3 por 100.000 habitantes. Desde 1945 hasta 1981 estas defunciones han disminuido en 69,6% (de 3.301 a 1.002), siendo la principal causa de este descenso la disminución de las muertes por Meningitis (1).

El objetivo específico de nuestro estudio es determinar la magnitud del problema de las Enfermedades Neurológicas y de los Organos de los Sentidos en el total de defunciones del país durante el año 1982 y su distribución según sexo, edad y causas específicas.

Material y Método

Se revisaron todos los certificados de defunción extendidos en el país en 1982, seleccionando aquellos con los diagnósticos que corresponden a los números 320 a 389 de la CIE 9ª Revisión (2). Los datos se vaciaron en un formulario precodificado para facilitar su tabulación. La unidad de análisis está constituida por el certificado de defunción con el diagnóstico de Enfermedad Neurológica y de los Organos de los Sentidos, estudiando el universo para tales diagnósticos. La variable dependiente está constituida por estas enfermedades y las variables independientes consideradas fueron el sexo y los grupos de edad.

Resultados

Las defunciones por Enfermedades Neurológicas y de los Organos de los Sentidos en Chile durante 1982, corresponden a 947, con una tasa de 8,2 por 100.000 hbs. De predominio masculino, con una tasa de 9,6 para el hombre y 6,9 para la mujer, lo que representa 1,4 hombres por mujer. Esta información se presenta en la tabla 1.

El análisis de las defunciones por grupos de edad demuestra que la tasa más alta la presenta el grupo menor de un año, con 56,8 por 100.000 hbs. La tasa decrece durante la niñez, adolescencia y edad adulta, para volver a ascender en el grupo de 65 y más años con 36 por cien mil hbs., información que se presenta en la tabla 2.

Si se analizan las tasas de mortalidad por sexo y grupos de edad, se observa que el predominio masculino se hace más marcado con la edad con 2,3% de diferencia de las tasas por sexo en los menores de 1 año, hasta 11,5% de diferencia en las tasas de los adultos, lo que se presenta en la tabla 3.

Respecto a causas específicas, el primer lugar en importancia relativa lo ocupan las Meningitis, enfermedades de causa infecciosa que presentan una tasa de mortalidad de 1,8 por cien mil hbs., seguidas de la Epilepsia con igual tasa de mortalidad. El tercer lugar en importancia relativa lo ocupa la enfermedad de Parkinson con una tasa de 0,7 por 100.000 hbs. Estos tres primeros diagnósticos acumulan más de la mitad de las defunciones por enfermedades del Sistema Nervioso. El cuarto, quinto y sexto lugar en importancia relativa corresponde a las defunciones por Enfermedades de la Médula Espinal. Otras Afecciones del Encéfalo y otros Síndromes Paralíticos, respectivamente, con una tasa de 0,5 por 100.000 hbs. c/u. Estos diagnósticos corresponden a poco menos de tres cuartos del total de causas.

El séptimo lugar en importancia relativa corresponde a Hemiplejía y el octavo a la Parálisis Cerebral Infantil, ambas con una tasa de 0,4 por 100.000 hbs. cada una.

Los lugares noveno, décimo, undécimo y duodécimo lo ocupan Otras Degeneraciones Cerebrales, las Encefalitis, Mielitis y Encefalomielitis, el Absceso Intracraneano e Intrarraquídeo y la Esclerosis en placa, alcanzando con estos diagnósticos el 92,7 del total de defunciones, con

una tasa de 0,3 por 100.000 hbts. para el primero de los diagnósticos de este grupo y 0,2 por 100.000 hbts. para cada uno de los otros. La tasa global de mortalidad para las enfermedades del Sistema Nervioso fue de 8,0 por 100.000 hbts.

Considerando separadamente las Enfermedades de los Organos de los Sentidos, la primera causa de defunción fue la Otitis Media Supurada con dos tercios del total de muertes y una tasa de 0,2 por 100.000 hbts. El segundo y tercer lugar lo ocupan las defunciones por Trastornos del Aparato Lagrimal y Trastornos del Oído Externo, alcanzando con estos diagnósticos el 80,8 por ciento del total de causas, con una tasa de 0,2 cada una; completan el 100% de las causas de defunción, el Glaucoma, la Catarata, la Mastoiditis, Inflammaciones del Párpado y Otros Trastornos del Oído Medio, con una tasa de 0,01 por 100.000 hbts. La tasa global de mortalidad por Enfermedades de los Organos de los Sentidos fue de 0,2 por 100.000.

La primera causa específica de defunción para los varones es Epilepsia, y la segunda causa, Meningitis. En las mujeres se invierte la importancia relativa de estas dos primeras causas. Las tasas para los varones son de 2,3 por 100.000 hbts. para cada una de las dos primeras causas. En las mujeres es de 1,4 para la Meningitis y 1,2 para la Epilepsia. El tercer lugar en ambos sexos lo ocupan las defunciones por Enfermedad de Parkinson con una tasa de 0,9 para los varones y 0,6 para las mujeres. El cuarto lugar en importancia relativa corresponde a las defunciones por Enfermedades de la Médula Espinal para los varones con una tasa de 0,7 y Otras Afecciones del Encéfalo para las mujeres con una tasa de 0,5. El quinto lugar para ambos sexos está constituido por las defunciones por Otros Síndromes Paralíticos con una tasa de 0,5 para los varones y 0,4 para las mujeres. El sexto lugar corresponde a Otras Afecciones del Encéfalo para los varones y las Enfermedades de la Médula Espinal para las damas con una tasa de 0,4 para cada uno. El séptimo lugar corresponde a Hemiplejia, en ambos sexos con una tasa de 0,4 para cada uno. De las tasas específicas sólo tienen predominio femenino las Otras Afecciones del Encéfalo y la Parálisis Cerebral Infantil; esta última ocupa el octavo lugar entre los varones y el noveno entre las damas. La primera causa de defunción por Enfermedad de los Organos de los Sentidos es la Otitis Media Supurada en ambos sexos, con una tasa de 0,2 para los varones y 0,1 para las mujeres. El segundo lugar para los varones lo ocupan los Trastornos del Aparato Lagrimal con una tasa de 0,03. La tasa global de mortalidad de este subgrupo de defunciones por enfermedades de los Organos de los Sentidos es de 0,3 para los varones y 0,2 para las mujeres.

La tasa más alta del lactante es Meningitis con 39,4. El segundo lugar lo ocupan las Afecciones de la Médula y Otras Degeneraciones Cerebrales con una tasa de 2,9 cada una. El tercer lugar lo ocupan Otras Afecciones del Encéfalo con una tasa de 2,6. La tasa global de los menores de un año es 55,0 por 100.000 hbts. En el grupo de 1 a 14 años la tasa más alta también la tienen las Meningitis con 1,3 por 100.000 hbts. El segundo lugar lo tiene la Epilepsia, con 1,0 y el tercer lugar lo ocupa la Parálisis Cerebral Infantil con 0,9. La tasa global es de 4,8 por 100.000 hbts. En el grupo de 15 a 24 años la primera causa es la Epilepsia con una tasa de 1,1. El segundo lugar lo ocupan las Meningitis, Otras Afecciones del Encéfalo y Abscesos Intracraneales e Intrarraquídeos, todos con una tasa de 0,3 cada uno. En el grupo de Adultos la primera causa es la Epilepsia con una tasa de 2,2. El segundo lugar lo ocupan las Meningitis y las Afecciones de la Médula con una tasa de 0,7 cada una. El tercer lugar lo ocupa la Enfermedad de Parkinson, Otras Afecciones del Encéfalo y otros Síndromes Paralíticos, con 0,4 cada uno. La tasa global del grupo es 6,1 por 100.000 hbts. En el grupo de 65 y más la tasa más alta la presenta la Enfermedad de Parkinson con 10,5 y el segundo lugar lo ocupan las Hemiplejias con 5,9. El tercer lugar lo ocupan otros Síndromes Paralíticos con una tasa de 5,0. El cuarto lugar lo ocupa la Epilepsia con una tasa de 3,3. La tasa global del grupo es 35,4 por 100.000 hbts.

Las defunciones por enfermedades de los Organos de los Sentidos analizadas según causa y grupos de edad, para el menor de 1 año, presenta una tasa de 1,1 para la Otitis Media Supurada en primer lugar. El segundo lugar lo ocupan los Trastornos del Oído Externo y la Mastoiditis. La tasa global para este grupo es de 1,8 por 100.000 hbts. En otros grupos de edad la Otitis Media continúa siendo la primera causa con tasas más bajas que en el menor de 1 año.

En el grupo menor de 1 año, el predominio es masculino para la tasa del grupo total. Este predominio se expresa en la tasa de Meningitis, Epilepsia y Enfermedades de la Médula Espinal. En el grupo de 1 a 14 años, la tasa global es también de predominio masculino, que se debe a las mayores tasas de Meningitis, Encefalitis, Mielitis y Encefalomielitis. En el grupo de 15 a 24 años la tasa global es de predominio masculino con tasas mayores para este sexo en Meningitis, Epi-

leptia, Parkinson, Encefalitis, Enfermedades de la Médula Espinal, Parálisis Cerebral Infantil y Mielitis y Encefalomielitis. En el grupo de 25 a 64 años el predominio sigue siendo masculino, sólo son de predominio femenino la Parálisis Cerebral Infantil y Otras Degeneraciones Cerebrales. En el grupo de 65 años y más el predominio global es masculino y sólo son de predominio femenino Otras Afecciones del Encéfalo y la Esclerosis en placa. Con respecto a las defunciones por Enfermedades de los Organos de los Sentidos según causa específica, sexo y grupo de edad, el predominio de las tasas globales es femenino en el grupo de los menores de 1 año y en el grupo de 65 años y más.

TABLA Nº 1
DEFUNCIONES POR ENFERMEDADES DEL SISTEMA NERVIOSO
Y ORGANOS DE LOS SENTIDOS SEGUN SEXO Y GRUPOS DE EDAD
CHILE 1982

Defunciones						
Grupos de edad (en años)	Hombres		Mujeres		Razón H:M	% de Diferencia
	%	Tasa	%	Tasa		
— 1	14,7	57,4	19,0	56,2	1.1:1	2,3
1 — 14	15,6	4,9	19,8	4,7	1.1:1	4,3
15 — 24	10,1	4,6	9,3	3,1	1.5:1	48,4
25 — 64	37,1	8,6	24,8	4,0	2.2:1	115,0
65 y más	22,5	45,5	27,1	29,1	1.1:1	56,3
Total	100,0	9,6	100,1	6,9	1.4:1	39,1

TABLA Nº 2

**DEFUNCIONES POR ENFERMEDADES DEL SISTEMA NERVIOSO
Y ORGANOS DE LOS SENTIDOS SEGUN GRUPOS DE EDAD
CHILE 1982**

Grupos de Edad (en años)	Defunciones		Tasa x 100.000
	Nº	%	
— 1	156	16,5	56,8
1 — 14	164	17,3	4,8
15 — 24	92	9,7	3,9
25 — 64	301	31,8	6,3
65 y más	230	24,7	36,0
Total	943	100,0	8,2

124. ESTUDIOS DE LA REALIDAD DEL SENESCENTE: ANCIANOS INSTITUCIONALIZADOS

Psicol. Heliette Saint Jean, Enf. Sylvia Suárez y Psicol. Asriel Cohen
(Escuela de Salud Pública y Departamento de Enfermería, Facultad de Medicina, Universidad de Chile)

Este trabajo pertenece a una línea de investigación que denominamos: "Estudio de la realidad del senescente". La investigación se realizó en un centro geriátrico del Área Oriente de la Salud. Se trata de una investigación docente donde participan, además de los autores, alumnos de Enfermería de la Universidad de Chile y del Instituto Profesional de Osorno y forma parte del curso: "Metodología de la investigación".

Su propósito es conocer un centro geriátrico, sus condiciones e infraestructura; las características generales de los pacientes atendidos, y las condiciones de salud de los pacientes institucionalizados, entre Julio y Agosto de 1984.

Se sorteó una muestra aleatoria sistemática de una población de 210 internos y 19 hospitalizados para rehabilitación. La muestra quedó constituida por 68 pacientes, 30 hombres y 38 mujeres entre 40 y 94 años.

Se elaboraron 3 instrumentos de acuerdo a los objetivos. Se usó la entrevista.

La institución seleccionada para este estudio se financia con el aporte del Ministerio de Salud (34.659.000 en 1982) y el 60% de las pensiones de los pacientes asegurados.

En esta institución se cuenta con 29 profesionales, 10 funcionarios, 34 voluntarias y 3 P.E.M. El edificio se puede considerar inadecuado por lo antiguo (adobe) y la rigidez de los espacios diseñados.

El ingreso de pacientes es similar al egreso (en 1982 fue de 126). Las causas determinantes del ingreso en nuestra muestra son preferentemente económicas (33,8%), familiares (27,9%) y problemas de salud que se agregan a los anteriores, fundamentalmente arterioesclerosis, traumatismos y problemas propios de la edad. En cuanto al egreso, las causas son, en su mayoría, fallecimiento y ocasionalmente medidas disciplinarias.

La institución se preocupa prioritariamente de la sobrevivencia de los asilados y de la rehabilitación de los hospitalizados.

La atención profesional está orientada a resolver problemas de salud cuando se considera necesario.

La mayoría del grupo estudiado proviene del área Metropolitana (86%) incluyendo 16 pacientes que provienen de otras instituciones u hospitales. El 90% aparece acogido al sistema pre-visional. Una alta proporción pertenece a la categoría de solteros o viudos. Sólo el 4,4% tenía pareja en el momento del estudio. El 60% lee y escribe, un 23,5% es analfabeto. Informa tener una profesión u oficio el 14% de ellos.

La interacción con el exterior es escasa; el 13% sale a casa de familiares y el 1,5% a lugares públicos, aunque más de la mitad de este grupo estaría en condiciones de realizar esta actividad. Reciben visitas sólo el 30% de los pacientes estudiados.

Dentro del estado de salud se pudo apreciar que el nivel nutricional es adecuado en la mayoría. Las condiciones físicas son regulares o malas en el 37,4% y las psíquicas de más de la mitad del grupo, estarían en las mismas categorías.

Analizando las patologías físicas predominantes por sistema biológico, encontramos que el 57,3% presenta alteraciones del S.N.C.; 10,7% del aparato locomotor; 9,3% de los órganos de los sentidos; 8% del aparato circulatorio, 6,7% del respiratorio; 5,3% del endocrino y 2,7% presentan compromiso renal. Además, el 17,7% ha sido sometido a intervenciones quirúrgicas, 9,5% presenta hipertensión y 8,1% accidentes vasculares. La prevalencia de TBC, cáncer o enfermedades transmisibles es baja. En relación a enfermedades nutricionales aparecen: 5,4% diabetes, 4,1% por ciento, anemias y desnutrición y 2,7% , obesidad. En el examen dental se aprecia que el 68,8 por ciento ha perdido su dentadura y el 16,6% presenta dientes cariados.

Según los datos obtenidos se puede observar que con los recursos actuales resulta difícil mejorar la calidad de vida del senescente asilado, considerando la prevención del deterioro orgánico (control sistemático de salud), prevención del deterioro psíquico (actividades recreativas y laborales) y prevención del aislamiento social (actividades de convivencia interna e intercambio con el mundo externo; paseos, visitas, interacción familiar y social). Es necesario tomar en cuenta el precario nivel socioeconómico de los pacientes, su escasa escolaridad, además de su edad y que la mayoría carece de un nexo importante como es la relación de pareja.

125. EL ANCIANO HOSPITALIZADO; VARIABLES PERSONALES Y CONDICIONES AL INGRESO Y AL ALTA. SERVICIO DE MEDICINA HOSPITAL CLINICO UNIVERSIDAD DE CHILE. 1983

Enf. Edith Cornejo y Srs. Carolina Herrera, Jaime Horta, Eugenio Olea, Dra. Gianna Gatti, T.E. Verónica Botteselle y Enf. Edita Peña.
(Escuela de Salud Pública, Universidad de Chile)

La situación de salud de las personas de 65 años y más es un fenómeno que adquiere cada vez más importancia. Diferentes autores se han preocupado de identificar y cuantificar la estructura de la morbilidad por la cual el anciano consulta, se hospitaliza o fallece. El trabajo que se presenta forma parte de un estudio que se inició con la descripción de los promedios de días según morbilidad de los senescentes egresados del Hospital Clínico de la Universidad de Chile y que continuará relacionando la permanencia en la institución con algunos hechos ocurridos durante la misma. En esta oportunidad se presenta la fase descriptiva de dicha investigación. Para tal efecto se tomó una muestra aleatoria estratificada del total de egresos de 65 años y más del Servicio de Medicina del Departamento de Medicina del Hospital Clínico de la Universidad de Chile entre el 1º de Enero y 31 de Diciembre de 1983, quedando constituida por 232 egresos. La información se obtuvo de la ficha clínica respectiva.

Resultados

En la tabla 1 se describe al grupo estudiado según algunas variables epidemiológicas. Las edades promedios en los tres grupos de edad son similares en ambos sexos. Es mayor la proporción de hombres casados que mujeres las que, como era de esperar, presentan porcentajes mayores de viudez. Entre el 67,0% y el 86,0% eran beneficiarios del S.S.S. Sólo un tercio de los hombres y el 18,0% de las ancianas del grupo de 65 a 74 años pertenecían a FONASA.

El dato, "con quién vive" no aparecía registrado en un alto porcentaje de fichas, no obstante, cabe destacar que los más jóvenes de ambos sexos, 65 a 74 años, viven "solos" en proporciones bajas. Más de la mitad de los hombres y casi la mitad de las mujeres de este grupo de edad viven con "alguna persona", proporción que es bastante menor en el grupo de 75 a 84 años. La proporción de hombres de 85 años y más que vive "solo", es mayor que la de las mujeres de la misma edad.

En ambos sexos, y a cualquiera edad, dos tercios y más ingresa al Hospital por el Servicio de Urgencia, proporción que aumenta con la edad. De acuerdo al estado de conciencia al ingreso, la mayor proporción a toda edad y en ambos sexos, estaba consciente y orientado en tiempo y espacio. Con alteraciones de conciencia, la cuarta parte de los hombres jóvenes y algo más de la quinta parte de los de 75 a 84 años. La proporción de mujeres de esta edad, con algún compromiso de conciencia, fue inferior. En el grupo de 75 años y más, en ambos sexos, aproximadamente la mitad no deambulaba al momento del ingreso. Entre el 20 y 30% de hombres y mujeres, respectivamente, de 65 a 74 años, se desplazaba sin necesidad de ayuda, proporción que disminuye en los más añosos. El 40% de éstos requiere ayuda.

El peso normal al ingreso fluctúa entre el 10%, mujeres de 85 años y más, y el 41,7%, varones de 65 a 74 años. Los enflaquecidos aparecen en mayor proporción entre los 75 años y más; la obesidad es una característica que aparece notoriamente más en las mujeres.

La tendencia es abandonar el Hospital "mejorado", considerado como tal cuando se solucionó la causa de ingreso. La proporción de fallecidos masculinos oscila entre 10 y 38,8%, y femeninas entre 13 y 60%, aumentando con la edad.

Las mujeres tienen los promedios de días de estada más altos a toda edad, los que van disminuyendo al aumentar ésta; el grupo más añoso en ambos sexos presenta los promedios de estada más bajos, 12 y 15 días.

La mayoría sólo ha tenido una hospitalización anual (65 a 90%), los más jóvenes en ambos sexos tienen en mayor proporción tres y más hospitalizaciones en el año.

En la tabla 2 se presentan las causas inmediatas de hospitalización de los ancianos en estudio, ordenadas según las 10 primeras importancias relativas que concentran el 70% del total de egresos analizados. Como la mayoría ingresó por el Servicio de Urgencia, el motivo pudo ser uno o más síntomas o un diagnóstico definido; éstos se han agrupado para su presentación.

Algo más de un quinto ingresó al Hospital por un Angor, Hipertensión Arterial, Insuficiencia Cardíaca, Cardiopatía Coronaria o Edema Pulmonar Agudo, constituyéndose estos dos diagnósticos en la primera causa a toda edad. La segunda importancia relativa global, y en el grupo de 75 años y más, la ocupan las Neumopatías Agudas, ubicación que en los más jóvenes es compartida por el EBOC, AVE y Hemorragias del Tracto Gastrointestinal, las dos primeras en proporciones semejantes al grupo más añoso.

TABLA Nº 1

**DISTRIBUCION PORCENTUAL DE LAS CARACTERISTICAS Y CONDICIONES
AL INGRESO Y AL ALTA DE ANCIANOS.
SERVICIO DE MEDICINA. HOSPITAL CLINICO UNIVERSIDAD DE CHILE 1983**

	Hombres			Mujeres		
Principales Características de los Ancianos	65 - 74 n = 60	75 - 84 n = 36	85 y más n = 7	65 - 74 n = 69	75 - 84 n = 50	85 y más n = 10
Edad Promedio Años	69,0	79,3	89,1	69,6	79,0	89,0
Estado Civil:						
Soltero	5,0	11,1	14,3	10,1	16,0	20,0
Casado	68,3	47,2	42,8	34,8	24,0	0,0
Viudo	18,3	22,2	28,6	46,4	44,0	60,0
Previsión:						
S.S.S.	66,7	72,3	71,4	75,4	86,0	70,0
Fonasa	33,3	11,1	14,3	18,8	8,0	20,0
Con quién vive:						
Solo	5,0	11,1	42,8	4,3	6,0	0,0
Cónyuge	33,3	14,2	14,3	8,7	10,0	0,0
Otro familiar	21,7	5,4	28,6	40,6	22,0	60,0
Vía Ingreso:						
S. Urgencia	61,7	66,7	85,7	65,2	78,0	80,0
Cons. Externo	31,7	22,2	0,0	31,9	18,0	20,0
Conciencia al Ingreso:						
Consciente orientado	70,0	55,5	42,8	72,5	60,0	80,0
Somnoliento-Obnubilado	16,7	16,7	28,6	13,2	16,0	10,0
Sopor-Coma	10,0	5,6	0,0	4,3	4,0	0,0
Consciente Desorientado	3,3	22,2	28,6	10,0	20,0	10,0
Capacidad Motora al Ingreso:						
No deambula	36,7	50,1	42,8	17,4	50,0	50,0
Deambula con ayuda	13,3	19,4	42,8	17,4	28,0	40,0
Deambula sin ayuda	20,3	16,7	14,4	30,7	18,0	0,0
Estado Nutritivo al Ingreso:						
Eutrófico	41,7	30,6	28,6	36,2	28,0	10,0
Enflaquecido	31,7	44,5	71,4	29,0	38,0	70,0
Obeso	13,3	16,6	0,0	33,3	30,0	20,0
Condición al Alta:						
Fallece	10,0	38,9	28,6	13,1	22,0	60,0
Igual al Ingreso	21,7	27,8	14,3	24,6	32,0	20,0
Mejorado	68,3	39,3	57,1	62,3	46,0	20,0
Promedio de Estadía	22,2	24,8	12,2	26,2	24,7	15,0
Concentración Hospitalaria/Año						
1	65,0	80,5	85,7	57,4	74,0	90,0
2	21,7	19,5	14,3	26,1	18,0	10,0
3	13,3	0,0	0,0	14,5	8,0	0,0

TABLA Nº 2

**MOTIVO DE INGRESO DE SENESCENTES A LA INSTITUCION.
DIEZ PRIMERAS IMPORTANCIAS RELATIVAS SEGUN EDAD
SERVICIO DE MEDICINA. HOSPITAL CLINICO UNIVERSIDAD DE CHILE. 1983**

Motivos de Ingreso	65 - 74 años		75 y más años		Total	%
	Nº	%	Nº	%		
I. Angor, Cardiopatía. Coronaria, Hipertensión Insuficiencia Cardíaca	25	19,4	26	25,2	51	22,0
II. Neumopatías Agudas	7	5,4	11	10,6	18	7,8
III. Enfermedad Bronquial Obstructiva Crónica	9	7,0	8	7,8	17	7,3
IV. Accidente Vascular Encefálico	9	7,0	7	6,8	16	6,9
V. Hemorragia Tracto Gastrointestinal (Melena, Hematemesis, H.D.A.)	9	7,0	5	4,9	14	6,0
VI. Neurológico Psiquiátrico (Epilepsia, Psicosis Aguda, Tetraparesia)	7	5,4	3	2,9	10	4,3
VII. Diabetes Mellitus	7	5,4	3	2,9	10	4,3
VIII. Alteraciones del Ritmo (Flutter B.A.V.)	7	5,4	3	2,9	10	4,3
IX. Hepatobiliares (Cirrosis, Ictericia) Obstructiva	5	3,9	4	3,9	9	3,9
X. Infarto Agudo Miocardio	3	2,3	4	3,9	7	3,0
Otras	41	31,8	29	28,2	70	30,2
Total	129	100,0	103	100,0	232	100,0

126. ESTRUCTURA DE LA MORBILIDAD DEL PACIENTE DE 65 AÑOS Y MÁS EN EL ÁREA METROPOLITANA SUR-ORIENTE, CENTRO DE DIAGNÓSTICO Y HOSPITAL CLÍNICO DE LA PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CHILE

Enf. Mercedes Concha, Dra. Aída Kirschbaum y Prof. Ilse López
(Universidad Católica de Chile y Escuela de Salud Pública, Facultad de Medicina, Universidad de Chile)

Objetivo

Describir la estructura de la morbilidad del paciente de 65 años y más, que fue atendido en los establecimientos del Servicio de Salud Metropolitano Sur-Oriente y de la Universidad Católica de Chile, durante 1982.

Metodología

Es un estudio descriptivo que se realizó por medio de una muestra aleatoria de la totalidad de las consultas y de los egresos. Se utilizaron las hojas de estadística de consulta diaria y egresos de hospitalizaciones.

Variables Descriptivas: Edad, sexo, previsión, establecimiento, causa específica (dada la polipatología existente, se considera el primer diagnóstico registrado), promedio días de estadía y condición al egreso.

Análisis de datos

1) Consultas: Del total de consultas del Servicio de Salud, el 14,1% correspondió para el grupo de 65 años y más; y el 14,02% en la Universidad Católica. En cuanto a la edad, el mayor número de atenciones se otorga a las personas de 65-74 años; en relación al sexo, no se observaron diferencias importantes. La morbilidad atendida está constituida en primer lugar, por causas circulatorias, siguiendo en importancia las respiratorias, endocrino-nutrición, osteo-musculares, digestivas y genito-urinarias, aunque con magnitud variable en ambas instituciones. Existe coincidencia en la hipertensión arterial como diagnóstico que causa mayor demanda de consultas; le sigue en orden de importancia la diabetes mellitus y bronquitis en el Servicio de Salud, y la artrosis y diabetes en la Universidad Católica. Con la edad aumentan las enfermedades circulatorias, respiratorias y mentales en los enfermos del Servicio de Salud; y en el Centro de Diagnóstico de la Universidad Católica sucede con las del tipo genito-urinarias.

2) Egresos según edad: En el Hospital Clínico, el mayor porcentaje se encontró en el grupo de 70-74 años; en el Sótero del Río se distribuyeron en forma esperada. De acuerdo al sexo, en la Universidad Católica se observó mayor frecuencia de varones entre 70-74 años; en el Sótero del Río no se apreciaron diferencias dignas de destacar. Los grupos de causas más importantes de egresos son las circulatorias y digestivas, tanto en el Sótero del Río, como en la Universidad Católica; de igual modo los diagnósticos de cardiopatías, patología biliar y hernias, son los más habituales dentro de sus respectivos grupos. En las causas respiratorias, la enfermedad bronquítica obstructiva crónica es la causa específica principal y el adenoma prostático entre las genito-urinarias para ambos hospitales.

Considerando la edad, se observa que las cardiopatías aumentan su frecuencia en los grupos mayores y disminuye la patología biliar y adenoma prostático, comportamiento similar para las dos instituciones. En el Hospital Dr. Sótero del Río, hay mayor número de AVE y fracturas, y en el Hospital Clínico lo hacen la EBOC, hernias y bloqueo aurículo-ventricular completo.

El 86,6% de los egresos del Hospital Dr. Sótero del Río pertenecen al S.S.S., proporción que se alcanza en la Universidad Católica entre beneficiarios de ex SERMENA y particulares.

Los promedios de estadía en el Hospital Dr. Sótero del Río son mayores que en la Universidad Católica: 11,5 y 6,9 respectivamente; tal situación se mantiene en Servicios Generales de Especialidades e Intensivos. Los egresos de 65 años y más conservan igual conducta a diferencia de los Servicios Intensivos que en promedio son casi tres veces mayor en la Universidad Católica.

Egresos fallecidos: La letalidad general es superior en el Hospital Dr. Sótero del Río y aún más para el senescente, 4,7 y 15,1. En la Universidad Católica es de 2,7 y 5,3 para el grupo que interesa. Las enfermedades circulatorias determinan mayor proporción de fallecidos en los dos servicios.

Conclusión

Al analizar los datos obtenidos, podemos observar que, a pesar de tratarse de poblaciones diferentes, hay similitud en frecuencia de demanda de atención ambulatoria, en los grupos de causas y causas específicas más importantes. Las diferencias encontradas, probablemente, están determinadas por las características de los servicios y los usuarios, pero sería necesario revisar criterios y medidas que pudieran dar pautas para buscar uniformidad en normas administrativas y docentes que mejoren la calidad de los registros.

TABLA Nº 1

**DISTRIBUCION PORCENTUAL DE LAS CONSULTAS
SEGUN LOS PRINCIPALES GRUPOS DE CAUSAS Y CAUSA ESPECIFICA
SERVICIO SALUD METROPOLITANO SUR-ORIENTE Y CENTRO DE DIAGNOSTICO U.C.**

	Serv. Salud Metropolitano S.O.			Centro Diagnóstico U.C.		
	Total	Causa Especifica		Total	Causa Especifica	
	%	% Grupo	% Total	%	% Grupo	% Total
1) Circulatorias	38,2			28,9		
Hipert. Arter.		77,8	29,7		42,5	12,3
Cardiopatías		16,2	6,2		11,5	3,3
2) Respiratorias	12,9			4,2		
Bronquitis		49,6	6,3			
EBOC		30,3	3,8		57,1	2,4
3) Endocr-Nutric.	12,9			7,7		
Diabetes Mell.		82,8	10,7		75,4	5,8
Obesidad		15,9	2,0		13,8	1,1
4) Digestivo	8,8			11,9		
Patol. Biliar		27,0	2,4		28,0	3,4
Gastritis		18,0	1,6			
5) Osteo Muscular	8,8			12,2		
Lumbago		34,0	3,0		11,7	1,4
Artrosis		26,0	2,3		50,5	6,2
Artralgia		26,0	2,3			
6) Mal Definidas	1,4			11,5		
7) Otras	17,0			23,6		
Total %	100,0			100,0		
No	1.130			841		

(*) 5. En la U.C. grupo de géinito urinario ocupó el 5º lugar en importancia relativa con 7,5% , siendo ADP la 1ra. causa específica de diagnóstico con una proporción de 39,7% dentro del grupo.

TABLA Nº 2

**DISTRIBUCION DE LOS EGRESOS HOSPITALARIOS
SEGUN LOS PRINCIPALES GRUPOS DE CAUSAS Y CAUSAS ESPECIFICAS
HOSPITALES DR. SOTERO DEL RIO Y CLINICO U.C. 1982**

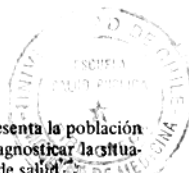
Grupos de Causas	Dr. Sotero del Río			Clínico U. C.		
	Total	Causa Especifica		Total	Causa Especifica	
	%	% Grupo	% Total	%	% Grupo	% Total
1) Circulatorias	24,3			30,1		
Cardiopatías		30,6	7,5		14,3	4,3
AVE		28,2	6,9		6,7	2,0
Infarto		5,9	1,4		12,6	3,8
2) Digestivas	21,9			18,0		
Patolog. biliar		27,3	6,3		25,3	4,6
Hernias		16,9	3,7		15,5	2,8
3) Tumores	12,3			12,9		
Gastro-Peritonitis		51,2	6,2		35,3	4,6
Génito-Urinario		32,6	4,0		35,3	4,6
4) Respiratorias	10,5			8,6		
EBOC		37,9	4,0		32,4	2,8
Neumopatía		24,3	2,5		20,6	1,8
5) Génito-Urinario	10,5			13,5		
ADP		70,3	7,3		47,2	6,3
IRC		18,9	2,0			
6) Mal Definidas	2,3			6,9		
7) Otras	18,2			10,0		
Total	100,0			100,0		
	351			394		

(*) En la U.C. la enfermedad Aorto-iliaca ocupó el 2º lugar entre la patología circulatoria, con 13,4% dentro del grupo y 4,1% en el total de las causas.

127. PATOLOGIA DEL SENESCENTE DE LA V. REGION. DEFUNCIONES Y EGRESOS

1983

Dra. Aída Kirschbaum
(Escuela de Salud Pública, Universidad de Chile)



En la etapa de transición demográfica, la V Región es una de las que presenta la población más envejecida del país. De aquí que es importante su preocupación por diagnosticar la situación de salud del senescente para una adecuada programación de las acciones de salud.

En este trabajo nos preocuparemos de determinar las causas de Defunción y de Egresos del grupo senescente de la V Región en comparación con lo ocurrido en esos rubros en el país en 1983, a partir de la información del Ministerio de Salud.

Resultados

En la V Región, durante 1983 se produjeron 8.635 defunciones que corresponden a 11,6 por ciento del total de defunciones ocurridas en el país. La tasa global de Mortalidad de 6,7 por 1.000 hbs. supera la del país en 4,7 por ciento. La distribución de las defunciones por sexo es de predominio masculino tanto en el país como en la V Región, siendo mayor la tasa de esta última en 10,4% para los hombres y 9,1 para las mujeres. El grupo senescente de la V Región, presentó 5.000 defunciones que corresponden al 12,6% del total de defunciones de la Región para este grupo de edad. La distribución por sexo del grupo senescente en la V Región tiene discreto predominio femenino con respecto al observado en las defunciones del senescente del país; sin embargo, las tasas son de predominio masculino tanto en el país como en la V Región. Las tasas de este grupo de edad en la V Región son 4,9% más bajas que las del grupo correspondiente de todo el país, siendo la tasa masculina sólo 0,7% más baja y la femenina lo es en 7,1%. Lo que se presenta en la tabla 1.

Si se analizan las defunciones del grupo senescente por causas específicas, los dos primeros lugares en importancia relativa corresponden a las Enfermedades del Aparato Circulatorio y los Tumores Malignos, al igual que en el total de Egresos del país y de la V. Región. Estos dos rubros tienen tasas superiores en la V Región con 34,1 y 20,7% de diferencia a favor de la V. Región, y en el grupo senescente también son más altas las tasas de la V Región con una diferencia de 1,3 y 4,9% mayores. El 3er. lugar en el grupo senescente de la V Región lo ocupan las Enfermedades Respiratorias que en el país, tanto en el total de defunciones como en los senescentes, ocupan el 4º lugar. La tasa de mortalidad de los senescentes de la V Región es 11,9 por ciento menor que la de los senescentes del país. Este rubro tiene tasas iguales en el total de defunciones del país y de la V Región.

Los Traumatismos y Violencias, que ocupan el 3er. lugar en el país y en la V Región, presentan una tasa 18,7% menor en esta última. Entre los senescentes del país, este diagnóstico ocupa el 6º lugar, y entre los de la V Región, el 5º con una tasa 10,6% menor.

En las Defunciones totales del país, el 5º lugar lo ocupan los Síntomas, Signos y Enfermedades Mal Definidas, con una tasa de 57,6 por 1.000 hbs. En el grupo senescente del país este diagnóstico ocupa el 3er. lugar. En cambio en la V Región, ocupa el 9º lugar con una tasa de 11,3 por 1.000 hbs., y en el grupo senescente, el 7º lugar con una tasa muy inferior.

Las Enfermedades Digestivas ocupan el 4º lugar en la mortalidad de los senescentes de la V Región con una tasa 1,6% mayor y el 5º lugar en la mortalidad de toda edad en la V Región, con una tasa 8,7% mayor.

El grupo senescente de la V Región tiene tasas mayores que el grupo correspondiente del país en las Enfermedades Genitourinarias, Osteomusculares, de la Sangre y de la Piel, información que se presenta en la tabla 2.

El predominio masculino de las defunciones de los senescentes de la V Región es algo más marcado que este predominio en el país en todos los grupos de edad: 1,3:1 en el país en toda edad; 1,2:1 en la V Región y en los senescentes: 1,4:1 en el país y 1,5:1 en la V Región.

En los senescentes de la V Región la mayoría de las causas específicas de defunción son de predominio masculino, especialmente las Enfermedades del Sistema Nervioso y Organos de los Sentidos, los Traumatismos, las Enfermedades Endocrinas, las de la Sangre y Organos Hematopoyéticos y los Tumores Malignos. En cambio, son de predominio femenino, las Enfermedades Osteomusculares y las de la Piel. Estos mismos predominios se observan en las Tasas de Morta-

lidad de la V Región aunque con proporciones diversas.

En los mayores de 65 años de la V Región las Causas Específicas predominantes de la defunción son: en las Infecciosas, la Tuberculosis, Infecciones Intestinales y la Septicemia. Entre los Tumores Malignos, el Gástrico, Pulmonar, Vesicular y de la próstata. Entre las Enfermedades de la Nutrición, la Diabetes. Entre las Enfermedades Circulatorias, el Infarto del Miocardio, la Enfermedad Cerebrovascular y la Insuficiencia Cardíaca. En las Respiratorias, la Bronconeumonía y la Bronquitis Crónica. En las Digestivas, la Cirrosis. En las Genitourinarias, Otros Trastornos de la Uretra y Aparato Urinario y la Hiperplasia Prostática. Entre los Traumatismos y Envenenamientos predominan los Efectos Tóxicos de sustancias ingeridas como alimentos.

Con respecto a los Egresos, la V. Región presenta el 12,1% del total de egresos del país con tasas de morbilidad hospitalizada de 113,2 por 1.000 habs., lo que representa 9,5% más que la tasa del país.

En el grupo senescente, la V Región hospitaliza el 15% del país con tasas 13,3% mayores que las correspondientes del país. En los egresos, el predominio es femenino con proporciones similares en el país y en la V. Región. En los senescentes el predominio proporcional es algo mayor en la V Región, en las mujeres; pero las tasas son mayores en 14,8% en los hombres y sólo en 13,5% en las mujeres.

Respecto a Causas Específicas, los lugares 1º al 4º en importancia relativa corresponden a las mismas patologías en el país y en la V Región: Digestivas, Respiratorias, Traumatismos. En el grupo senescente las Causas Específicas tienen importancias relativas diferentes, pero, en general son muy semejantes a las Causas Específicas de los senescentes del país: 1º, las circulatorias; 2º, las Digestivas; 3º, las Respiratorias; 4º, los Tumores Malignos; 5º, las Genitourinarias; 6º, los Traumatismos y 7º, las Infecciosas. La mayoría tienen tasas mayores en la V Región con excepción de las Respiratorias, los Traumatismos, las Enfermedades de la Sangre y las Mal Definidas.

TABLA Nº 1

**EGRESOS TOTALES Y DEL GRUPO SENESCENTE SEGUN SEXO. CHILE Y V REGION
TASAS POR 1.000 HABITANTES. 1983**

Sexo	Chile			V Región			
	Nº	%	Tasa	Nº	%	Tasa	% Dif.
Masculino	428.378	35,4	74,1	52.471	35,8	82,3	+ 11,1
Femenino	780.122	64,6	132,3	94.111	64,2	143,2	+ 8,2
Total	1.208.500	100,0	100,4	146.582	100,0	113,2	+ 9,5

65 AÑOS Y MAS

Sexo	Chile			V Región			
	Nº	%	Tasa	Nº	%	Tasa	% Dif.
Masculino	53.675	49,1	195,3	7.657	46,8	224,3	+ 14,8
Femenino	55.547	50,9	146,2	8.704	53,2	166,0	+ 13,5
Total	109.222	100,0	166,8	16.361	100,0	189,0	+ 13,3

128. UNA EXPERIENCIA DE INTERVENCION DE ENFERMERIA EN CLUBES DE ANCIANOS

Enf. Orieta Altamiras, Elcira Galdamez, María Angélica Meneses, María Nelly Valladares y Prof. Ilse López
(Departamento de Enfermería y Escuela de Salud Pública, Facultad de Medicina, Universidad de Chile)

Esta comunicación deriva de un programa de Extensión del Departamento de Enfermería de la Universidad de Chile que se está desarrollando desde 1982 y llevado a cabo por docentes de esta Unidad Académica que se reunieron ese año al producirse la fusión parcial de las tres Carreras de Enfermería de la Universidad de Chile existentes en el Área Metropolitana de Santiago.

Como una forma de extender la labor universitaria a un sector de la población que presentara mayor necesidad de atención de salud, se tomó contacto con el Departamento de Salud de la Municipalidad de La Reina, en donde se concretó el programa de extensión dirigido tanto al voluntariado de CONAPRAN La Reina, como a los senescentes asistentes a 5 clubes de ancianos de los que estas damas voluntarias están encargadas.

Los cinco clubes son: Alegría de Vivir, Loreley, Amistad, Nosedal y San Juan. Cada club tiene una encargada y tres o cuatro voluntarias colaboradoras, lo que permite organizar y ejecutar las actividades con los ancianos.

En estos clubes se pretende contribuir al desenvolvimiento social de los ancianos, fomentar las actividades culturales y capacitarlos para desarrollar actividades manuales.

Propósitos del Programa

Capacitar al voluntariado en la atención del senescente sano y/o enfermo, en la atención de primeros auxilios y en la prevención de accidentes en los senescentes.

Organizar el aspecto salud en los cinco clubes de ancianos.

Supervisar el sistema de organización del aspecto salud establecido en estos cinco clubes.

Educar a los senescentes en relación a los problemas de salud que los afectan.

Actividades Desarrolladas y Modalidad de Trabajo

La primera etapa de este programa estuvo dirigida a la capacitación del voluntariado a través de dos cursos:

El primero, a "La atención del senescente sano y/o enfermo", cuyo propósito central fue dar las herramientas necesarias para que las voluntarias logaran brindar una mejor respuesta a las necesidades de los senescentes. Se incorporó también, en su preparación, en forma sucinta, lo relacionado con patologías crónicas y el valor de su participación en el control del cumplimiento de las indicaciones médicas y de enfermería prescritas a los senescentes con algunas de estas afecciones y la pesquisa de síntomas o signos orientadores a algunas de estas patologías.

El segundo curso "Primeros Auxilios y Prevención de Accidentes" puso énfasis en los accidentes más comunes en la etapa de la senescencia y en sus medidas de prevención.

Cumplidas estas actividades se dio inicio a la segunda etapa: "Organización del aspecto salud de los cinco clubes de CONAPRAN La Reina".

Para el cumplimiento de esta etapa se requirió del nombramiento de una voluntaria coordinadora de salud para todos los clubes; del control de salud de los ancianos asistentes a los clubes y de la coordinación con el Médico Director y Enfermera Supervisora del Consultorio La Reina, con el fin de permitir el ingreso de los senescentes a los programas ya establecidos.

Para llegar a formular el diagnóstico de la situación de salud de los senescentes se orientó el trabajo con ellos como una investigación descriptiva y controlándose a 106 ancianos (los hallazgos son informados en otra publicación).

Se diseñaron dos instrumentos de recolección de datos: una ficha de control de salud y una tarjeta complementaria que incluyeron indicaciones médicas y de enfermería. Estos instrumentos fueron utilizados posteriormente en la creación de un tarjetero de control de salud.

Una vez capacitadas las voluntarias y realizado el control de salud de los ancianos se pudo llegar a la creación del Sistema de Organización del Aspecto de Salud para mantener a los ancianos bajo control tanto en los clubes como en los centros de salud.

Actualmente está en ejecución la tercera etapa que se ha denominado "Supervisión del Sistema de Organización del Aspecto Salud establecido en cinco clubes de CONAPRAN La Reina".

En esta fase el voluntariado inicia su acción en el sentido de controlar el cumplimiento de

las indicaciones médicas y de enfermería prescritas a los ancianos y mantener el sistema expedito para que los senescentes tengan acceso al Servicio de Salud.

Las Enfermeras Docentes cumplen tres tareas: una labor de supervisión y de evaluación con el fin de introducir los cambios necesarios para hacer el sistema cada vez más operacional; el control de salud a los senescentes que ingresan a los clubes y una acción educativa a los ancianos con el fin de responsabilizarlos en el mantenimiento de su salud.

Proyecciones

Se estima de gran importancia evaluar la efectividad de esta experiencia piloto, lo que se realizará a través de una investigación. Si realmente se ha logrado mantener el estado de salud de los ancianos y facilitar su atención en centros asistenciales, se estaría en condiciones de proponer ampliar esta experiencia a otras Municipalidades.

Como enfermeras y formadoras de profesionales, se considera que esta experiencia puede llegar a ser muy enriquecedora para los alumnos de la Carrera de Enfermería y se ha previsto su participación en este programa, de modo que éstos tengan una participación activa, conozcan de cerca los problemas que presenta el anciano que asiste a clubes y valoren la importancia que tiene una intervención de Enfermería en su relación de ayuda a este grupo etéreo.

129. ESTADO DE SALUD ORAL Y NECESIDADES DE TRATAMIENTO EN GRUPO DE SENESCENTES

Drs. Ana Bernal y Silvia Mella

(Asignatura de Odontología Preventiva y Social, Facultad de Odontología, Universidad de Chile)

Como consecuencia del gran desarrollo de la tecnología y de los avances en la medicina, la expectativa de vida del ser humano ha aumentado en el último tiempo.

En la literatura internacional han aparecido algunos estudios en el campo de la Odontología en relación a este grupo etario, especialmente en países de Europa y en EE.UU.

En nuestro medio no existen estudios publicados al respecto y existe un desconocimiento sobre los problemas bucales que padece este grupo poblacional, que en nuestro país ya alcanza a casi un 6%. Además, en la formación del estudiante de Odontología no se imparten conocimientos sobre geriatría odontológica. Por todo esto creemos necesario iniciar los estudios sobre morbilidad bucal del senescente. Las patologías orales en el anciano, según han descrito diversos autores, puede ser muy variada, se pueden presentar alteraciones en la mucosa oral, en las piezas dentarias, en los tejidos especializados como glándulas salivales y alteraciones de las funciones del sistema estomatognático.

Se efectuó un examen bucal en condiciones estandarizadas, y una entrevista estructurada. El total de senescentes examinados fue de 146, distribuidos en autovalentes, semivalentes y postrados, según clasificación médica previa. La investigación realizada es un estudio de casos constituidos por todos los ancianos residentes en 3 hogares de CONAPRAN. La unidad de análisis fue: cada persona de 65 años y más que vivían en los hogares elegidos para el estudio.

La tabla 1 muestra, por ejemplo, la distribución de senescentes según condición, y según se presenta o no alteración de la mucosa oral.

En relación a necesidades de tratamiento, éstas son variadas según la condición general del anciano y por la diversidad de patologías bucales. (Tabla 2).

TABLA Nº 1

DISTRIBUCION DE SENESCENTES QUE PRESENTAN ALTERACION DE LA MUCOSA ORAL SEGUN CONDICION

Presenta	Autovalente		Semivalente		Postrado		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
No	28	36,8	26	34,2	22	28,9	76	52,1
Sí	10	14,3	31	44,3	29	41,4	70	47,9
Total	38	26,0	57	39,0	51	34,9	146	100,0

Chi cuadrado = 9,69 $p < 0,05$

TABLA Nº 2

**DISTRIBUCION DE SENESCENTES SEGUN NECESIDAD DE
TRATAMIENTO PERIODONTAL Y CONDICION**

Trat. Periodontal	Autovalente		Semivalente		Postrado		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Nada	2	14,3	6	42,9	6	42,9	14	12,3
Instrucción Higiene Paciente	2	8,7	13	56,5	8	34,8	23	20,2
Instruc. Higiene al cuidador	1	2,6	19	50,0	18	47,4	38	33,3
Terapia Periodontal	7	50,0	3	21,4	4	28,6	14	12,3
Extracción Total	5	20,0	11	44,0	9	36,0	25	21,9
Total	17	14,9	52	45,6	45	39,5	114	100,0

Chi cuadrado = 20,29 $p < 0.05$

130. ACCIDENTES EN ESCOLARES DE SANTIAGO ACOGIDOS A UN SEGURO PARTICULAR CONTRA ACCIDENTES

Enf. Roser Casassas, Prof. Ilse López y Dra. María Inés Romero
(Escuela de Enfermería, Universidad Católica, y Escuela de Salud Pública, Universidad de Chile)

La importancia relativa de la tasa de mortalidad por accidentes ha aumentado en forma notoria en los últimos años, pero a pesar de esto aún se conoce poco sobre la epidemiología. Los niños, por sus características físicas y psicológicas, son muy vulnerables a sufrir accidentes. Es necesario conocer profundamente todos los factores que intervienen o influyen en los accidentes en las diferentes edades, para determinar acciones eficaces en su prevención. El objetivo de este estudio es analizar las características de los escolares accidentados, con seguro privado y algunos factores asociados a este riesgo.

Método

El estudio se realizó en escolares que consultaron por lesiones accidentales en el Servicio de Urgencia de una Clínica de Santiago con Seguro Particular contra Accidentes.

El total de escolares consultantes entre el 1º de Abril de 1982 y el 31 de Marzo de 1983, fueron 18.446, de los cuales se tomó una muestra aleatoria sistemática de 735 niños. Se analizó la primera consulta considerando: sexo, edad, tipos de colegio (mixto o de un solo sexo) del accidentado; lugar, fecha y circunstancia del accidente; diagnóstico y ubicación anatómica de la lesión; interconsultas, hospitalizaciones y concentración de consultas por accidentes.

Resultados

La tasa de accidentados según sexo fue significativamente mayor en los hombres, pero en ellos no hubo diferencia, según colegio. En las mujeres fue mayor en las de colegios mixtos.

La distribución de accidentados difiere significativamente según edad y sexo. Las consultas de las niñas son más frecuentes entre los 8 y 11 años y las de los hombres entre los 11 y 14 años. El tipo de colegio influye determinando diferencias significativas en la frecuencia de consultas por edad y sexo.

Se analizó el lugar y circunstancia del accidente, aunque estos datos no estaban registrados en todas las fichas.

"El colegio" ocupó el primer lugar, 39% en los mayores, pero la frecuencia disminuye a 14,3% en los más pequeños; en la "casa" ocurre a la inversa, en los menores de 6 años la frecuencia es de 35,7% y disminuye a 6,7% entre los 15 y 19 años. No se aprecian diferencias según sexo y tipo de colegio.

La mayoría de los accidentes se produjeron mientras el niño realizaba actividades recreativas, pero esto disminuye con la edad. A la inversa ocurre con deportes, que ocupó el segundo lugar de 2,3% en los pequeños y aumenta a 48,4% en los mayores.

Los diagnósticos varían en forma importante según sexo y edad. Las heridas son muy frecuentes en los hombres, con 25,3% contra 15,6 de las mujeres. Esguinces y contusiones aumentan con la edad, de 8,6 a 42,1% y de 10,7 a 30,8% respectivamente. Las heridas disminuyen de 46,6% a 11,3. En la ubicación de la lesión, la edad incluyó en forma importante: la ubicación en cabeza y cara ocupa el primer lugar, casi 53% en los menores de 6 años, disminuyendo a 15,35 por ciento en los de 15 a 19 años. Los otros segmentos corporales aumentan su frecuencia a medida que el niño crece. El sexo no influyó en esta variable.

La tasa de interconsultas por grupo etario fue mayor en los niños de 4 a 8 años. Por sexo fue doble en los hombres, en cambio en la concentración de consultas nuevas por año, no hubo diferencias por sexo.

Comentario y Discusiones

Lo fundamental en los accidentes es la prevención, pero la limitación más importante con que uno se encuentra para formular conclusiones válidas que permitan proponer acciones para evitar accidentes, es la falta de registros completos en todo lo relacionado con la circunstancia que rodea al accidente y lugar en que se produjo. Muchos escolares se accidentan en el colegio, pero se ignora en qué lugar y momento. ¿Son las condiciones físicas inadecuadas? ¿La exigencia en clase de gimnasia o deporte excede la capacidad del niño?

Los adultos deben tomar conciencia de que por las características del niño no siempre es posible evitarlos accidentes, pero hay que hacer los máximos esfuerzos para disminuir los peligros ambientales.

Hay que conocer la problemática a nivel local, ya que las condiciones varían y con ellas los factores de riesgos.

TABLA Nº 1

TASA DE PRIMERA CONSULTA DE NIÑOS INSCRITOS EN EL SEGURO ESCOLAR DE ACCIDENTES, SEGUN SEXO Y TIPO DE COLEGIO. 1982

Tipo de Colegio	Niños inscritos	Niños que Consultaron	Tasa de Consulta (%)
Sólo hombres	6.914	3.124	45,2
Sólo mujeres	12.577	3.990	31,7 *
Sub-total	19.491	7.114	36,5
Coeducacionales			
Hombres	14.632	6.697	45,8
Mujeres	12.238	4.635	37,9 *
Sub-total	26.870	11.332	42,2
Sub-total			
Hombres	21.546	9.821	45,6 *
Mujeres	24.815	8.625	34,8
Total	46.361	18.446	39,8

* diferencia estadísticamente significativa $p < 0,01$

TABLA Nº 2

**DISTRIBUCION DE DIAGNOSTICOS SEGUN EDAD
EN ESCOLARES ACOGIDOS A SEGURO PARTICULAR CONTRA ACCIDENTES
SANTIAGO, 1982**

Diagnóstico	Grupos de Edad											
	- 6		6 - 8		9 - 11		12 - 14		15 - 19		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Esguinces	5	8,6	32	20,8	74	34,4	75	40,8	67	42,1	253	32,9
Contusión	12	20,7	37	24,0	60	27,9	62	33,7	49	30,8	220	28,6
Heridas	27	46,6	48	31,2	43	20,0	23	12,5	18	11,3	159	20,6
Fracturas	5	8,6	21	13,7	23	10,7	9	4,9	12	7,6	70	9,1
Traumatismo Intracraneano	1	1,7	5	3,2	8	3,7	7	3,8	2	1,3	23	3,0
Quemaduras	1	1,7	—	0,0	1	0,5	3	1,6	5	3,1	10	1,3
Otros	7	12,1	11	7,1	6	2,8	5	2,7	6	3,8	35	4,5
Total	58	100,0	154	100,0	215	100,0	184	100,0	159	100,0	770	100,0

131. TRATAMIENTO AMBULATORIO DE NIÑOS QUEMADOS, EN EL SERVICIO DE URGENCIA DEL CONSULTORIO COLINA

Drs. María Cecilia Díaz, Vicente Sánchez, Rebeca Misle y Srs. Carlos Díaz y Antrop. Eduardo Sarué
(Consultorio Médico Municipal de Colina)

Hasta hace un año, una quemadura superficial de pequeña extensión, en niños tratados en el servicio de urgencia del Consultorio, invariablemente se complicaba, dejando huellas que no debieron quedar.

Se observó la técnica de curación realizada por auxiliares de enfermería supuestamente "entrenadas", constatando, en la curación siguiente, la infección en la mayoría de los casos. Lo anterior motivó el interés por mejorar el pronóstico del pequeño accidentado.

El propósito básico del estudio, fue constatar si al cambiar solamente la técnica de curación, mejoraría la evolución del paciente quemado.

Un objetivo secundario, pero no menos importante, consistió en conocer hasta qué punto la cultura local, a través de sus "tratamientos populares", modifican la evolución de una quemadura simple, y en qué porcentaje de nuestros pacientes se ponía en evidencia. Por último, cuantificar la magnitud del problema, hasta el momento desconocida.

Materiales y Métodos

Se analizaron prospectivamente 142 casos de niños quemados que consultaron al Servicio de Urgencia del Consultorio Colina entre Junio de 1984 y Julio de 1985. Se consignó fecha, lugar del accidente, sexo, edad, porcentaje y zona quemada, demora en la consulta, complicaciones al momento de la consulta y tratamiento previo recibido.

Se modificó la hoja usada en el Servicio de Quemados del Hospital Roberto del Río, diseñando un registro para seguimiento y control hasta el alta.

Se eliminó el "Tull-Grass" local (preparado en la farmacia del Consultorio, con una gasa de malla fina), reemplazándolo por Povidona y Poliuretano, las que se aplican sobre una zona cruenta previamente aseado con cetritane y suero fisiológico, eliminando la totalidad del tejido necrótico existente.

Se entrenó adecuadamente a las auxiliares de enfermería del servicio. Por la ausencia de médico en horario nocturno, ellas debían decidir la conducta a tomar en algunos casos. Por este motivo, se normó la citación de todos los pacientes a curación al cuarto día, salvo complicación.

Todo paciente fue visto en algún momento por médico, principalmente para su diagnóstico.

Resultados

Incidencia. Con una población de aproximadamente 4.500 niños bajo control en el Consultorio, y un total de 1.820 consultas de niños accidentados en un año, 142 corresponden a niños quemados de ambos sexos, lo que equivale al 7,8%.

Edad y sexo. (Tabla 1). Se observa un franco predominio del sexo femenino en todas las edades, concentrándose la mayoría de los casos entre 1 y 5 años de edad. Le sigue en importancia el grupo de 5 a 10 años.

Distribución en el tiempo. La mayor incidencia aparece en los meses de invierno (Julio, Agosto, Septiembre), con una franca disminución en los meses veraniegos (Tabla 2).

Causa. Lejos la más frecuente es el agua caliente (96 casos, 67,6%), de los cuales 68,7 por ciento corresponde a niños entre 1 y 5 años de edad, siendo un 54% de estos, mujeres. Con un porcentaje bastante menor, la segunda causa de quemaduras es el fuego (13 casos, 9,1 por ciento) (Tabla 2).

Sitio del Accidente. El 97,8% (139 casos) ocurrieron en el hogar, y de éstos el 90% en la cocina. En la mayoría de los casos (85%) el niño estaba en compañía de su madre en el hogar.

Demora en la Consulta. El 71,1% (101 casos) consultó antes de las 6 horas del accidente. Sólo 14 casos consultaron después de las 24 horas, constatándose en ellos infección como complicación inmediata.

Extensión y Profundización. Sobre el 90% de los casos corresponde a quemaduras superficiales A, AB (clasificación de BENAİM), no complicadas, con una extensión inferior al 5% de superficie corporal quemada. La localización más frecuente es en las extremidades, en los miembros superiores con mayor frecuencia.

Conclusiones

Aunque por falta de registros no pudimos comparar con los resultados del tratamiento realizado antes de nuestra intervención, es evidente que hemos logrado una excelente evolución de las lesiones. Sólo 12 casos (17%) se infectaron, constatando entonces contaminación de la Povidona. Esto se obvia con cultivos semanales de control.

Los casos de quemaduras de zonas especiales (cara, genitales, pliegues), o con más de 10 por ciento de superficie corporal quemadas (10), fueron derivados al Hospital Roberto del Río.

De los 12 pacientes infectados durante su evolución, 5 debieron ser derivados (a COANIQUEM por lo expedito de la atención), por falta de respuesta a nuestro tratamiento. El resto de los pacientes (127 casos: 89,4%), fueron resueltos por nuestro servicio, a los 7 días los del tipo A y a los 15 días los del tipo AB. Sólo se constató el tratamiento previo en 22 casos (15,4%) variando entre aceite, harina, pomadas desconocidas y papa rallada. El porcentaje es bajo y realmente la evolución de los casos en cuestión no fue distinta a las demás, dada la consulta precoz y aseo prolijo efectuado en la primera curación.

Las secuelas son mínimas, quedando en la mayoría de los casos sólo una zona de hipo o hiperpigmentación, o una cicatriz que posteriormente es manejada con compresión local, obteniendo buenos resultados.

TABLA Nº 1

**CONSULTA POR QUEMADURAS A SERVICIO DE URGENCIA
DEL CONSULTORIO COLINA SEGUN EDAD Y SEXO**

Edad	Hombres		Mujeres	
	Nº	%	Nº	%
0 - 6 meses	—	—	2	1,4
6 meses a 1 año	2	1,4	3	2,1
1 a 5 años	36	25,3	49	34,5
5 a 10 años	9	6,3	23	16,1
10 a 15 años	8	5,6	10	7,0
Total	55	38,6	87	61,1

TABLA Nº 2

**CONSULTA POR QUEMADURAS AL SERVICIO DE URGENCIA DEL
CONSULTORIO COLINA SEGUN AGENTE CAUSAL Y FECHA**

Mes	A g e n t e s				Total Nº %	
	Agua	Fuego	Aceite	Otros		
Enero	2	—	—	—	2	1,4
Febrero	2	—	—	—	2	1,4
Marzo	7	—	—	—	7	4,9
Abril	3	—	1	1	5	3,5
Mayo	8	1	—	1	10	7,0
Junio	3	3	—	3	9	6,3
Julio	16	4	1	4	25	17,6
Agosto	17	—	2	1	20	14,1
Septiembre	11	2	—	3	16	11,3
Octubre	12	—	—	3	15	10,6
Noviembre	17	—	1	—	18	12,7
Diciembre	9	3	—	1	13	9,2
Total (Nº — %)	107 (75,3)	13 (9,2)	5 (3,5)	14 (9,9)	142	100,0

132. CONTRIBUCION A LA EPIDEMIOLOGIA DE LA MUERTE VIOLENTA EN LA INFANCIA

Drs. Raquel Carrasco, María Inés Romero, Filberto Guerra, América González y Srs. Carlos Melo, Humberto Montecinos y Raúl Novoa
(Escuela de Salud Pública, Universidad de Chile y Servicio Médico Legal, Ministerio de Justicia)

Abordar la muerte violenta en el niño es una tarea compleja. El impacto que el fenómeno de la muerte determina en la familia y la comunidad se ve incrementado por el horrible hecho de ser, en muchos casos, una muerte que no debió ocurrir.

La magnitud del problema de accidentes y violencias en Chile, tercera causa de muerte con 13% del total, es superada sólo por Tumores Malignos y Enfermedades del Aparato Circulatorio.

En el grupo de menores de 1 año, su importancia relativa es mayor, alcanzando al 17%, sólo superado por las causas perinatales.

A fin de contribuir al conocimiento de las características de la muerte violenta en la infancia, se realizó el presente estudio. Se trata de un estudio descriptivo del total de autopsias del Servicio Médico Legal, realizadas en menores de 15 años durante 1983 en la Región Metropolitana. La información se obtuvo del protocolo de autopsia y se vació a tarjetas de perforación marginal para su análisis.

Objetivos

Los objetivos del estudio fueron los siguientes: Determinar las características de edad y sexo de los niños fallecidos por muerte violenta con peritaje tanatológico. Describir las características de la lesión según móvil (o etiología médico legal) y según causa de muerte. Establecer lugar de ocurrencia. Describir variación estacional.

Resultados

Los resultados más relevantes fueron los siguientes:

El 10,6% del total de pericias tanatológicas del Servicio Médico Legal, Región Metropolitana, correspondió a menores de 15 años, con un número de 408.

El 40,2% correspondió a menores de 6 meses y el 61,3% era de sexo masculino.

El tipo de muerte revela que el 57,8% es accidente doméstico y el 19,2%, accidente de tránsito.

Con respecto a causa, el 45,6% es sofocación por asfixia y/o aspiración, el 26,7% es por contusiones y traumatismos y el 13,2% inmersión/sumersión.

Destaca entre las muertes por sofocación, que éstas se dan en 66,8% en niños de 1 a 5 meses, siendo en este subgrupo la causa principal de muerte violenta.

La variación estacional revela un importante aumento en los meses de invierno determina, básicamente, por los accidentes domésticos.

Resultados como los presentados en este trabajo confirman la importancia de implementar programas de prevención que contribuyan a disminuir el número de estas muertes en buena medida "evitables".

TABLA Nº 1

**MUERTE VIOLENTA EN EL NIÑO. DISTRIBUCION POR GRUPOS ETARIOS Y SEXO
SERVICIO MEDICO LEGAL, REGION METROPOLITANA, 1983**

Grupo Etario	Masculino	Femenino	Total	
	Nº	Nº	Nº	%
0 - 7 días	7	7	14	3,4
8 - 27 días	10	8	18	4,4
28 días - 5 meses	78	54	132	32,4
6 - 11 meses	15	12	27	6,6
1 - 4 años	64	45	109	26,7
5 - 9 años	42	15	57	14,0
10 - 14 años	34	17	51	12,5
Total	250 61,3%	158	408	100,0

TABLA Nº 2

CAUSA DE MUERTE VIOLENTA EN EL NIÑO. DISTRIBUCION POR SEXO, 1983

Causa de Muerte	Masculino	Femenino	Total	
	Nº	Nº	Nº	%
Sofocación y asfixia por vómito	107	79	186	45,6
Contusiones y Traumatismos	68	41	109	26,7
Inmersión/Sumersión	44	10	54	13,2
Quemaduras	8	13	21	5,1
Electrocución/Irradiación	4	5	9	2,2
Intoxicación/Envenenamiento	6	3	9	2,2
Herida por Arma de Fuego	3	3	6	1,5
Herida por Arma Blanca	5	—	5	1,3
Ahorcamiento	2	1	3	0,7
No consignado	3	3	6	1,5
Total	250	158	408	100,0

133. ALGUNAS CARACTERISTICAS DE LOS HOMICIDIOS EN MENORES DE EDAD EN LA REGION METROPOLITANA

Drs. Mario Montecinos, Juan Carlos Terán y Nelson Vargas

(Departamento de Salud Pública, División Occidente, Facultad de Medicina, Universidad de Chile)

En el período 1982-1983, los homicidios estuvieron involucrados en un 6,2% de las defunciones del país, proporción que, en los menores de 21 años, se elevó a 9,2%.

Para ampliar la información relativa a esta patología médico-social, se realiza un estudio descriptivo de los homicidios necropsiados en menores de 21 años, entre 1980-1984 de la Región Metropolitana.

Los objetivos fueron describir la tendencia en el tiempo; establecer la proporción de homicidios correspondiente a menores de 15 y 21 años, calculando tasa promedio anual de homicidios necropsiados por edad y sexo en la Región Metropolitana. Además, se describen los homicidios en cuanto a estado civil, relación con alcoholemia, ocupación y tipo de arma homicida.

Material y Método

Entre 1980 y 1984, el Servicio Médico Legal del Área Metropolitana realizó 17.959 autopsias, correspondiendo a homicidios 1.327 (7,4%). De éstos, 346 fueron en menores de 21 años, consiguiéndose el protocolo en 337 casos. En todos hubo certeza del homicidio.

Las tasas de homicidios necropsiados para la Región Metropolitana se calcularon utilizando el promedio de los 5 años estudiados y las proyecciones de población del INE para 1982, año central del período.

El protocolo de la necropsia proporcionó información sobre fecha y hora del suceso, edad, sexo, ocupación y estado civil. Información sobre alcoholemia se obtuvo en 247 casos de un total de 284 víctimas mayores de 15 años. Esta determinación se practica, preferentemente, en el sexo masculino: el porcentaje de omisión de la alcoholemia alcanzó a 28,6% en mujeres y 11,8 por ciento en hombre (p. menos de 0,001).

La clasificación según arma empleada se hizo sin considerar las lesiones que pueden haber contribuido a la muerte, pero que no fueron la causa seleccionada por el legista para certificar el deceso.

Resultados

El número mensual de homicidios subió al avanzar el año, en particular en el segundo semestre y los últimos trimestres. Esta tendencia tuvo una excepción en las mujeres en el cuarto trimestre. La incidencia más alta se observó en Octubre (9,4 casos en promedio) y la más baja en Febrero (2,5 casos).

En lo relativo a días de la semana, el Sábado y el Domingo concentraron el 49,3% de los casos. En el curso del día, la ocurrencia presentó un alza brusca después de las 21 horas, para descender pasadas las 5 de la madrugada.

La tasa de homicidios necropsiados alcanzó a 5,95 por 100.000 para la población general; 10,3 entre 15 y 20 años y 0,8 bajo 15 años. La tasa más alta se observó en varones entre 15 y 20 (19,4) y la menor en mujeres de 0 a 14 años (0,7) (Tabla 1). Sólo 1/7 de los homicidios estudiados ocurrieron en mujeres.

En lo relativo a estado civil, entre 15 y 20 años la tasa alcanzó a 10,7 en los solteros y 4,6 en los casados para ambos sexos en conjunto.

Respecto a actividad u oficio, se obtuvo la información en 291 casos (86,4% del total). Las actividades más frecuentes fueron: obrero (32,7%), estudiante (18,2%), independientes (11,7%), y cesantes (9,6%).

En relación a procedencia, en un 95% de los casos analizados era urbana. La tasa de homicidios necropsiados fue de 3,41 por 100.000 en la población urbana y 4,41 en la rural.

Alcoholemia. Este examen fue positivo en el 59,9% de los casos en que se obtuvo la información sobre el particular. El porcentaje de positividad osciló entre un 40,0% en las mujeres y un 61,2% en los hombres. En estos se observó, además, un porcentaje mayor de alcoholemia de 1 g por mil o más (31,9 contra 13,3%). Sin embargo, las diferencias no fueron significativas (Tabla 2).

El arma homicida fue, en más de la mitad de los casos, un arma de fuego. En un tercio fue el arma blanca. Se observaron diferencias significativas entre ambos sexos en el uso de las armas blancas y contusas.

TABLA Nº 1

TASA DE HOMICIDIOS NECROPSIADOS* POR EDAD Y SEXO 1980-1984

Edad (Años)	Hombres	Mujeres	Total
0 - 14	0,8	0,7	0,8
15 - 20	19,4	1,5	10,3
0 - 20	6,0	0,9	3,5
Todas las edades	—	—	5,95

* = Por 100.000 habitantes

— = No calculado.

TABLA Nº 2

**NIVEL DE ALCOHOLEMIA POR SEXO, EN 247 HOMICIDIOS ENTRE 15 Y 20 AÑOS
SERVICIO MEDICO LEGAL 1980-1984**

Alcoholemia (g por mil)	Hombres		Mujeres		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
0 (Cero)	90	38,8	9	60,0	99	40,1
— 1	68	29,3	4	26,7	72	29,1
1 y más	74	31,9	2	13,3	76	30,8
Total	232	100,0	15	100,0	247	100,0
Sin Examen	31		6		37	

134. CONTRIBUCION A LA EPIDEMIOLOGIA DE LA MUERTE VIOLENTA EN LA ADOLESCENCIA

Drs. María Inés Romero, Raquel Carrasco, Filberto Guerra, A. Gallo, y Stas. Verónica Delgado y Edna Mancilla

(Escuela de Salud Pública, Universidad de Chile y Servicio Médico Legal, Ministerio de Justicia)

La mortalidad por traumatismos y envenenamientos, representa la primera causa de muerte en la adolescencia y juventud, época de la vida en que las llamadas "causas naturales" tienen una mínima importancia relativa. De estas muertes, una proporción importante pudo haberse evitado, de ahí la tendencia actual a evitar la denominación de "accidente" que conlleva el carácter de fortuito.

A fin de contribuir al conocimiento de las características de las muertes violentas en la adolescencia se realizó el presente estudio en autopsias del Servicio Médico Legal en población de 15 a 24 años realizadas en 1983 en la Región Metropolitana.

Objetivos

Los objetivos planteados fueron los siguientes: Describir la distribución de las muertes violentas que originaron autopsia médico-legal según sexo y edad. Describir la intencionalidad de las muertes según sexo. Describir el tipo de muerte violenta según sexo. Describir la causa de la muerte violenta según sexo. Establecer la participación del alcohol en estas muertes según sexo y tipo de muerte. Describir la distribución en espacio y tiempo de las muertes violentas.

Metodología

Corresponde a un estudio descriptivo cuya fuente de información fueron la totalidad de los protocolos de autopsia de la población de 15 a 24 años de la Región Metropolitana, realizados en el Servicio Médico Legal. Los datos se vaciaron a tarjetas de perforación marginal analizándose mensualmente de acuerdo a los objetivos planteados.

Resultados

Los resultados más relevantes fueron los siguientes:

Se estudiaron 436 protocolos de autopsia correspondientes a la totalidad del grupo de 15 a 24 años. El 34% correspondía al subgrupo 15 a 19 años y el 66% al de 20-24. El 81% era de sexo masculino.

Se estableció que el 56% eran muertes deliberadas. Con respecto al tipo de muerte las más frecuentes fueron accidentes de tránsito (31,2%), homicidio (26,6%) y suicidio (13,3%), con predominio del homicidio en sexo masculino y del suicidio en sexo femenino. Las causas más frecuentes fueron contusiones y traumatismos (38,8%) seguidas de heridas por arma blanca y heridas por armas de fuego, con franco predominio de la herida por arma blanca en el sexo masculino.

La participación del alcohol es significativa en 33% de los varones y sólo en el 4% de las mujeres, siendo mayor su participación en homicidios, accidentes del tránsito y suicidios.

La mayor parte ocurre en la vía pública (54,6%) seguido de casa (28,9%) y de otro sitio público (13,3%).

Con respecto a la variación temporal existe un aumento en los meses de verano, en días no hábiles y en horario vespertino.

La información presentada impacta por su magnitud y por sus características, particularmente por el hecho de segarse vidas en edades de máxima productividad y expectativa, lo que amerita el estudio, proposición e implementación de medidas de prevención primaria.

TABLA Nº 1

**TIPO DE MUERTE VIOLENTA EN LA ADOLESCENCIA SEGUN SEXO
SERVICIO MEDICO LEGAL REGION METROPOLITANA – 1983**

Tipo	Sexo				Total	
	Hombres		Mujeres			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Accidentes de Tránsito	103	29,2	33	39,8	136	31,2
Homicidio	108	30,6	8	9,6	116	26,6
Suicidio	41	11,6	17	20,5	58	13,3
Accidente Doméstico	20	5,7	10	12,0	30	6,9
Accidente Trabajo	6	1,7	0	0,0	6	1,4
Accidente Escolar	2	0,5	0	0,0	2	0,4
Sin Dato	73	20,7	15	18,1	88	20,2
Total	353	100,0	83	100,0	436	100,0

TABLA Nº 2

**CAUSA DE MUERTE VIOLENTA EN LA ADOLESCENCIA SEGUN SEXO
SERVICIO MEDICO LEGAL REGION METROPOLITANA – 1983**

Causa	S e x o				Total	
	Hombres		Mujeres			
	No	%	No	%	No	%
Contusión - Traumatismo	129	36,5	40	48,2	169	38,8
Herida con Arma Blanca	63	17,9	1	1,2	64	14,7
Herida por Arma de Fuego	52	14,7	9	10,9	61	14,0
Ahorcamiento	32	9,1	8	9,6	40	9,2
Inmersión - Sumersión	29	8,2	3	3,6	32	7,3
Sofocación - Asfixia	20	5,7	7	8,4	27	6,2
Envenenamiento - Intoxi- cación	9	2,5	9	10,9	18	4,1
Electrocución	9	2,5	3	3,6	12	2,7
Quemadura	3	0,9	3	3,6	6	1,4
No Consignado	7	2,0	0	0,0	7	1,6
Total	353	100,0	83	100,0	436	100,0

135. LAS AGRESIONES SEXUALES: UN PROBLEMA PARA REFLEXIONAR

Drs. Patricia Montenegro y Víctor Velásquez y Prof. Ilse López
Servicio Médico Legal, Ministerio de Justicia y Escuela de Salud Pública, Universidad de Chile

Las agresiones sexuales tienen como resultado una víctima psíquica y físicamente afectada y la existencia de uno o más victimarios que, se cree, han huido, la mayoría de las veces sin dejar evidencia del asalto.

A nivel mundial se estima que entre el 80 y 90% de estas agresiones permanecen en el más profundo silencio. En Chile, el número de denuncias judiciales que recibe el Servicio Médico Legal, se supone que es escaso en relación a su real magnitud.

Para los autores de este trabajo el problema es de gran importancia, y a pesar de manejar una fracción de la realidad a través de los informes médico legales, nos propusimos describir las características de las agresiones, de la víctima y del ofensor, atendidas por denuncia en 1984 por el Servicio Médico Legal de la Región Metropolitana.

Definiciones. Agresiones sexuales incluye como más frecuentes los abusos deshonestos, la violación y la sodomía. Todos difíciles de comprobar judicialmente, tanto por la ausencia de testigos como porque las pruebas legales o evidencias son generalmente transitorias, acusando a veces resultados discordantes. Abuso deshonesto son las caricias o tocamientos impúdicos producidos con las manos, labios o lengua. Sodomía es el acto carnal contranatura practicado entre hombres o entre hombre y mujer. Violación es el acto sexual no consentido, en mayor o menor grado, con una mujer que no es la esposa del agresor, bajo la acción de la fuerza, intimidación, engaño, o con una mujer que se halle privada de razón o sentido, por cualquier causa, o cuando la mujer es menor de 12 años, aún cuando no estuviere presente ninguna de las circunstancias anteriores. El delito se considera consumado desde el momento mismo de la intención, aún cuando ni exista acción directa sobre los genitales del agredido según lo acredita el Principio de ejecución (Código Penal, artículo 361-362).

Objetivos

Describir las agresiones sexuales según edad, sexo, escolaridad, móvil y relación víctima-victimario; relacionar tipo de agresión con victimario, condición empleada para la agresión, sitio del suceso; tiempo entre el hecho y la denuncia y resultado médico legal; resultado con tiempo de denuncia en la denuncia y, finalmente, tipificar los embarazos producto de la violación.

Se analizaron todas las agresiones sexuales denunciadas e ingresadas a la Unidad de Sexología Forense, dependiente del Departamento de Clínica Legal del Servicio Médico Legal en 1984. La información fue extraída desde la ficha individual en que se registran los datos que proporciona la víctima en entrevista previa al examen médico.

De las 849 agresiones sexuales, el 85% de las víctimas son de sexo femenino. Las edades fluctúan entre 2 y 70 años. La distribución por edad entre hombres y mujeres difiere significativamente siendo los niños de menos edad que las niñas. El 58% de ellos tienen menos de 10 años. 47 casos acuden a escuelas especiales debido a algún grado de debilidad mental.

Los móviles o tipo de agresión corresponden en un 38% a violaciones, una cifra semejante a abuso deshonesto, un 10% sodomía, un 6,7% a intento de violación y el resto a misceláneas.

El 45% de los abusos deshonestos y el 12% de las violaciones afectan a niñas de 5 a 9 años. Entre las niñas de 10 a 14 años se producen el 71,4% de las sodomías. Las violaciones son más frecuentes entre 15 y 19 años (39%).

Entre los niños agredidos, los abusos deshonestos se producen en un 68% en menores de 10 años, este mismo grupo es víctima de la mitad de la sodomía.

En el 45% de los casos el victimario es un "conocido", en un 30% "desconocido", en dos de cada 10, padre o padrastro de la víctima. Los menores de 10 años son atacados en un alto porcentaje por "conocidos". Entre los de 10 a 19 años aumenta la frecuencia del padre o padrastro. En los mayores de 19 años el desconocido es el principal victimario.

La proporción de violaciones por "desconocidos" (60,6%) difiere significativamente de los producidos por los demás victimarios (35,6%).

En uno de cada 5 casos la agresión sexual se acompaña de violencia física o bajo la influencia de alcohol o drogas, lo que es más frecuente en la violación.

Casi el 60% de las agresiones se producen en el domicilio de la víctima o del victimario. Se destacan 18 casos ocurridos en el colegio, de los cuales 14 son abusos deshonestos. El sitio eriazo es el lugar preferido del violador, a continuación de los domicilios. De los 38 casos ocurridos en vehículos, casi el 60% son violaciones.

Sólo la mitad de los casos llegan al examen médico legal antes de una semana de transcurrido el hecho.

Las violaciones llegan con más premura que las demás agresiones. En general, los resultados de los exámenes son positivos sólo en un 16,5% y en un 40,9% negativos. En el 22% de las violaciones el resultado es atribuible a la agresión, en cambio en el abuso deshonesto sólo en un 7,8 por ciento.

Finalmente, de las 311 violaciones se comprueban 35 embarazos en una etapa clínicamente evidente, de ellos 6 corresponden a niñas entre 10 y 12 años y 7 a débiles mentales, y en 30 de éstos el victimario era conocido (padre, padrastro, etc.).

TABLA Nº 1

DISTRIBUCION POR EDAD Y SEXO DE LA POBLACION ATENDIDA POR AGRESIONES SEXUALES EN EL SERVICIO MEDICO LEGAL. REGION METROPOLITANA 1984

Grupo de edad (años)	Sexo				Total	
	Masculino		Femenino			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
0 - 4	16	12,7	37	5,2	53	6,2
5 - 9	57	45,2	137	18,9	194	22,9
10 - 14	31	24,6	227	31,4	258	30,4
15 - 19	16	12,7	189	26,2	205	24,1
20 - 29	3	2,4	97	13,4	100	11,8
30 - 39	1	0,8	22	3,0	23	2,7
40 y +	2	1,6	14	1,9	16	1,9
Total	126	100,0	723	100,0	849	100,0

TABLA Nº 2

RELACION VICTIMA-VICTIMARIO SEGUN EL TIPO DE AGRESION SEXUAL DE LA POBLACION ATENDIDA EN EL SERVICIO MEDICO LEGAL REGION METROPOLITANA 1985

Relación Víctima/ Victimario	Tipo de Agresión								Total	
	Intento y Violación		Abuso Deshonesto		Sodomía		Otra			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Padre	30	35,7	44	52,3	7	8,3	3	4,6	84	100,0
Padrastro	28	36,8	36	47,4	5	6,6	7	9,2	76	100,0
Otro consanguíneo	14	26,9	24	46,2	4	7,7	10	19,2	52	100,0
Conocido	140	36,5	174	45,4	45	11,7	24	6,2	383	100,0
Desconocido	154	60,6	54	21,2	25	9,8	21	8,2	254	100,0
Total	366	43,1	332	39,1	86	10,1	65	7,7	849	100,0

136. EL MERCURIO: ¿ELEMENTO TOXICO EN ODONTOLOGIA?

Drs. Juan Carlos Caro y Silvia Mella
(Facultad de Odontología, Universidad de Chile)

Los odontólogos utilizan en su quehacer profesional numerosas sustancias químicas que podrían ocasionar efectos nocivos en su organismo y producir cuadros patológicos cuya prevalencia real, si existe, aún se desconoce.

Entre estos elementos se encuentra el mercurio elemental, de amplio uso con aleaciones para obturaciones de amalgama. Su toxicidad en el campo industrial se ha estudiado en forma más o menos detallada, y es basado en estos trabajos que, a partir de la década del 60, se han comunicado en la literatura odontológica llamados de atención en cuanto a los cuidados que deben observarse en la manipulación y almacenamiento del mercurio metálico, debido al riesgo potencial que representaría para la salud del odontólogo y su personal auxiliar. Pero, no existen investigaciones concluyentes que pongan de manifiesto si este riesgo realmente existe, o si la sintomatología patológica es evidenciable a través de signos y síntomas propios (especialmente niveles altos de mercurio en los productos biológicos, particularmente orina).

Este trabajo pretende ser un aporte en este campo de investigación, y tuvo los siguientes objetivos específicos: 1) Detectar valores de mercurio en orina en un grupo de odontólogos de práctica general y sus auxiliares. 2) Detectar valores de mercurio en el ambiente de los consultorios dentales. 3) Detectar presencia de síntomas de intoxicación mercurial crónica en el grupo de odontólogos y auxiliares. 4) Comparar los valores del mercurio encontrados en la orina con los valores máximos permitidos. 5) Comparar los valores de mercurio medidos en el ambiente de los consultorios encuestados con el límite permisible (T.L.V. o C.A.M.P.). 6) Determinar si existe asociación entre los valores de mercurio detectados en orina y en el ambiente, con la sintomatología percibida.

La Tabla Nº 1 muestra lo encontrado en relación a mercurio en orina en el grupo en estudio y el grupo control.

Conclusión

De acuerdo a los objetivos planteados, se puede concluir lo siguiente:

- 1) Al efectuar los exámenes de orina en el grupo en estudio, se encontró que la mayoría de los valores (90% en odontólogos y 85,7% en auxiliares) estaban bajo el límite permitido. En 10 odontólogos no se identificaron trazas de mercurio.
- 2) No se encontró diferencia significativa entre los niveles de mercurio urinario del grupo en estudio y del grupo control.
- 3) Del total de 126 mediciones de mercurio ambiental, un 39,7% estaba sobre el C.A.M.P. En estos Consultorios se detectó un total de 5 personas con niveles de mercurio urinarios elevados. Pero no se encontró una relación estadística entre estas situaciones.
- 4) La sintomatología de posible intoxicación crónica declarada, tanto por el grupo en estudio como por el grupo control, no demostró diferencia estadísticamente significativa.
- 5) Hubo relación entre los niveles de mercurio en orina y la sintomatología declarada por el grupo en estudio. A mayor nivel de mercurio urinario más síntomas declaraban las personas afectadas.
- 6) Estudiar el problema de intoxicación mercurial crónica es difícil, ya que su sintomatología es imprecisa y vaga.

TABLA Nº 1

**COMPARACION DE LOS VALORES DE MERCURIO EN ORINA
ENTRE EL GRUPO EN ESTUDIO Y EL GRUPO CONTROL**

Sexo	Valores de Mercurio en Orina										Total	
	Grupo en Estudio						Grupo Control					
	0,120 y menos		Sobre 0.120		Total		0.120 y menos		Sobre 0.120			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Masculino	31	91,2	3	18,8	34	100	10	100,0	0	—	10	100
Femenino	32	88,9	4	11,1	36	100	8	80,0	2	20	10	100
Total	63	90,0	7	10,0	70	100	18	90,0	2	10	20	100

En ambos grupos no existe diferencia en relación a los valores considerados como normales: grupo en estudio 90% y grupo control 90% . Dos personas del grupo control, equivalente a un 10% , presentaron niveles de mercurio urinario considerados altos.

137. INTOXICACIONES EN EL SERVICIO DE URGENCIA DEL HOSPITAL HIGUERAS DE TALCAHUANO EN 1981

Enf. Manuel Castro, Jazna Stieповich, Sr. José Manuel Merino, Enf. Ingrid Fuentealba y Erika Medvesck
(Departamento de Enfermería y Departamento de Historia, Universidad de Concepción)

Se trata de una investigación descriptiva realizada en forma retrospectiva en el Servicio de Urgencia del Hospital Higuera de Talcahuano (tipo A). El trabajo fue desarrollado con el propósito de conocer el problema en su real magnitud y extraer fundamentos que permitan orientar la prevención hacia los grupos más expuestos. Se estudiaron variables demográficas, descriptivas de las intoxicaciones y asistenciales. Consta de dos etapas: la primera, entrega información del paciente intoxicado que solicita atención en el servicio de urgencia y no requiere hospitalización, y la segunda proporciona información de aquellos pacientes que por su estado debieron ser hospitalizados en Sala de Observación de ese Servicio.

La información se obtuvo de los registros de ingreso al servicio de urgencia durante el año 1981. Se complementó con los datos obtenidos de la Historia Clínica, en los que fueron hospitalizados en sala de observación. Se estudió el 100% de los pacientes que consultaron por intoxicación (377), representando éstos al 0,36% del total de pacientes atendidos en dicho centro por diversas causas.

Resultados

Entre los resultados obtenidos podemos destacar los siguientes: Existe un predominio significativo de las intoxicaciones en el sexo femenino en la población adulta; en la infantil, se observa un mayor porcentaje de intoxicaciones en el sexo masculino. Los grupos etáreos más afectados fueron los adultos jóvenes y escolares.

En cuanto a las causas de intoxicación, la accidental fue la que concentró un mayor número de casos.

Aproximadamente la mitad de las intoxicaciones son producidas por medicamentos y la cuarta parte por alimentos; en orden de importancia le siguen el alcohol y los gases y vapores tóxicos. En ambos sexos el agente causal que provoca mayoritariamente intoxicación son los medicamentos; además de este agente, es destacable el predominio que tienen en el sexo masculino las intoxicaciones por alcohol, gases y vapores tóxicos, hidrocarburos y cáusticos. De lactante a adulto medio predomina la intoxicación medicamentosa, declinando en el adulto mayor para desaparecer en el anciano. De los medicamentos utilizados el 50% corresponde a tranquilizantes e hipnóticos.

La intoxicación alimentaria comienza a tener un rol importante en los lactantes para ir ascendiendo en forma paulatina en los otros grupos etáreos hasta ser la única causa de intoxicación en los ancianos.

La cuarta parte de los pacientes atendidos debió ser hospitalizado.

Del total de intoxicaciones, el 21,8% corresponde a recién nacidos, lactantes y preescolares, lo que es atribuible a factores socio-culturales.

Al analizar separadamente algunos de estos grupos según sexo, observamos que en los preescolares el sexo más comprometido es el masculino, mientras que en los escolares la situación se invierte, siendo el sexo femenino el que es mayoritariamente afectado por las intoxicaciones. En el adulto medio hay un notorio predominio de los hombres intoxicados, siendo los alimentos el agente causal que prevalece.

El intento de suicidio como causa de intoxicación predomina en el sexo femenino, no observándose en los grupos etáreos adulto mayor y anciano. Prácticamente el 100% de los pacientes que intentaron quitarse la vida utilizaron como agente causal los medicamentos, siendo los tranquilizantes e hipnóticos los más seleccionados para dicho fin. En los adultos jóvenes y escolares un poco más de la mitad de las intoxicaciones se produjeron por razones suicidas.

TABLA Nº 1

**ESTRUCTURA DE EDAD Y AGENTE CAUSAL DE 377 INTOXICACIONES.
SERVICIO DE URGENCIA. HOSPITAL HIGUERAS, TALCAHUANO. 1981**

Estructura de edad Agente Causal	R.N.	Lactante	Prescolar	Escolar	Adolescente	Ad. Jov.	Ad. Med.	Ad. May.	Anciano
	%	%	%	%	%	%	%	%	%
Medicamentos	—	47,7	55,0	43,0	56,0	41,1	35,0	20,0	—
Alimentos	—	—	16,6	29,0	24,0	30,0	40,0	60,0	100
Pesticidas	—	—	5,0	1,2	4,0	2,2	2,5	—	—
Alcohol	100	—	1,7	3,5	12,0	8,9	12,5	12,0	—
Cáusticos	—	4,7	3,3	1,2	—	2,3	—	—	—
Gases y Vapores	—	4,7	1,7	8,1	2,0	8,9	7,5	4,0	—
Cosméticos	—	—	1,7	—	—	—	—	—	—
Raticidas	—	—	—	1,2	—	1,1	—	—	—
Antisépticos y desinfectantes	—	4,7	6,6	2,3	2,0	1,1	2,5	—	—
Hidrocarburos	—	28,6	3,3	1,2	—	—	—	—	—
Mixtos	—	—	—	—	—	1,1	—	—	—
Múltiple	—	—	—	—	—	1,1	—	—	—
No precisado	—	—	1,7	3,5	—	1,1	—	—	—
Otros	—	9,6	3,3	5,8	—	1,1	—	4,0	—
Total	100 (1)	100,0 (21)	100,0 (60)	100,0 (86)	100,0 (50)	100,0 (90)	100,0 (40)	100,0 (25)	100 (4)

TABLA Nº 2

**DISTRIBUCION DE 377 INTOXICACIONES SEGUN AGENTE CAUSAL
SERVICIO DE URGENCIA. HOSPITAL HIGUERAS TALCAHUANO, 1981**

Agente Causal	%
Medicamentos	43,8
Alimentos	28,6
Pesticidas	2,4
Alcohol	7,2
Cáusticos	1,6
Gases y Vapores Tóxicos	5,8
Cosméticos	0,3
Raticidas	0,5
Antisépticos y Desinfectantes	2,6
Hidrocarburos	2,4
Mixtos	0,3
Múltiples	0,3
No precisado	1,3
Otros	2,9
Total	100,0

138. INTEGRACION DE LA SALUD MENTAL EN LA ATENCION PRIMARIA DE SALUD EL CASO DEL SERVICIO DE SALUD METROPOLITANO ORIENTE

Dr. Ramón Florenzano Urzúa
(Servicio de Psiquiatría, Hospital del Salvador de Santiago)

Este trabajo describe el desarrollo de una red de servicios de salud mental en el Sector Oriente de Santiago, dentro de la estrategia global de atención primaria y atención de cobertura ("Salud para todos en el Año 2000"). Entre 1978 y 1985 se han desarrollado actividades de Prevención primaria, secundaria y terciaria, las que específicamente han consistido en:

1. Desarrollo de unidades de Salud Mental y Tratamiento del Alcoholismo a cargo del equipo de salud general.
2. Expansión del Servicio de Psiquiatría y Salud Mental en un Hospital General (el Hospital del Salvador).
3. Desarrollo de centros de atención familiar con componente psicosocial.
4. Desarrollo de unidades de atención del adolescente.
5. Desarrollo de programa de Prevención de Farmacodependencias en la Juventud.

El trabajo describe una categorización de los niveles de atención en Salud Mental, una clasificación de las categorías diagnósticas (DSM-III) que deben ser preferencialmente atendidas en cada nivel, y el recurso humano con que debe contar cada nivel.

El trabajo describe cómo se ha desarrollado progresivamente cada una de las cinco actividades antes enunciadas, enfatizando la integración con los servicios generales de salud, la incorporación de la comunidad en estas actividades, la participación de Municipalidades y sus servicios de salud (desde 1980), y la capacitación y entrenamiento en servicio del personal del equipo de salud general en habilidades y destrezas de salud mental. Se ejemplifica el último punto con los "Talleres de Destrezas de Ayuda" (TDA) que se han realizado desde 1983 con la asesoría del Dr. William G. Hollister.

Se concluye discutiendo la complejidad de la integración de los servicios de Salud General y de Salud Mental, los sistemas de derivación entre comunidad, Consultorio de nivel primario y Hospitales, y el tema de la interrelación entre salud y gobierno interior después de la municipalización de los Servicios.

Finalmente se afirma que la incorporación de aspectos psicosociales es crucial en la estrategia de Atención Primaria de Salud, tanto por su posibilidad de contención de costos al disminuir el número de exámenes de laboratorio y el uso excesivo de medicamentos, como por su contribución a la rehumanización de los servicios de salud.

139. EVOLUCION DEL ALCOHOLISMO EN VEINTE AÑOS. ESTIMACION SEGUN EL METODO DE JELLINEK. CHILE 1952-1982.

Dr. Pedro Naveillán y Prof. Sergio Vargas
(Escuela de Salud Pública, Universidad de Chile)

En relación al problema del alcoholismo en Chile, se han realizado variados estudios, muchos de los cuales hacen aportes de interés al conocimiento de esta enfermedad.

Hay discrepancias en diversos aspectos, entre otros, en lo que dice relación con la tendencia de las tasas de alcoholismo, la magnitud del problema en términos absolutos, y las causas de las variaciones anuales de éstas.

Con este trabajo se ha pretendido mostrar la evolución de las tasas de alcoholismo y del número total de alcohólicos, utilizando una técnica simple y rápida, aunque sólo aproximada, cual es la fórmula de Jellinek.

Metodología

La fórmula de Jellinek para estimar el número de alcohólicos en una población fue desarrollada para determinar la magnitud del problema de alcoholismo como base para planificar programas de prevención y tratamiento. Con ella no se pretendió desconocer el valor del trabajo de campo, sino más bien basarse en la información que éste pudiera proporcionar para realizar estimaciones en áreas y situaciones en que, por razones fundamentalmente económicas, aquél no fuera posible de realizar.

De aquí que se desarrolló la fórmula cuya base la constituyen las defunciones por cirrosis hepáticas, información que habitualmente proporcionan los registros de mortalidad.

La fórmula de Jellinek necesita de la siguiente información, que posteriormente se relaciona, como se señala a continuación.

P: Proporción de defunciones por Cirrosis Hepática, atribuibles al alcohol.

K: Porcentaje de alcohólicos con complicaciones, que mueren por Cirrosis Hepática.

R: Razón entre alcohólicos y alcohólicos con complicaciones.

Estos componentes entran en la fórmula, para estimar el número de alcohólicos, en la forma siguiente:

$$\text{Nº de alcohólicos (A)} = \frac{P \times R}{K} \times D$$

donde D corresponde a las defunciones por Cirrosis Hepática.

Resultados

Los resultados se muestran en las tablas 1 y 2. La tabla 1 muestra las estimaciones por sexo para cada año, basadas en la información anual de mortalidad por cirrosis. La tabla 2, presenta estimaciones realizadas a partir de tasas ajustadas de mortalidad por cirrosis, utilizando como población base, la de 1984.

Comentarios

El uso de los valores P, K y R, es en sí criticable, ya que corresponden a países con realidades diferentes a la nuestra; sin embargo, se decidió utilizarlas a falta de información a nivel nacional y considerándolas como base común para el análisis de las variaciones anuales. El sesgo puede afectar a los niveles pero no a las tendencias. Lo que sí resulta un inconveniente es la posible variación anual cuya magnitud desconocemos y, en consecuencia, no ha sido posible controlar. Resulta, no obstante, evidente que al disponer de estimaciones más precisas para estos valores, también mejorarán las estimaciones anuales del número de alcohólicos.

TABLA Nº 1

**ESTIMACION DEL NUMERO PROBABLE DE ALCOHOLICOS, 1952-1982
POBLACION DE 15 AÑOS Y MAS**

Año	Hombres		Mujeres		Total	
	Nº de Alcohólicos	%	Nº Alcohólicos	%	Nº Alcohólicos	%
1952	55.000	3,0	25.847	1,3	80.867	2,1
1953	47.684	2,5	21.923	1,1	69.607	1,7
1954	63.721	3,2	32.756	1,5	96.477	2,3
1955	—	—	—	—	—	—
1956	98.524	4,6	40.945	1,8	139.469	3,2
1957	78.137	3,6	38.386	1,7	116.523	2,6
1958	87.094	3,7	40.604	1,7	127.698	2,8
1959	105.605	4,7	52.375	2,2	157.980	3,4
1960	115.670	5,2	52.034	2,2	167.704	3,6
1961	118.656	5,2	46.405	1,7	165.061	3,5
1962	—	—	—	—	—	—
1963	—	—	—	—	—	—
1964	192.869	7,9	72.933	2,8	265.803	5,2
1965	158.578	6,4	55.617	2,1	214.195	4,1
1966	174.188	6,8	74.640	2,7	248.828	4,7
1967	201.394	7,6	83.170	2,9	284.569	5,2
1968	208.138	7,6	93.579	3,2	301.715	5,3
1969	202.594	7,2	84.450	2,8	287.044	5,0
1970	—	—	—	—	—	—
1971	—	—	—	—	—	—
1972	290.455	7,7	107.761	3,2	399.216	6,5
1973	204.129	6,7	72.848	2,3	276.977	4,4
1974	169.667	5,4	67.901	2,1	237.568	3,7
1975	166.084	5,2	64.659	1,9	230.743	3,5
1976	169.411	5,1	67.389	1,9	236.800	3,5
1977	192.357	5,7	76.090	2,1	268.447	3,9
1978	234.411	6,7	90.080	2,5	324.491	4,5
1979	218.375	6,1	92.895	2,5	311.270	4,3
1980	198.329	5,4	79.673	2,1	278.002	3,7
1981	201.144	5,4	76.346	2,0	277.490	3,6
1982	208.991	5,5	77.711	1,9	286.702	3,6

TABLA Nº 2

**TASAS DE ALCOHOLISMO ESTIMADAS A PARTIR DE TASAS AJUSTADAS
DE MORTALIDAD POR CIRROSIS HEPATICA. CHILE. 1952-1982**

Tasa	Población Base	Defunciones Esperadas por Cirrosis	Nº Esperado (*) de Alcohólicos (Mét. Jellinek)	Tasa Esperada de Alcoholismo %	
1952	1984	Total	2.088	178.112	2,19
		Hombres	1.415	120.703	3,03
		Mujeres	673	57.409	1,38
1956	1984	Total	3.160	269.556	3,51
		Hombres	2.185	186.386	4,67
		Mujeres	958	81.720	1,97
1960	1984	Total	3.413	291.138	3,57
		Hombres	2.330	198.755	4,98
		Mujeres	1.072	91.444	2,20
1964	1984	Total	5.009	427.281	5,24
		Hombres	3.632	309.819	7,77
		Mujeres	1.377	117.462	2,82
1972	1984	Total	6.260	533.994	6,55
		Hombres	4.557	388.724	9,75
		Mujeres	1.703	145.270	3,49
1982	1984	Total	3.534	301.459	3,70
		Hombres	2.577	219.825	5,51
		Mujeres	957	81.635	1,96

(*) Estimaciones según Método de Jellinek.

140. JORNADAS LABORABLES PERDIDAS POR EFECTO DEL CONSUMO EXCESIVO DE ALCOHOL. CHILE 1980

Prof. Sergio Vargas y Dr. Pedro Naveillan
(Escuela de Salud Pública, Universidad de Chile)

El presente trabajo corresponde a un resumen de tres investigaciones sobre alcoholismo, pertenecientes a una línea de investigación iniciada hace algunos años. En esta oportunidad, el propósito es presentar los resultados del informe número seis que dice relación con jornadas laborales perdidas por efecto del consumo excesivo de alcohol.

Para ello, la base la constituyeron los trabajos 4 y 5 de esta serie, en los cuales se elaboró y aplicó una metodología para estimar tasas de alcoholismo por sexo y edad en dos grupos extremos de categoría ocupacional: a) Profesionales y ejecutivos y b) Obreros y jornaleros no especializados y, luego, la proyección de las tasas de alcoholismo y las expectativas de vida, de 1960 a 1980.

Con la información proyectada a 1980, se estimaron las jornadas laborales perdidas por los bebedores problema, en comparación con los controles. Se realizó tres tipos de estimaciones:

- a) la pérdida en 1980 como consecuencia de las defunciones de sujetos de este grupo;
- b) la pérdida total de jornadas de los fallecidos, considerando la diferencia de expectativa de vida que les habría correspondido, de no ser bebedores;
- c) la pérdida de jornadas que se espera para la cohorte total de bebedores en 1980, considerando las defunciones aún no ocurridas, pero que se supone ocurrirán en la cohorte, como consecuencia de la menor expectativa de vida.

Estas estimaciones se realizaron para el área Metropolitana de Santiago y para el total del país, en 1980, las cuales se presentan en las tablas 1 y 2.

Comentarios

Las estimaciones presentadas en estas tablas, dan una idea de la magnitud del problema que representa para un país la pérdida de jornadas laborales por efecto del consumo excesivo de alcohol.

Como se observa en la tabla 2, para Chile, en 1980, éstas alcanzaron a más de un millón y a más de cuarenta millones si se considera la vida laboral útil de los fallecidos, perdidas por muerte prematura; si se estima la pérdida potencial de todos los bebedores, incluyendo los que aún no han fallecido, se encuentra que la cohorte debería perder, en el tiempo, una cifra superior a los 1.150 millones de jornadas.

Estas cifras podrán ser criticables en cuanto a su precisión, sin embargo, cualquiera corrección que se les haga, arrojará indefectiblemente cifras muy abultadas, que obligarán a pensar seriamente en las consecuencias económicas de este problema.

Referencias

- P. Naveillan y S. Vargas. Bol. Of. San. Pan. 97, Nº 1 y 2, 1984.

TABLA Nº 1

JORNADAS LABORALES PERDIDAS POR LOS BEBEDORES PROBLEMAS EN COMPARACION CON LOS CONTROLES
SEGUN EDAD Y SEXO. AREA METROPOLITANA, SANTIAGO, 1980.

Edad	Por hombres				Por mujeres				Por ambos sexos			
	Fallecidos		Fallecidos		Fallecidos		Fallecidos		Fallecidos		Fallecidos	
	En el año del deceso	1	Calculados por pérdida de expecta- tiva de vida	2	Cohorte de bebedores problema ^a	3	En el año del deceso	1	Calculados por pérdida de expecta- tiva de vida	2	Cohorte de bebedores problema ^a	3
15-19	3.960	320.760	17.232.480	480	42.624	3.258.240	4.440	363.384	20.490.720			
20-24	16.680	1.190.952	51.671.520	2.640	208.560	9.657.600	19.320	1.399.512	61.329.120			
25-29	27.840	1.726.080	62.037.600	4.800	333.120	11.304.960	32.640	2.059.200	73.342.560			
30-34	41.520	2.200.560	69.739.440	7.680	460.800	12.000.000	49.200	2.661.360	81.739.440			
35-39	51.120	2.259.504	61.342.320	9.360	473.616	10.164.480	60.480	2.733.120	71.506.800			
40-44	50.760	1.817.208	42.321.600	9.720	402.408	7.122.720	60.480	2.219.616	49.444.320			
45-49	51.120	1.615.392	27.561.120	10.320	332.304	4.830.720	61.440	1.947.696	32.391.840			
50-54	53.520	1.070.400	17.583.360	11.400	260.040	3.212.880	64.920	1.339.440	20.796.240			
55-59	46.800	599.040	7.701.360	10.800	166.320	1.516.080	57.600	765.360	9.217.440			
60-64	45.240	280.488	2.965.440	10.440	79.344	546.000	55.680	359.832	3.511.440			
Total	388.560	13.080.384	360.156.240	77.640	2.768.136	63.613.680	466.200	15.848.520	423.769.920			

^a Valor presente

TABLA Nº 2
JORNADAS LABORABLES PERDIDAS POR LOS BEBEDORES PROBLEMAS EN COMPARACION CON LOS CONTROLES
SEGUN EDAD Y SEXO. CHILE, 1980.

Edad	Por hombres			Por mujeres			Por ambos sexos		
	Fallecidos			Fallecidos			Fallecidos		
	En el año del deceso	1	2	En el año del deceso	1	2	En el año del deceso	1	2
15-19	11.400	923.400	49.030.560	1.440	127.872	8.712.960	12.840	1.051.272	57.743.520
20-24	46.800	3.341.520	144.256.560	6.600	521.400	24.423.120	53.400	3.862.920	168.679.680
25-29	79.320	4.917.840	177.002.400	12.240	849.456	28.331.280	91.560	5.767.296	205.333.680
30-34	61.800	3.275.400	184.584.960	18.480	1.108.800	28.950.720	80.280	4.384.200	213.535.680
35-39	134.760	5.956.392	161.828.160	22.920	1.159.752	24.749.760	157.680	7.116.144	186.577.920
40-44	140.400	5.026.320	116.935.200	24.240	1.003.536	17.790.960	164.640	6.029.856	134.726.160
45-49	143.280	4.527.648	77.318.880	25.320	815.304	12.167.280	168.600	5.342.952	89.486.160
50-54	151.920	3.038.400	49.752.720	28.920	682.512	8.096.640	180.840	3.720.912	57.849.360
55-59	137.280	1.757.184	22.618.080	27.840	428.736	3.887.760	165.120	2.185.920	26.505.840
60-64	135.600	840.720	8.886.960	27.240	207.024	1.409.760	162.840	1.047.744	10.296.720
Total	1.042.560	33.604.824	992.214.480	195.240	6.904.392	158.520.240	1.237.800	40.509.216	1.150.734.720

a Valor presente



141. EXPRESION LINGUISTICA DE LA ACTITUD FRENTE A LA INGESTA INMODERADA DE ALCOHOL DECLARADAS POR ADOLESCENTES

Prof. Diego Zalazar y Srs. Jorge Wilson, Mario Martínez, Lucy Vásquez, Francisco Moraga y Raúl Correa
(Escuela de Salud Pública, Universidad de Chile)

El lenguaje utilizado para referirse a algo revela la actitud frente a ese algo, además de manifestar el concepto que se tiene de ello. A la vez ese lenguaje activa valores en los oyentes, lo cual es un elemento importante para el tratamiento del problema por los profesionales de Salud. Por esto, los objetivos fueron recolectar las expresiones valorativas por adolescentes referidas a la ingesta de alcohol e identificar los valores expresados por esas revelaciones lingüísticas.

Materiales y Métodos

El estudio se hizo a base de 120 encuestas hechas a alumnos de IV año medio de un Liceo de la Región Metropolitana, que atiende a clase media media y media baja. Los datos fueron sometidos a Análisis de Contenido.

Resultados y Conclusiones

La conducta de los bebedores inmoderados es juzgada desde tres puntos de vista valorativos, los que se muestran en las tres tablas que siguen:

Juicios a la Agresividad

1) Son insolentes. 2) Son impertinentes. 3) Son groseros. 4) Son "atrevidos". 5) Son "bochincheros". 6) Pueden insultar. 7) Pueden golpear.

Juicios a la Desinhibición

1) Hacen cualquier cosa. 2) Están fuera de sí. 3) Se comportan mal. 4) Son demostrativos. 5) Se ponen desagradables. 6) Molestan. 7) "Payasean". 8) Son "odiosos". 9) Se ponen cargantes.

Juicios al Apagamiento de las Facultades Superiores

1) Hablan incoherencias, dicen "idioteces". 2) No razonan. 3) No tienen conciencia de sus actos. 4) No están "en su sano juicio". 5) Son desequilibrados.

Juicios a la Personalidad

1) Son irresponsables. 2) Son cobardes. 3) Son egocéntricos. 4) Tienen miedo a pensar. 5) No tienen orgullo. 6) Son frustrados. 7) Son inseguros. 8) Son inmaduros. 9) Les falta voluntad. Reacciones ante el Ebrio

1) Me da asco. 2) Su olor me mareo. 3) Me da náuseas. 4) Me da "repugnancia". 5) Me molesta el olor. 6) Siento pena por él, me da lástima. 7) Me da vergüenza ajena. 8) Me da rabia, siento indignación, me produce "fastidio". 9) Me da risa. 10) Me produce incomodidad, molestia. 11) Siento temor. 12) Lo hallo desagradable. 13) Lo creo ridículo. 14) Es vicioso; es un vicio asqueroso. 15) Va por mal camino; va hacia la perdición. 16) Ha llegado al máximo de la vergüenza humana. 17) Es casi como basura. 18) Es lo más bajo que se puede caer. 19) Se perjudica y perjudica. 20) Es un despojo humano.

La imagen del bebedor inmoderado es un complejo de valoraciones negativas, de anti-valores, para el 89% de los 120 adolescentes encuestados. Son valores vigentes en su cultura, que el profesional de salud puede activar en contra del alcoholismo empleando la misma fraseología.

142. DISCRIMINACION CULTURAL EN ADOLESCENTES CONTRA LA MUJER EN RELACION A INGESTA INMODERADA DE ALCOHOL

Prof. Diego Zalazar y Srs. Raúl Correa, Francisco Moraga, Mario Martínez, Lucy Vásquez y Jorge Wilson
(Escuela de Salud Pública, Universidad de Chile)

La investigación de los patrones de educación informal de los hijos muestra que esta es una responsabilidad fundamentalmente de la madre. La observación depara la sorpresa de que la madre introduce en ese proceso, en niños y niñas por igual, pautas de conducta discriminatorias contra la mujer. Así ocurre, por ejemplo, en el caso de la ingesta de alcohol. El objetivo de este trabajo fue caracterizar la actitud de una muestra de adolescentes de ambos sexos frente a la ingesta inmoderada de alcohol femenina y masculina.

Materiales y Métodos

Se encuestó a 113 alumnos de 4º Año Medio de un Liceo urbano de la Región Metropolitana, pertenecientes a clase media media y media baja.

El cuestionario contenía los siguientes ítems:

- 1) ¿Qué siente Ud. frente a una persona ebria?
- 2) ¿Qué piensa Ud. de una persona que se cura casi todos los fines de semana?
- 3) ¿Qué piensa Ud. de una mujer que se cura? ¿Por qué?
- 4) ¿Qué piensa Ud. de un hombre que se cura? ¿Por qué?

Las respuestas a estos ítems fueron sometidos a Análisis de Contenido. Este análisis rindió las siguientes categorías:

- a) discrepancia normativa: el respondiente juzga que la ingesta inmoderada de alcohol discrepa con las normas de decencia, de ética y de estética;
- b) actitud comprensiva: el respondiente justifica de algún modo expreso la ingesta inmoderada de alcohol;
- c) actitud colaborativa: el respondiente expresa una actitud de ayuda a la persona que hace ingesta inmoderada;
- d) emoción negativa: el respondiente expresa sentimientos de rechazo abierto;
- e) juicios objetivos: el respondiente menciona daños objetivos derivados del beber inmoderado.

Resultados y Conclusiones

Se obtuvieron 400 datos de las 113 encuestas. La mayoría de éstas muestran un rechazo mayor de la ingesta inmoderada en la mujer que en el hombre, tanto por parte de hombres como de mujeres.

TABLA Nº 1

EJEMPLOS DE REPUESTAS QUE SEÑALAN

A. Discrepancia Normativa:

- 1) Es una mujer irresponsable
- 2) Se ve muy mal una mujer curada
- 3) La ebriedad, en el hombre, es una manera de no afrontar la realidad
- 4) Un hombre ebrio es uno al que "se le pasa la mano", ya que uno puede "tomar" pero no llegar a eso
- 5) Es más desastroso ver a una mujer ebria que a un hombre ebrio; pienso que es "lo último"; las mujeres se ponen más vulgares y llaman más la atención que los hombres.

B. Actitud Comprensiva:

- 1) Un hombre que se cura lo hace porque se siente bien
- 2) Si los hombres se emborrachan, no veo por qué criticar a una mujer que lo haga
- 3) Opino que una mujer tendría su razón para tomar
- 4) El hombre se cura porque le gusta el licor y se olvida de sus problemas.

C. Actitud Colaborativa:

- 1) A un hombre que se cura pienso que hay que ayudarlo, porque solo no va a salir del círculo alcohólico.

D. Emoción Negativa:

- 1) Me desagrada, lo hallo horrible.

E. Juicios Objetivos:

- 1) El bebedor inmoderado destruye su salud
2) El bebedor inmoderado malgasta su dinero
3) El bebedor inmoderado provoca problemas a los demás.

TABLA Nº 2

**DECLARACION DE REACCIONES FRENTE A PERSONAS EBRIAS,
HOMBRES Y MUJERES, HECHAS POR ESTUDIANTES DE 4º AÑO MEDIO
DE UN LICEO DE SANTIAGO**

Reacción al estar junto a Persona Ebria	Hombres		Mujeres		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Reacción de rechazo	15	55,6	56	65,1	71	62,8
Reacción tolerante	5	18,5	9	10,5	14	12,3
Reacción colaborativa	2	7,4	10	11,6	12	10,6
Reacción ambigua	2	7,4	6	7,0	8	7,2
Reacción apática	3	11,1	2	2,3	5	4,4
Sin la experiencia	—	—	3	3,5	3	2,7
Total	27	23,9	86	76,1	113	100,0

143. SOBRE LA FUNCIONALIDAD DE LA INGESTA DE ALCOHOL

Prof. Diego Zalazar, Enf. Amelia Salomón y Srs. Lucy Vásquez, Jorge Wilson, Mario Martínez,
Francisco Moraga y Raúl Correa
(Escuela de Salud Pública, Universidad de Chile)

Entendemos por "función" el resultado que una comunidad supone o cree que tiene un artefacto cultural en su vida cotidiana. El alcohol, un artefacto cultural intensamente valorado, parece cumplir funciones importantes en las comunidades. Esta ha sido la hipótesis de este trabajo. Básicamente se supone que el alcohol, en cuanto a psicotrópico, tiene como función modificar estados psicológicos en un sentido deseable para el que hace la ingesta. El objetivo de esta investigación fue identificar indicios que corroboraran esta hipótesis.

Material y Métodos

Se aplicó un cuestionario a 120 alumnos de 4º año Medio de un Liceo de Santiago, de nivel socioeconómico medio medio y medio bajo. Los ítems del cuestionario analizados en este trabajo fueron:

1) ¿Conoce Ud. alguna persona que "se cure" a menudo? ¿Por qué cree Ud. que esa persona "se cura"? 2) En su opinión, ¿por qué cree Ud. que la gente toma alcohol? 3) ¿En qué ocasiones cree Ud. que está bien tomar alcohol? ¿Por qué?

Resultados y Conclusiones

El análisis de contenido de las respuestas dadas por los estudiantes revela que la ingesta de alcohol cumpliría básicamente dos funciones: a) aliviar stress, ya sea éste agradable o desagradable; b) facilitar el flujo emocional en la convivencia.

Este hallazgo vendría a corroborar la percepción de que la ingesta de alcohol es un acontecimiento de origen emocional. Una tercera función, especificada en el vino, es también importante: la de estimulante de las papilas gustativas, lo cual se expresa en la adhesión al acompañamiento de las comidas con vino.

El problema que se plantea al apoyar la hipótesis de la funcionalidad de la ingesta de alcohol, es que su supresión necesariamente generaría un "vacío" psicológico y psicosocial, que sería necesario llenar con algún elemento psicotrópico inocuo equivalente en sus efectos a los buscados por los pacientes a través de la ingesta de alcohol.

TABLA Nº 1

OPINIONES RESPECTO A CAUSA DEL BEBER INMODERADO EN BEBEDORES
PERSONALMENTE CONOCIDOS, DECLARADAS POR ESTUDIANTES DE 4º AÑO
MEDIO DE UN LICEO DE SANTIAGO

Si conoce personas que se curan, ¿por qué cree que lo hacen?	Hombres		Mujeres		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Para olvidar sus problemas	21	42,0	51	63,7	72	55,5
Para pasarlo bien	7	14,0	8	10,8	15	11,5
Por soledad	-	-	7	8,7	7	5,4
Porque están envidiados	9	18,0	3	3,8	12	9,2
Porque están enfermos	8	16,0	2	2,5	10	7,7
Otros	5	10,0	9	11,3	14	10,8
- por imitación	2	4,0	2	2,5	4	3,0
- no sabe hacer otra cosa	-	-	2	2,5	2	1,5
- por sentirse más hombre	2	4,0	1	1,2	3	2,3
- como celebración	1	2,0	-	-	1	0,8
- por cobardía	-	-	1	1,2	1	0,8
- por costumbre	-	-	1	1,2	1	0,8
- por frustración	-	-	1	1,2	1	0,8
- no sabe	-	-	1	1,2	1	0,8
Total	50	38,5	80	61,5	130	100,0

TABLA Nº 2

OPINIONES RESPECTO A CAUSAS DEL BEBER INMODERADO EN GENERAL
DECLARADAS POR ESTUDIANTES DE 4º AÑO MEDIO DE UN LICEO DE SANTIAGO

¿Por qué Bebe la Gente?	Hombres		Mujeres		No Consignado		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Evadir responsabilidades o problemas	13	30,2	46	43,0	2	22,2	61	38,4
Necesidad (vicio)	1	2,3	17	15,9	—	—	18	11,3
Diversión (placer)	7	16,3	14	13,1	2	22,2	23	14,5
Olvidar penas o malos recuerdos	3	7,0	10	9,3	—	—	13	8,2
Para sentirse superiores o juntar valor	4	9,3	8	7,5	1	11,2	13	8,2
Como imitación	5	11,6	5	4,7	2	22,2	12	7,5
Otros	10	23,3	7	6,5	2	22,2	19	11,9
— presión del medio	2	4,7	1	0,9	—	—	3	1,9
— por ignorancia	3	7,0	—	—	—	—	3	1,9
— efecto publicidad	—	—	2	1,9	—	—	2	1,3
— romper rutina	3	7,0	3	2,8	—	—	6	3,7
— quitar el frío	1	2,3	—	—	—	—	1	0,6
— cobardía	1	2,3	—	—	1	17,1	2	1,3
— por costumbre	—	—	—	—	1	17,1	1	0,6
— no sabe	—	—	1	0,9	—	—	1	0,6
Total	43	27	107	67,2	9	5,8	159	100,0

TABLA Nº 3 - 4

**OPINIONES RESPECTO A OCASIONES ADECUADAS PARA BEBER, SEGUN
ALUMNOS DE 4º AÑO MEDIO DE UN LICEO DE SANTIAGO**

Ocasiones justificables para beber alcohol	Hombres		Mujeres		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Fiestas y celebraciones	20	57,1	71	76,3	91	66,9
Con las comidas	5	14,3	15	14,9	20	14,7
Con amigos	4	11,4	7	8,9	11	8,1
Nunca	4	11,4	7	8,9	11	8,1
Otros	2	5,8	1	1,0	3	2,2
— cuando ofrezcan	—	—	1	1,0	1	0,7
— ocasiones tristes	1	2,9	—	—	1	0,7
— cuando uno quiera	1	2,9	—	—	1	0,7
Total	35	25,7	101	74,3	136	100,0

¿Por qué es justificable?	Hombres		Mujeres		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Como forma de celebrar	6	46,2	17	50,0	23	48,9
Alegra y desinhibe	4	30,8	8	23,5	12	25,5
Favorece convivencia	2	15,4	6	17,6	8	17,0
Otros	1	7,6	3	8,9	4	8,6
— abre apetito	—	—	1	2,9	1	2,1
— favorece comunicación	—	—	2	6,0	2	4,4
— es costumbre	1	7,6	—	—	1	2,1
Total	13	27,7	34	72,3	47	100,0

144. PREVALENCIA DEL SINDROME ALCOHOLICO FETAL EN CONIN DE CONCEPCION

Dra. María Mena, Srtas. Carmen Alvial, Gisela Asenjo, Erika Allendorf, Leyla Venegas y Dr. Hugolino Catalán
(Servicio de Pediatría, Unidad de Genética, Hospital Gmo. Grant Benavente de Concepción
y CONIN de Concepción)

El retardo del desarrollo prenatal y/o postnatal es uno de los tres rasgos clínicos principales del Síndrome Alcohólico Fetal (SAF), además de las alteraciones neurológicas y craneofaciales.

El retardo del desarrollo intrauterino se debe a la acción tóxica directa del alcohol que interfiere con la proliferación celular fetal, además por daño placentario altera el flujo de nutrientes esenciales, lo que es agravado por la malnutrición materna secundaria al alcoholismo.

Por estar presente la desnutrición en un 90% de los niños con SAF estudiados en la Policlínica de Genética del Hospital Grant Benavente de Concepción y al provenir un número importante de ellos de CONIN, se decidió investigar la prevalencia de este síndrome en dicha institución.

Durante el año 1982 se revisaron los antecedentes sociales de todos los lactantes ingresados a CONIN, investigando antecedentes familiares de alcoholismo materno y paterno. Se examinaron los lactantes buscando rasgos clínicos de SAF y descartando otras genopatías.

Resultados

De 114 lactantes, 14 (12%) tenían antecedentes familiares y rasgos clínicos compatibles con SAF, 5 (4%) tenían el Síndrome completo, y 9 (8%) parcial o Efectos Fetales del Alcohol: EFA. En la tabla 1 se compara la frecuencia de rasgos clínicos entre los dos grados de SAF, siendo obviamente más frecuentes los rasgos en los SAF completos.

TABLA Nº 1

FRECUENCIA DE RASGOS CLINICOS DE 14 DESNUTRIDOS SECUNDARIOS A ALCOHOLISMO FETAL COMPLETO (SAF) Y PARCIAL (EFA) EN CONIN CONCEPCION

	5 SAF	%	9 EFA	%
A. Rasgos clínicos más frecuentes				
1) Retardo del desarrollo prenatal				
Retardo del desarrollo postnatal	5	100	9	100
2) Retardo del desarrollo psicomotor	5	100	8	81
3) Alteraciones craneofaciales:				
Microcefalia	4	80	6	64
Blefarofimosis	5	100	7	78
Labio superior fino	5	100	6±	64
Ausencia de surco nasolabial	3	60	4±	44
Hipoplasia medio facial	5	100	4±	44

La recuperación de los SAF completos fue prácticamente nula, en comparación a los desnutridos primarios de la misma edad, sexo y grado de desnutrición, mientras que la curva ponderal de los SAF parciales mostró ascenso, pero más lento que los desnutridos primarios.

Se observó en general que el retardo psicomotor de los SAF era moderado, mostrando conservación del área social y mayor deterioro en las áreas motoras, lenguaje y coordinación.

Los lactantes con SAF presentaban desnutrición primaria y privación materna, además de la desnutrición secundaria del síndrome.

En las madres bebedoras excesivas se observó además una dieta hipocalórica e hipoproteica.

La frecuencia de padres bebedores excesivos de CONIN era de 42%.

Al alta, los SAF que fueron a sus hogares (64%) tuvieron peor pronóstico nutricional y psicomotor que los que fueron a hogares, colocación familiar o adopción.

Se concluye que la ingestión excesiva de alcohol de los padres tiene una relación directa con la mayor incidencia de desnutrición primaria en lactantes de CONIN y cuando se trata de la madre se agrega la desnutrición secundaria al alcoholismo prenatal. Lo importante es que esta patología es prevenible.

145. PREVALENCIA DEL SÍNDROME ALCOHOLICO FETAL EN HOGARES DEL SERVICIO NACIONAL DE MENORES DE LA 8a. REGIÓN DE CHILE

Drs. María Mena, Rodrigo Nazal, Eduardo Fernández, Mónica Muñoz, Flor Mora, Gladys Olivo, Juan Ortíz, Mónica Simón, Carlos Torres, Eliana Feres, Enrique Beratto, Heberto Pérez.

(Hospital Gmo. Grant Benavente, Servicio de Pediatría y Unidad de Genética Concepción, Dirección de Atención Periférica de Concepción, Universidad de Concepción, Depto. de Salud Pública).

El alcoholismo familiar se cita en la literatura médica como causa importante de los problemas sociales de la infancia; tanto en Francia como en Estados Unidos se considera al alcoholismo materno como un problema real de Salud Pública.

En un estudio anterior sobre prevalencia del SAF en Escuelas Especiales de la Provincia de Concepción se encontró que un 12 por ciento de los escolares tienen deficiencia mental secundaria al SAF y además se observó que numerosos escolares provenían de hogares infantiles.

Motivados por estas observaciones se decidió investigar la prevalencia del SAF en Hogares Infantiles del Servicio Nacional de Menores de la 8a. Región, como causa de los problemas sociales de la infancia con fines educativos y preventivos.

Durante el año 1984 se estudiaron 8 hogares infantiles: 3 de Concepción, 2 de Talcahuano y 1 de Coronel, Chillán y Los Angeles con un total de 931 niños. A todos se les investigó antecedentes familiares de alcoholismo, 230 menores tenían antecedentes familiares incompletos de alcoholismo, por lo que el estudio se limitó a 701 niños (11% de los 6.096 menores de SENAME 8a. Región) y a todos ellos se les realizó examen físico e investigó antecedentes personales, coeficiente intelectual (CI) y alteraciones neurológicas como: trastorno de aprendizaje, lenguaje y conductuales.

Resultados

De los 701 menores estudiados, 85% tenían padres bebedores excesivos (BE): 81% de los padres, 30% de las madres; 26% tenía ambos padres BE y sólo 15% tenía padres bebedores normales (BN).

En la tabla 1 se puede observar que los hijos de padres BE tienen mayor déficit intelectual que los hijos de padres BN y además que existe una relación inversa entre intensidad del alcoholismo familiar y la categoría del CI de los hijos, observándose mayor frecuencia de CI subnormales (bajo el CI Normal Lento).

La prevalencia del SAF en los hogares era de 19%: 1/3 eran SAF completos y 2/3 parciales. En la tabla 2 se observa que a mayor dismorfogénesis del SAF corresponde mayor frecuencia de CI subnormal, excepto en los hijos sin rasgos clínicos pero con alteraciones neurológicas y que presentan mayor frecuencia de déficit intelectual que los SAF parciales. Esto concuerda con la literatura médica que afirma que el órgano más precozmente dañado por la acción teratogénica del alcohol es el sistema nervioso.

También se observó entre los hijos sólo de padre BE, que 1/3 de ellos (18%) tenía rasgos clínicos parciales de SAF coincidiendo con una mayor frecuencia de CI bajo el normal promedio que los hijos sin rasgos del síndrome (36%), siendo esta diferencia estadísticamente significativa.

Las madres BE fallecieron por cirrosis hepática en una proporción mayor que los padres BE, también con una diferencia estadísticamente significativa.

Se concluye que el alcoholismo familiar es la causa más frecuente de los problemas sociales de la infancia y la más importante causa prevenible de deficiencia mental.

TABLA Nº 1

INGESTION EXCESIVA DE ALCOHOL DE LOS PADRES SEGUN COEFICIENTE INTELECTUAL DE LOS HIJOS EN 8 HOGARES DE SENAME. 8a. REGION. CHILE

Padres Bebedores Excesivos	Coeficiente Intelectual (C.I.)							
	Subnormal		Normal		Sin Datos		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Ambos	64	34,6	116	62,7	5	2,7	187	100
Madre	71	32,9	139	64,3	6	2,8	216	100
Padre	82	21,3	296	77,1	6	1,6	384	100
Ninguno	5	5,0	94	93,1	2	1,9	101	100

TABLA Nº 2

HIJOS DE MADRES BEBEDORAS EXCESIVAS: DISTRIBUCION DE COEFICIENTE INTELECTUAL SEGUN MANIFESTACIONES CLINICAS Y NEUROLOGICAS EN 8 HOGARES INFANTILES DE SENAME 8a. REGION. CHILE

Manifestaciones Clínicas y Neurológicas	Coeficiente Intelectual (C.I.)							
	Subnormal		Normal		Sin Datos		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
SAF	23	53,5	16	37,2	4	9,3	43	100
SAF parcial	29	30,8	64	68,1	1	1,1	94	100
Alteraciones Neurológicas	19	40,4	27	57,4	1	2,2	47	100
Sin alteración	—	—	32	100,0	—	—	32	100
Total	71	32,9	139	64,3	6	2,8	216	100

146. PREVALENCIA DE USO DE ALCOHOL, DIAGNOSTICOS Y ACCIDENTES LIGADOS A ESTE EN CUATRO SERVICIOS DE URGENCIA DE SANTIAGO DE CHILE

Drs. Ramón Florenzano, Alfredo Pemjean, Psicol. Pamela Orpinas, Jorge Manzi,
Enf. Macarena Valdés, Int. Daniel Seijas.

(Facultad de Medicina Universidad de Chile, y Escuela de Psicología, Universidad Católica de Chile).

Este estudio evalúa la frecuencia e intensidad del consumo de alcohol por hombres consultantes en cuatro Servicios de Urgencia de Santiago (Hospitales del Salvador y Barros Luco Trudeau, Hospital de Urgencia Alejandro del Río, y del Servicio de Urgencia de Ñuñoa). Entre Diciembre de 1984 y Marzo de 1985 se estudió una muestra de 198 consultantes entre las 9:00 AM y las 9:00 PM, seleccionándolos aleatoriamente del total de varones consultantes mayores de 15 años.

Cada uno de ellos fueron medidos así: aplicación del alcohol-stick, desarrollado por Israel y Cols. en Toronto, y de un analizador de aire expirado para medir la concentración de alcohol en líquidos corporales y aliento respectivamente. Evaluación Clínica de ingesta de alcohol; uso de dos cuestionarios de screening (TSBP y CAGE) validados por los autores anteriormente nombrados y los diagnósticos médicos registrados en la historia clínica.

Los 198 consultantes tenían una edad promedio de 35,4 años (15-77); entre el 7,2 y 8,3 por ciento mostraban signos de intoxicación por alcohol en el momento de la consulta y la correlación entre las tres mediciones usadas fueron altas: 0,86, 0,80 y 0,89 y entre el 10,8 y 16,5 por ciento mostraban indicios de haber usado alcohol en alguna magnitud antes de consultar. La frecuencia de alcohol fue registrada sólo en el 4,7% de los casos en la historia clínica (o sea en uno de cuatro casos).

De acuerdo a los cuestionarios de screening, el 65,2% (TSBP) de los consultantes eran bebedores problema. Este porcentaje varió desde el 50% en el Hospital del Salvador al 77,6% en el Hospital Barros Luco Trudeau. Se enfatiza la importancia clave de los Servicios de Urgencia para el diagnóstico precoz de los bebedores-problema y se comenta la utilidad del alcohol-stick y de los cuestionarios de screening para este diagnóstico. Se finaliza subrayando la necesidad de una mejor formación tanto en el pregrado como en el postgrado (capacitación continuada) de los médicos en este tema.

147. INGESTION DE TRANQUILIZANTES MENORES EN ESCOLARES ADOLESCENTES

Drs. Mario Montecinos, Juan Carlos Terán y Srs. Juan C. Molina, Carlos Trujillo y José M. Moreno
(Departamento de Salud Pública, División Occidente, Facultad de Medicina, Universidad de Chile)

Entre las drogas de uso habitual figuran los tranquilizantes menores. Estos pueden, potencialmente, producir dependencia psíquica y física.

Se realizó un estudio descriptivo para medir la frecuencia de ingestión de estas drogas y algunos factores asociados, en estudiantes adolescentes de algunos colegios del centro de Santiago.

Los objetivos fueron: establecer el porcentaje y la frecuencia de ingestión según sexo; el origen de la prescripción; las motivaciones primarias más frecuentes que determinaron la ingesta. Además, se estudiaron los antecedentes que hacían probable la dependencia psíquica y el consumo de estos medicamentos en el hogar.

Material y Método

Se aplicó un cuestionario anónimo, autoexplicativo, con preguntas abiertas y cerradas, a 755 adolescentes de 3º y 4º año medio de 4 colegios del sector céntrico de Santiago. El 49,7 por ciento fueron hombres (375) y el 50,3% mujeres (380). Las edades fluctuaron entre 15 y 20 años.

Se consignaron datos en relación a sexo, edad, consumo actual o reciente (últimos 30 días) de tranquilizantes, frecuencia de ingestión (diaria, semanal u ocasional), origen de la prescrip-

ción, antecedentes de dependencia personal y de consumo en el hogar.

Se consideró dependencia psicológica a aquel estado en que se mantiene un deseo imperioso de usar la droga, incapacidad de detenerse cuando ya se ingirió o de abstenerse de usarla.

Resultados

El 29,5% de los escolares encuestados (223) refirió ingerir tranquilizantes, correspondiendo a las mujeres el 29,2% y a los hombres el 29,9% (Tabla 1).

En relación a frecuencia de ingestión de los 223 adolescentes con antecedentes positivos, el 73,1% refirió hacerlo ocasionalmente; el 9,9% lo hacía en forma semanal y el 17,0% , diariamente. No se apreciaron diferencias entre ambos sexos.

En lo relativo a origen de la prescripción, se observó que, de los que consumen, el 45,7 por ciento la recibió por orden médica; en el 21,5% fue automedicada; los padres suministraron el medicamento en el 17,1% de los casos y en el 15,7% fue hecho por otros. En este rubro tampoco hubo diferencias entre hombres y mujeres.

La principal causa de ingesta de drogas fue, en el 55,2% de los casos, el nerviosismo; la segunda causa fueron los trastornos del sueño, con un 14,3% . La curiosidad presentó un 10,8 por ciento, siendo más frecuente en los hombres ($p = 0,04$). Las maniobras evasivas (farmacotimia), presentaron un 3,6% , con un 0,9% en los hombres y un 6,3% en las mujeres ($p = 0,02$).

En lo referente a antecedentes de dependencia psíquica, el 9,0% de los 223 casos, declaró probablemente tenerlas. Las mujeres presentaron una mayor frecuencia sin ser significativa (10,8% contra 7,1% en los hombres). No se consignó el dato en 11 casos.

El 58,7% de los jóvenes que consumen tranquilizantes tienen antecedentes positivos de consumo en sus hogares, sin observarse diferencias entre ambos sexos. De aquellos adolescentes que no ingieren estos fármacos, el 34,6% tienen antecedentes de ingesta en la familia, con un 39,9 por ciento para los hombres y un 29,4 en las mujeres ($p = 0,05$). Al comparar los que utilizan tranquilizantes con aquellos que no lo hacen, los primeros tienen una mayor frecuencia de consumidores en sus hogares, tanto en el total como por sexo ($p = 0,001$) (Tabla 2).

TABLA Nº 1

INGESTA DE TRANQUILIZANTES MENORES EN ADOLESCENTES SEGUN SEXO

Ingestión	Hombres		Mujeres		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Sí	112	29,1	111	29,2	223	29,5
No	263	70,1	269	70,8	532	70,5
Total	375	100,0	380	100,0	755	100,0

TABLA Nº 2

RELACION ENTRE INGESTION DEL ENCUESTADO E INGESTION EN EL HOGAR EN 755 ESTUDIANTES. DISTRIBUCION PORCENTUAL

Ingestión del Encuestado	Porcentaje de Ingestión Positiva en el Hogar	
	Sí (n = 315) %	No (n = 440) %
Sí (n = 223)	58,7	41,3
No (n = 532)	34,6	65,4
Total	41,7	58,3

148. MORTALIDAD Y MORBILIDAD POR ENFERMEDADES MENTALES EN CHILE

Drs. Aída Kirschbaum, Ruth Contreras y Aída Pizzi
(Escuela de Salud Pública, Universidad de Chile)

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. (1). Sin embargo, algunos de estos rubros como alcoholismo y abuso de drogas ocupan lugares importantes entre las causas de muerte y de egresos, de aquí que consideremos interesante un análisis de la totalidad de las defunciones del país y de los egresos procedentes de los Establecimientos de Salud del Sector Público durante los años 1982 y 1983 que aparecen catalogados como Enfermedades Mentales.

Resultados

Las Defunciones por Enfermedades Mentales correspondieron a 446 y 556 en los dos años analizados. Presentaron predominio masculino de 3.3:1 en 1982 y 2.5:1 en 1983.

El análisis por grupos de edad permite observar que las tasas aumentan con la edad llegando a 25,2 y 33,6 por 100.000. En todos los grupos de edad las tasas son de predominio masculino.

En el análisis de las defunciones por causa específica, la 1ra. importancia corresponde al Síndrome de Dependencia del Alcohol con tasas de gran predominio masculino de 7 y 9 varones por mujer. La 2a. causa de muerte es la Psicosis Orgánica Senil y Presenil. La 3ra. causa corresponde al Retraso Mental no Especificado. Estas dos últimas causas no tienen predominio por sexo. La 4a. causa es la Psicosis Esquizofrénica cuyas tasas tampoco tienen predominio evidente por sexo. La 5a. causa es la Psicosis Alcohólica, que presenta predominio masculino ostensible: en 1982 no hay defunciones de mujeres con este diagnóstico y en 1983 hay 4,7 hombres por mujer.

En 1982, la 6a. y la 7a. causa de defunción corresponden a Otras Psicosis no Orgánicas, de predominio femenino y los Trastornos Neuróticos. En 1983 ocupan estos lugares el Abuso de Drogas sin Dependencia que se observa sólo en varones, y Otras Psicosis no Orgánicas sin predominio alguno en este año. Los lugares 8º y 9º corresponden a Otras Psicosis Orgánicas Crónicas y la Psicosis Afectiva, de predominio femenino.

El análisis de las causas específicas de defunción por grupos de edad revela que en los menores de 14 años sólo se presentan defunciones por Retraso Mental no Especificado, Síndrome de Dependencia del Alcohol y Abuso de Drogas sin Dependencia. Desde el grupo adolescente hasta los 64 años la 1ra. causa corresponde al Síndrome de Dependencia del Alcohol. En el grupo adolescente, otras causas específicas son el Retraso Mental N.E., la Psicosis Afectiva y el Abuso de Drogas sin Dependencia. En el adulto joven, las causas de muerte continúan siendo las mismas y se agrega la Psicosis Esquizofrénica. En el adulto maduro de 45 a 64 años, la 1ra. causa, el Síndrome de Dependencia del Alcohol, adquiere la máxima importancia relativa, aún cuando las tasas son mayores en el grupo senescente. Antes de los 45 años ocurre el 25 y el 31 por ciento de las muertes por el Síndrome de Dependencia del Alcohol, lo que representa un número importante de años de esperanza de vida perdidos. En el grupo de 45 a 64 años, la 2a. causa de muerte es la Psicosis Senil y Presenil. La 3a. causa es la Psicosis Alcohólica y el Abuso de Drogas sin Dependencia continuando después la Psicosis Esquizofrénica, los Trastornos Neuróticos y Otras Psicosis Orgánicas Crónicas. En el grupo senescente, la 1ra. causa de defunción por Enfermedades Mentales es la Psicosis Orgánica Senil y Presenil. El 2º lugar lo ocupa el Síndrome de Dependencia Alcohólica; el 3er. lugar lo ocupa la Psicosis Alcohólica y el 4º lugar lo ocupa la Psicosis Esquizofrénica.

Con respecto a los Egresos por Enfermedades Mentales en los años 1982 y 1983, alcanzaron a 21.153 y 23.958 respectivamente, que corresponden al 2% del total de Egresos del país, con tasas de 184 y 205 por 100.000 Hbts. y con predominio masculino de 1,3 a 1,5 hombres por mujer.

En el análisis por grupos de edad destaca que las tasas aumentaron de 17 por 100.000 en la niñez a 350 y 380 en el grupo de 35 a 44 años, para volver a descender a 183 y 229 en el grupo senescente. El predominio es masculino con excepción del grupo de 1 a 14 años.

En el análisis por causas específicas, la causa más importantes es el Síndrome de Dependencia del Alcohol que corresponde a alrededor de 1/4 de los diagnósticos. De predominio masculino, la razón hombre/mujer fluctúa entre 4.5 y 7.1:1. La 2a. causa de egreso es la Psicosis Esquizofrénica seguida de los Trastornos Neuróticos; la 1ra. de éstos de predominio masculino, y la 2a., femenino. El 4º lugar corresponde al Abuso de Drogas sin Dependencia, con marcado predominio masculino de 5.2 y 6:1 en los dos años estudiados. El 5º lugar corresponde a Otras Psicosis No Orgánicas, de predominio femenino, y el 6º a la Psicosis Alcohólica, de marcado predominio masculino con 8.8 y 7.6:1 en 1982 y 1983, respectivamente.

En el análisis de los egresos por grupos de edad destaca en el grupo de 1 a 14 años, como causa de egreso más importante, los Trastornos Neuróticos, seguida de Otras Psicosis No Orgánicas y la Psicosis Esquizofrénica. El 4º lugar lo ocupa el Abuso de Drogas sin Dependencia.

En el grupo adolescente, la 1ra. causa es la Psicosis Esquizofrénica. La 2a. causa son los Trastornos Neuróticos seguido del Síndrome de Dependencia del Alcohol. En el grupo de 25-34 la 1ra. causa continúa siendo la Psicosis Esquizofrénica, y el 2º lugar pasa a ocuparlo el Síndrome de Dependencia del Alcohol, seguido de los Trastornos Neuróticos. Desde los 35 años la 1ra. causa es el Síndrome de Dependencia del Alcohol. El 2º lugar lo ocupan los Trastornos Neuróticos, seguido de la Psicosis Esquizofrénica y el Abuso de Drogas sin Dependencia. Esta distribución continúa en el grupo de 45 a 64 años con la tasa más alta para el Síndrome de Dependencia del Alcohol. En este grupo de edad el 5º lugar corresponde a la Psicosis Alcohólica. En el grupo senescente se mantienen las dos 1ras. causas, pero la 3a. y la 4a. corresponden a Otras Psicosis Orgánicas Crónicas y Otras Psicosis No Orgánicas. El 5º lugar corresponde a las Psicosis Afectivas.

El Síndrome de Dependencia del Alcohol se observa en los egresos de toda edad, acumulándose el 90% de ellos entre 25 y 64 años. La Psicosis Alcohólica también se presenta en toda edad y el 87% de los egresos se presenta en ese grupo de edad. En estas mismas edades se observa el 78% de los egresos por Cirrosis Hepática (que en el 80% de los casos tiene origen alcohólico).

En el senescente se presenta cerca del 5% de los egresos por Síndromes de Dependencia del Alcohol, 1% de las Psicosis Alcohólicas y el 18% de las Cirrosis Hepáticas. En los menores de 25 años se presenta cerca del 6% del Síndrome de Dependencia del Alcohol, cerca del 8% de las Psicosis Alcohólicas y el 4% de las Cirrosis Hepáticas.

(1) Ministerio de Salud. Proyección de Morbilidad y Mortalidad de Chile al Mediano Plazo. 1983.

TABLA Nº 1

**DEFUNCIONES POR ENFERMEDADES MENTALES SEGUN SEXO
TASAS POR 100.000 HABITANTES. CHILE 1982-1983**

Sexo	Defunciones					
	1982			1983		
	Nº	%	Tasa	Nº	%	Tasa
Masculino	339	76,0	6,0	399	71,8	6,9
Femenino	107	24,0	1,0	157	28,2	2,7
Total	446	100,0	3,9	556	100,0	4,8

TABLA Nº 2

**DEFUNCIONES POR ENFERMEDADES MENTALES SEGUN GRUPOS DE EDAD
TASAS POR 100.000 HABITANTES. CHILE 1982- 1983**

E d a d (años)	Defunciones					
	1982			1983		
	Nº	%	Tasa	Nº	%	Tasa
1 - 14	5	1,1	0,1	8	1,4	0,2
15 - 24	11	2,5	0,5	11	2,0	0,5
25 - 34	26	5,9	1,4	23	4,1	1,2
35 - 44	68	15,4	5,0	73	13,1	5,2
45 - 64	171	38,7	10,4	221	39,8	13,1
65 y +	161	36,4	25,2	220	39,6	33,6
Total	442	100,0	3,8	556	100,0	4,8

149. CAPACITACION DEL PROFESOR DE EDUCACION MEDIA, DE LA REGION METROPOLITANA, QUE PARTICIPA EN LA INVESTIGACION "EFECTIVIDAD DE LA ACCION EDUCATIVA EN LA PREVENCION DE DROGADICCION"

Prof. Ana Repetto, Mercedes Báez, Miguel de la Rivera, Sociól. Carmen Naveillan, Eric Troncoso,
Dr. Ramón Florenzano y Francisco O'Ryan
(División Oriente, Facultad de Medicina, Universidad de Chile y Ministerios de Salud y Educación)

Múltiples estudios (1, 2, 3, 4, 5) han demostrado que el problema del abuso del consumo de alcohol y otras drogas ha ido en aumento en los adolescentes en los últimos decenios, y que está ocurriendo cada vez a edad más temprana y en diferentes niveles socioeconómicos, siendo las causas psicosociales, como satisfacer la curiosidad, necesidad de pertenencia, independencia u hostilidad, y como mecanismo de escape de la realidad, agregada a la mayor aceptación social de su uso. Estas causas pueden ser abordadas educativamente a través del sistema escolar, que en Chile, en los últimos dos decenios, ha aumentado considerablemente.

Para que las actividades de prevención primaria en educación, den resultados, se requiere la participación directa del profesorado que garantice compromiso y continuidad al programa (6).

La capacitación en alcoholismo y otras drogas, y en metodología educativa, se realizó a 52 profesores de enseñanza media de la Región Metropolitana, provenientes de 8 Liceos Científicos de hombres, mixtos, diurnos, de diferentes niveles socioeconómicos de procedencia de los alumnos (2 Las Condes, nivel medio alto; 2 Santiago, medio bajo; 2 Pudahuel, marginal y 2 Rurales, Isla de Maipo y El Monte). Los profesores son de diferentes asignaturas: 6 Liceo Tipo A y 4 ó 2 en B y C, más Orientadores y Directivos Superiores por Liceo, formándose 2 esquemas de capacitación en relación a metodología educativa, uno llamado Tradicional (E.T.) y otro centrado en el alumno (ECA) de acuerdo a Decreto 300. Del grupo ET, 5 son hombres y 16 mujeres, del ECA 10 hombres y 21 mujeres, con edades promedios de 37 años las mujeres, 33 los hombres y 12 años de servicio. El 50% de éstos trabaja también en colegios particulares.

La 1ra. etapa de capacitación se hizo en Diciembre de 1984, con 30 horas de Salud Pública y prevención de drogas para todo el grupo, y 30 horas más sobre metodología ECA. Se obtuvo un puntaje inicial 50% y final de 75% en conocimiento. El promedio de asistencia fue de 90% en grupo ECA y 85% Tradicional. En 1985 se ha estado trabajando 3 horas todos los lunes desde Marzo a la fecha (72 horas), en las cuales se los ha preparado sobre metodología educativa, metodología de investigación y participación en talleres en los cuales han preparado, validado y probado 3 instrumentos de: a) Conocimientos, b) Actitudes, c) Prevalencia, que servirán para obtener información diagnóstica necesaria para elaborar el Currículum y para elaborar los instrumentos definitivos y 6 instrumentos más sobre ECA con el mismo fin.

En las vacaciones de invierno el grupo de ECA ha tenido un curso de 40 horas sobre aprender a enseñar, con un 83% de asistencia, con 50% de conocimientos iniciales y 80% de logros finales, y el grupo tradicional un curso sobre drogadicción y metodología educativa de 30 horas (con 80% de asistencia). Han realizado, a la vez, un diagnóstico de las actividades que se desarrollan dentro del establecimiento y un diagnóstico de las características, necesidades y problemas de los profesores de los Liceos participantes en el Proyecto de Investigación.

Al mismo tiempo el grupo ECA está participando en un encuentro de desarrollo personal una mañana cada sábado (28 horas) que finalizará con un taller de destreza de ayuda.

Todas estas actividades apuntan a capacitar al profesorado para que puedan elaborar los currículum pertinentes con los dos enfoques educativos que apunten a la prevención del alcoholismo y otras drogas en la enseñanza media.

Referencias

1. Stegen, G. Consumo de bebidas alcohólicas en la población infantil. Rev. Chil. Pediatr. 30:55 1956.
2. Villalobos, N.S. La ingestión de alcohol en el escolar adolescente. Cuad. Médico-Sociales Vol. 21 No 1, 1980.
3. Gomberoff, M. y Florenzano, R. A Study of the conscious motivations and the effect of marihuana smoking on group of adolescent in Chile. Bulletin on Narcotic 24:27, 1972.
4. Florenzano, R. y cols. Prevalencia y características del consumo de algunas sustancias químicas en estudiantes de enseñanza media en Santiago de Chile. Rev. Méd. Chile 109:1.051 y 1981.
5. Repetto, A. y cols. Prevalencia de bebedores anormales en estudiantes de enseñanza media en la Comuna de La Reina. Cuad. Médico-Sociales 14 (2), 1983.
6. Repetto, A., Báez, M. Medina, E. y cols. Conocimiento de los profesores de enseñanza media de la Región Metropolitana acerca de alcoholismo y otras drogadicciones. III Jornadas de Salud Pública, 1983.

150. LA AXIOLOGIA FAMILIAR, FACTOR CONDICIONANTE DE LA SALUD MENTAL, EN UNA MUESTRA DE ESTUDIANTES DE 4º AÑO MEDIO DEL AREA METROPOLITANA

Prof. Diego Zalazar y Srs. Erika Dahl, Jacqueline Dote, Marta María Espinoza, Manuel Fuentes, María Soledad Gallegos y Cristián Gálvez
(Escuela de Salud Pública, Universidad de Chile)

El modo como los seres humanos vivencien su familia parece ser un factor condicionante importante de su salud mental. La relación familiar condiciona la vida emocional de sus miembros, y el sentimiento es básicamente una respuesta valórica, axiológica. Por este motivo, el objetivo de este estudio fue identificar aquellos valores que crean satisfacción o insatisfacción con la vida en común dentro de una familia.

Material y Métodos

Se estudió una muestra de 123 alumnos de ambos sexos de un liceo de Santiago, todos pertenecientes a la clase media. La técnica de recolección de datos fue la encuesta. Los ítems del cuestionario fueron los siguientes:

1) ¿Te gusta cómo es tu familia? ¿Por qué? 2) ¿Te gusta cómo es tu padre? ¿Por qué? 3) ¿Te gusta cómo es tu madre? ¿Por qué? 4) ¿Te gusta cómo son tus hermanos? ¿Por qué? 5) ¿Te gusta el modo de actuar de tu padre? ¿Por qué? 6) ¿Te gusta el modo de actuar de tu madre? ¿Por qué? 7) ¿Preferirías haber nacido en otra familia? ¿Por qué?

Resultados y Conclusiones

Una vez realizadas las encuestas se las sometió a la técnica de análisis de contenido. Este análisis reveló que los valores familiares más citados por los estudiantes fueron en el mismo orden de importancia:

- a) La Unidad Familiar definida como la colaboración que se prestan los miembros del grupo familiar en los momentos de crisis o importantes de alguno de sus componentes o de un grupo de ellos.
- b) La Comprensión, que consiste en que la familia o los miembros de ella tengan una conducta no crítica frente a las deficiencias cotidianas de sus miembros.
- c) La Comunicación, que consiste en hablarse con empatía, entendiendo y compartiendo los motivos y causas del otro.
- d) La Ayuda y Apoyo, las cuales se definen como suplencia de las deficiencias del otro, ya sean éstas psicológicas o económicas.

Otros valores menos citados fueron: la alegría del medio familiar, la confianza entre los miembros del grupo, la buena organización del grupo, el "llevarse bien" entre los integrantes del grupo familiar y el cariño (Tabla 1).

En cuanto a los valores determinantes para aceptar o rechazar a los padres, se encontró un dimorfismo notorio en relación a padre y madre, que se muestran en las tablas 1 y 2.

TABLA Nº 1

RAZONES PARA ACEPTAR A LOS PADRES DECLARADAS POR ESTUDIANTES DE IV AÑO MEDIO DE UN LICEO DE SANTIAGO

Razones	Madre (n = 173)	Padre (n = 95)	Total (n = 168)
	%	%	%
Perfección	100,00	0,00	100
Cumple su Rol	100,00	0,00	100
Ayuda	83,33	16,66	100
Sacrificio	83,33	16,66	100
Amistad	74,28	25,71	100
Comprensión	70,14	29,85	100
Consejo	60,00	40,00	100
Preocupación	57,89	42,10	100
Cariño	57,14	42,85	100
Trabajador	57,14	42,85	100
Alegre	57,14	42,85	100
Bondad	56,66	43,33	100
Confianza	44,44	55,55	100
Comunicación	0,0	100,00	100
Otros	60,0	40,0	100
Total	64,55	35,44	100

TABLA Nº 2

INDICADORES DE CARIÑO DADO POR LOS PADRES, DECLARADOS POR ESTUDIANTES DE IV AÑO MEDIO DE UN LICEO DE SANTIAGO

	Madre (n = 102)	Padre (n = 99)	Total (n = 201)
	%	%	%
Ayuda - Apoyo	77,77	22,22	100
Comprensión	60,00	40,00	100
Consejo	54,55	45,45	100
Preocupación	51,21	48,78	100
Expresión directa	44,76	55,23	100
Otras	50,00	50,50	100
Total	50,74	49,25	100

Estos resultados muestran la importancia de los valores del adolescente en la determinación de la calidad de su relación humana con los demás miembros de su grupo familiar, lo cual es indudablemente importante para el desarrollo de la salud mental del adolescente.

TABLA Nº 3

**OPINIONES RESPECTO A PERSONAS QUE BEBEN HABITUALMENTE,
DECLARADAS POR ALUMNOS DE 4º AÑO MEDIO DE UN LICEO DE SANTIAGO**

Opinión frente a quien se cura casi todo fin de semana	Hombres (n = 23)	Mujeres (n = 70)	Total (n = 93)
	%	%	%
Está enfermo	26,1	37,3	34,5
Se está haciendo daño a sí mismo	17,4	12,8	14,0
No tiene conciencia	8,7	11,4	10,7
Es un vicio	4,3	12,8	10,7
No lo conduce a nada	8,7	4,3	5,4
Es malo (no precisa)	—	5,7	4,3
Otros	34,8	15,7	20,4
— necesita ayuda	4,3	4,3	4,2
— mal ejemplo a la familia	—	4,3	3,3
— es bueno con mesura	13,3	—	3,3
— mal uso de dinero	—	2,9	2,1
— indiferente	4,3	1,4	2,1
— es irresponsable	4,3	1,4	2,1
— no quiere su vida	—	1,4	1,1
— lo sabe pasar bien	4,3	—	1,1
— no sabe	4,3	—	1,1
Total	24,7	75,3	100,0

TABLA Nº 4

**DECLARACION DE REACCIONES FRENTE A PERSONAS EBRIAS, HOMBRES
Y MUJERES, HECHAS POR ESTUDIANTES DE SEXO MASCULINO
Y FEMENINO DE 4º AÑO MEDIO DE UN LICEO DE SANTIAGO**



Reacción Masculina frente a	Mujer ebria		Hombre ebrio		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
1) Discrepancia Normativa	18	56,3	8	29,6	25	44,1
— estética social	12	37,5	4	14,8	16	27,1
— decencia						
— ética	6	18,8	4	14,8	10	17,0
2) Actitud Comprensiva	7	21,9	12	44,5	19	32,2
3) Emoción Negativa	6	18,7	3	11,1	9	15,2
4) Juicio Objetivo	1	3,1	4	14,8	5	8,5
Total	32	54,2	27	45,8	59	100,0

Reacción Femenina frente a	Mujer ebria		Hombre ebrio		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
1) Discrepancia Normativa	70	60,9	32	32,6	102	47,9
— estética social	41	35,7	15	15,3	56	26,3
— decencia	5	4,3	1	1,0	6	2,8
— ética	24	20,9	16	16,3	40	18,8
2) Actitud comprensiva	25	21,7	38	38,8	63	29,6
3) Emoción Negativa	9	7,8	13	13,3	22	10,3
4) Juicio Objetivo	4	3,5	8	8,2	12	5,6
5) Nada	2	1,7	6	6,1	8	3,8
6) Actitud Colaborativa	1	0,9	—	—	1	0,5
7) Otros	4	3,5	1	1,0	5	2,3
Total	115	54,0	98	46,0	213	100,0

ESTE LIBRO SE TERMINO
DE IMPRIMIR EN
LOS TALLERES
DE LITOGRAFIA
VALENTE
EN JUNIO
1986

