



IV JORNADAS CHILENAS DE SALUD PUBLICA

Resúmenes de trabajos aceptados

1984

UNIVERSIDAD DE CHILE
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE SALUD PUBLICA

W. A. 100
J82
1984
e.3
MINISTERIO
DE SALUD



IV JORNADAS CHILENAS DE SALUD PUBLICA

1984

RESUMENES DE TRABAJOS ACEPTADOS

PROLOGO

En este volumen aparecen los resúmenes de los trabajos aceptados para las IV Jornadas Chilenas de Salud Pública, evento que organiza anualmente la Escuela de Salud Pública de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile con el objetivo de estimular la investigación en salud colectiva, interrelacionar a los investigadores, conocer los nuevos programas o sistemas de organización de la atención de salud y las innovaciones introducidas en la enseñanza de la salud pública y disciplinas conexas para la carrera de medicina y otras carreras de colaboración por parte de las universidades del país.

Las Jornadas fueron posibles gracias al apoyo del Ministerio de Salud, en particular de la Oficina de Asuntos Internacionales y la Organización Panamericana de la Salud que financiaron los Jornadas a través del proyecto Chile 6.100. El Comité Organizador fue presidido por el Dr. Ernesto Medina y estuvo formado por los Drs. Marcos Donoso, Ana M. Kaempffer, el Sr. Luis Marchant y el ingeniero Francisco Unda. El personal de secretaría y apoyo estuvo dirigido por la Sra. Mabel Navarrete.

INDICE DE TRABAJOS ACEPTADOS

SITUACION DE SALUD	Página
Proposición metodológica para el desarrollo de un índice de salud. Mario Tarride, Máximo Bosch, Ernesto Medina y cols.	16
Calidad de las estadísticas de defunción según causas de muerte Berta Castillo y Graciela Mardones.	17
La mortalidad en la programación de la atención primaria: Residencia vs Ocurrencia José Manuel Araneda	21
La mortalidad del Gran Santiago: entre el asombro y la reflexión Julián Mascaró, Verónica Botteselle y Luis Marchant	23
Diagnóstico de la situación de salud de Chuquicamata Gonzalo García, Héctor Villalta, Irma Gutiérrez y cols.	25
Estructura de la morbilidad percibida en 6 comunidades rurales de la VI Región. Marta Aravena, Mary Fraser y Patricio Silva	28
Perfil de morbilidad de hospitalización de 2 hospitales de la VII Región Marta García, Arturo Radwell, Delio Vera y cols.	29
Atención de salud en un consultorio de la Cruz Roja Chilena Leopoldo Parada, Patricia Calderón, Virginia Hansch y cols.	32
La situación socioeconómica de la población de un área de salud: aplicación del método de Graffar. María Inés Gómez, Aida Kirschbaum e Ilse López.	33
 ATENCION DE SALUD	
Atención de salud en la Región Metropolitana: comparación de las encuestas de 1977 y 1983. Ernesto Medina, Ana María Kaempffer, Francisco Cumsille y Raquel Medina	36
Funcionamiento de los sistemas de salud en el Gran Santiago 1983 Ernesto Medina, Ana María Kaempffer, Francisco Cumsille y Raquel Medina	38
Análisis del Subsistema de atención médica ISAPRES, 1981-1984 Héctor Sánchez	41
Percepción y satisfacción de los usuarios de atención primaria Marisol Concha, María de la Fuente y Silvio Rostagno	45
Racionamiento económico: prestaciones de atención médica pública David Figueroa, Soledad Berríos, Leopoldo Parada y cols.	47
Condiciones de eficiencia de postas rurales en el Servicio de Salud Ñuble 1984. Comparación con 1981 y con postas de administración municipal. Haydee Concha, Germán Villagrán y Carlos Garrido	48
Capacidad de resolución médica en una posta rural Roberto Baechler y Carmen Gloria Silva	51
Experiencia de aplicación de una metodología de trabajo en atención primaria en la comunidad rural. Margarita Diéguez, Mario Paublo y Dalila López	53
Area de influencia del buque Consultorio Cirujano Videla Máximo Homann, Marco Antonio Anabalón, Héctor Fernández y cols	55
Sectorización de la información: una herramienta para programación local Antonio Infante y cols.	58

	Página
Autodiagnóstico de la situación de salud: una actividad dinamizadora de la participación comunitaria Antonio Infante, María Teresa Fernández, Gladys San Martín y cols	60
Personal necesario para la atención primaria y su disponibilidad real Antonio Infante, Haydee López, Loreto Jansana y cols	60
Evaluación de un proyecto asistencial y docente en el nivel de atención primaria. Gabriela Venturini, Isabel Ringeling y Nina Horwitz	61
Sistema de egresos hospitalarios en el Hospital Paula Jaraquemada Rolando Ramírez, Enrique Bruce y Luis Mechasque	64
El traslado de enfermos desde el Hospital de San Fernando al Servicio de Urgencia del Hospital de Rancagua. Jorge Balochi y Carlos Agüero	67
Evaluación de la atención de salud en el Hospital Nueva Toltén - Mario Vildoso	69
Resultados atribuibles a la aplicación de medidas administrativas en el Hospital Militar. Heriberto Arellano	71
Agentes informales de salud en una comunidad Ilse López, Patricio Avendaño, Pedro Araneda y cols	73
SALUD MATERNAL	
Embarazo: ¿nacimiento o aborto? Ilse López, Odilia Arroyo, José Aparicio y cols	75
Características epidemiológicas de los abortos provocados egresados del Hospital Clínico de la Universidad de Chile Claudio Farah y Marisol Concha	78
Colocación familiar de la embarazada e impacto en la incidencia del parto domiciliario: experiencia en Nacimiento Manuel Cornejo, Jorge Acuña, Alberto Millar y cols	79
Características de las madres que tienen parto sin atención profesional : Experiencia en Bio - Bio 1983. Daniel Jimenez y Ana Lopez	81
Cobertura del programa maternal de Servicio de Salud Metropolitano Sur Mario Grinspun, Osvaldo San Pedro, Edith Matus y cols	81
Análisis del valor práctico del índice de alto riesgo obstétrico (ARO) en un consultorio rural Mary Arce, Aida Sepúlveda y Silvia Poblete	83
Mortalidad materna en Hospital Las Higueras de Talcahuano Gonzalo Rodríguez, Enzo Pettinelli y Belia Fanjul	85
Patología cervical en mujeres de una comunidad rural Roberto Baechler y Carmen Gloria Silva	87
Análisis, clasificación microbiológica y valoración de reacciones inflamatorias de 25.000 extendidos citológicos de cuello uterino Enzo Pettinelli, Milena Greco, Ximena Ortega y cols	88
PERINATOLOGIA	
Estudio colaborativo del peso de nacimiento en Chile Nelson Vargas, Edith Thomas, Claudio Méndez y cols	90
Tabaquismo en la mujer y peso del recién nacido Ernesto Medina, Carlos Rojas, Roberto Miranda y cols	92

	Página
Evaluación del recién nacido de peso bajo en la maternidad del Hospital Las Higueras de Talcahuano	
Enrique Echeverría y Jorge Haristoy	94
Comparación de nacimientos antes y después de la creación de un policlínico de alto riesgo obstétrico.	
Alfonso Avila, Aida Sepúlveda, Roxana Rocha y cols	95
Nacimientos ocurridos en el Hospital de Rengo, 1981-1982	
Alfonso Avila, Silvia Poblete, Aida Sepúlveda y cols	96
Estudio analítico de variables relacionadas con índice APGAR bajo en el nacimiento	
Alfonso Avila, Silvia Poblete y Roxana Rocha	98
Resultados perinatales del manejo del alto riesgo perinatal	
Enrique Echeverría, Jacques Massoc, Mario González y cols	100
Indicadores de salud perinatal en un hospital de servicios delegados	
Raúl Ortega y María de la Fuente	101
Análisis de auditorías de mortalidad fetal tardía y neonatal precoz	
Enzo Pettinelli, Raúl Romero, Gonzalo Rodríguez y cols	102
Análisis de la mortalidad neonatal en el Hospital Las Higueras de Talcahuano	
Ernesto Núñez, Daniel Copaja y Raúl Aliste	105
Influencia del tratamiento del parto prematuro y del recién nacido de peso bajo sobre la mortalidad perinatal	
Raúl Romero, Mario González y Enzo Pettinelli	106
SALUD DEL LACTANTE Y PREESCOLAR	
Morbilidad del niño y del adolescente en el consultorio Hernán Alessandri	
María Inés Romero, Marcela Larraguibel, Hernán Muñoz y cols	108
Formulario simple para evaluar la calidad del control de salud	
Teresa Pincheira y Ana María Kaempfer	111
Conductas de higiene en el hogar y estratos sociales de las madres de lactantes en seguimiento longitudinal	
Ana María Naranjo	115
La consulta médica pediátrica y controles médicos	
Héctor Suárez y Gabriela Reyes	116
Evaluación de un sistema de selección de pacientes pediátricos	
Jorge Gutiérrez, Francisco Olivari, Marcia Santana y cols	119
Reingreso de lactantes hospitalizados	
Carlos Almazán y cols.	121
Atención de rehabilitación en el Instituto de Rehabilitación Infantil de Santiago de la Sociedad Pro Ayuda al Niño Lisiado	
María Antonieta Blanco, Nieves Hernández y Ana Román	123
Características que rodean a la solicitud de protección y a la cesión en adopción de menores de un año	
Victoria Gassibe	126
SALUD DEL ESCOLAR Y DEL ADOLESCENTE	
Perfil de salud de los escolares de Cautín	
Myriam Durán y Scheny Osorio	128
La constitución del hogar y los trastornos de conducta y aprendizaje del escolar	
Pamela Vivanco, Ilse López, Helga Hermosilla y cols	130

	Página
Características de la población de 12 a 18 años atendida en un establecimiento de atención primaria Patricia Montenegro y Elba Maureira	132
Conocimientos de sexualidad en profesores y alumnos de Curanilahue Gian Pallini, Juan Monsalve, David Silva y cols	132
Morbilidad del adolescente universitario: experiencia del Servicio Médico de Alumnos de la Universidad de Chile Edita Peña, Edith Cornejo, Enrique del Solar y cols	134
Estructura de morbilidad del adolescente en dos centros del sector Oriente de Santiago Matilde Maddaleno, Ramón Florenzano, Daniel Alvo y cols	137
Prevalencia y factores condicionantes de la obesidad en adolescentes María Angélica Mardones, Eduardo Atalah e Ilse López	138
Perfil biométrico y social de la embarazada adolescente Estela Arcos y Marta Santana	139
Embarazo y parto en adolescentes en Talcahuano Mario González y Enzo Pettinelli	143
PROBLEMAS NUTRICIONALES	
Estudio nutricional de la población infantil del Taltal Eduardo Focacci, Luis González e Isa Verdugo	144
Situación nutricional de grupos marginales Haydee López, Ricardo Yangari, Gonzalo Vargas y cols	146
Evaluación nutricional de menores en situación irregular Victoria Gassibe, Gonzalo Azócar y Luis Eduardo Ammann	147
Rendimiento nutricional de Centros Abiertos Iván Álvarez y Silvia Cárcamo	149
Rendimiento nutricional de Centros de Recuperación Nutricional Iván Álvarez y Silvia Cárcamo	151
Aprovechamiento del programa de alimentación complementaria en escolares urbanos y rurales de Ñuble Nora Plaza y Ana María Kaempffer	152
Conocimientos alimentarios de profesores de educación básica de Chiloé Arturo Pinto, Zenobio Cárdenas y Víctor Hermostilla	155
Evaluación de los servicios dietéticos de leche del Servicio de Salud Metropolitano Occidente Rosa Cárdenas, Mireya Marambio y Luis Roos	156
SALUD OCUPACIONAL	
Enfermedad descompresiva aguda en buzos mariscadores con y sin capacitación Mohamed Danilla y Eduardo Focacci	157
ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y SALUD AMBIENTAL	
Estudio del medio ambiente en Monteaguila y cambios en el saneamiento básico Santiago Herrera	159
Influencia de los factores del ambiente en la incidencia de enfermedad entérica Sonia Cerda, Francisco Unda, Ana Maria Kaempffer y cols	161

	Página
Bacterias entéricas Gram Negativas resistentes a antibióticos en un plantel porcino	
Sergio Jaramillo, Raúl Zemelman y Mario Henríquez	163
Resistencia a los antibióticos en diferentes grupos de población de Chillán	
Susana Muñoz y Sergio Jaramillo	165
Resultados preliminares de la segunda evaluación de campo de la vacuna antitífica oral en Chile, 1983-1984	
Catherine Ferreccio, Myron Levine, Héctor Rodríguez y cols	166
Estudio de contactos de casos de glomerulonefritis aguda postestreptocócica	
Alejandro Morales, Ximena Berríos, Eda Lagomarsino y cols	168
Prevalencia de tuberculosis en contactos de TBC pulmonar activa	
Margarita Astete y Aida Kirschbaum	171
Reacción tuberculínica y cicatriz BCG en lactantes bajo control vacunados con BCG liofilizado canadiense	
Ivana Azzini, Raquel Carrasco, María de la Fuente y cols	173
Epidemiología de la infección intrahospitalaria en el Hospital Militar	
Patricia López, Santiago Rubio, Jorge Schwartz y cols	174
Oxyuriasis en escolares de Pichidegua	
Silvia Poblete, Alfonso Avila, Aida Sepúlveda y cols	176
SALUD MENTAL	
Televisión y bebidas alcohólicas y analcohólicas	
Pedro Naveillan, Edith Cornejo, Ilse López y cols	178
Hábito de beber en empresas pequeñas	
Carmen Naveillan, Marcelo Trucco y Eduardo Medina	179
Características de la ingestión alcohólica de nativos y continentales en la isla de Pascua	
Jeanette Zamora y Gonzalo Jara	182
Factores de abstinencia prolongada en ex-alcohólicos afiliados a organizaciones rehabilitadores	
Luis Caris, Eduardo Medina y María Teresa Dobert	183
Prevalencia del síndrome alcohólico fetal en escuelas especiales de Concepción	
María Mena, Carlos Torres, Eduardo Fernández y cols	184
Cuestionario para evaluar la salud mental en la edad juvenil	
Beatriz Zegers, Jorge Manzi, Ramón Florenzano y cols	186
Drogadicción y alcoholismo en la población pre-adolescente y adolescente de la comuna de Las Condes	
Juan Rusque, Pedro Naveillan, Enrique Sepúlveda y cols	187
Conocimientos de drogadicción en profesores y alumnos de Curanilahue	
Gian Pallini, Juan Monsalve, David Silva y cols.	190
Programa de capacitación continua en psiquiatría básica y salud mental	
Eduardo Medina, Ramón Florenzano, Guido Solari y cols	191
Actividades de prevención de las dependencias químicas en la Región Metropolitana	
Ramón Florenzano, Luis Caris, Atilio Rebori y cols	192
ACCIDENTES	
Factores emocionales en la producción de accidentes	
Ernesto Medina, Juan Pablo Pascual, Loreto Michea y cols	194

	Página
Defunciones por traumatismos en la niñez y adolescencia Aida Kirschbaum, Aida Pizzi y Miguel Irrarázaval	196
Traumatismos y violencias en el grupo de 65 años y más Aida Kirschbaum, Edith Cornejo y Aida Pizzi	199
Accidentes y violencias atendidos en el Hospital de San Fernando Carlos Agüero, Jorge Balocchi, Silvia González y cols	202
SALUD DEL ADULTO Y ENFERMEDADES CRONICAS	
Perfil de morbilidad ambulatoria de adultos: experiencia en el Centro de Diagnóstico de la Universidad Católica Juan Giaconi, Jorge Rodríguez e Isaías Szigeti	204
Características de la morbilidad del adulto y del senescente en el consultorio Hernán Alessandri María Inés Romero, Hernán Muñoz, Marcela Larraguibel y cols	207
Morbilidad observada en el consultorio externo adosado de especialidades del Hospital Militar Heriberto Arellano	209
Examen cardiovascular en una población escolar del Servicio de Salud Metropolitano Suroriente Ximena Barríos, Emilio del Campo, Carmen Wilson y cols	213
Profilaxis secundaria de la enfermedad reumática: sobrevida y causas de egreso en 9 años de seguimiento María Inés Gómez, Beatriz Guzmán, José Manuel Ugarte y cols	215
Epidemiología del accidente vascular encefálico en el Servicio de Salud Metropolitano Oriente Rodrigo Vergara, Inés Salas, Isabel Rodríguez y cols	217
Variación del riesgo de muerte por cáncer a lo largo de la vida en Chile 1962-1981: Uso de tasa acumulativa Luis Martínez, Mauricio Maturana, Gonzalo Marín y cols	219
Factores asociados a la producción de cánceres digestivos Ernesto Medina, Attila Csendes, Raquel Medina y cols	222
Cáncer bucofaríngeo en Chile: defunciones y egresos 1982 Aida Kirschbaum, Mirna Vicent y Aida Pizzi	223
Validez de la biopsia rápida como método diagnóstico de cáncer Andrés Navarrete, Hernán Noguera, Dagoberto Ojeda y cols	226
Tabaquismo en la población general y en los médicos de Santiago Ernesto Medina, Juan Pablo Pascual, Angélica Alegría y cols	227
Conocimiento acerca de tabaquismo en profesores y alumnos de Curanilahue Gian Pallini, Juan Monsalve, David Silva y cols	229
Planificación de un programa regional de detección precoz del cáncer cérvico-uterino y organización del Laboratorio Central de Citopatología Enzo Pettinelli, Fuad Chacur, Milena Greco y cols	231
Ingestión de yodo por las poblaciones de dos áreas de bocio endémico Mario Montecinos, Claudio Espejo y Juan Carlos Zúñiga	234
PROBLEMAS DEL SENESCENTE	
La salud del anciano en Talca: consultas, egresos y muertes 1982 Julia Villalobos, Aida Kirschbaum e Ilse López.	236
Egresos hospitalarios de senescentes en 4 hospitales de la Región Metropolitana Aida Kirschbaum, Edith Cornejo, Ilse López y cols	238

Características del senescente hospitalizado en el Servicio Metropolitano Occidente	ragua
Juan C. Terán, Jorge Saavedra, Alberto Jory y cols	240
Aspectos de la realidad psico-biológica de senescentes internados y no internados	
Heliette Saint Jean, Edith Asriel, Hannah Bitran y cols	242
SALUD ORAL	
Programa higiénico-dietético a nivel de la embarazada, preescolar y escolar	
Luiz Vivaldi, Adriana Flores y cols	243 x
Programa de la Salud Bucal de la Junta Nac. de Jardines Infantiles de la VIII Región	
Luz Vivaldi y Adriana Flores	244
DOCENCIA	
Evaluación de la docencia de Administración Hospitalaria	
Ruth Contreras y Elizabeth Guedelhofer	246
Impacto del curso de Administración Hospitalaria para Jefes de Servicios del Hospital de Copiapó	
Lucrecia Villarroel y Elizabeth Guedelhofer	249
Medicina familiar en la formación de alumnos de las carreras de salud: una experiencia de integración docente-asistencial	
Armando González y Marta Aravena	253
Análisis de antecedentes y calificaciones de los egresados de Escuelas de Medicina Chilenas, 1978-1980	
Enrique Vicentini, Héctor Ugalde y Soledad Ubilla	253

INDICE DE AUTORES

- Acle Cecilia 87
Acedo María Luisa 114
Acuña Jorge 30
Adriasola Guillermo 59
Agüero Carlos 24,95
Alegria Angélica 106
Aliaga Juan 37
Aliste Raúl 45
Almazán Carlos 51
Alvarez Iván 66, 67
Alvo Daniel 59
Amman Luis Eduardo 65
Anabalón Jorge 37
Anabalón Marco Antonio 18
Aparicio José 28
Aranda Waldo 51
Araneda José Manuel 3
Araneda Pedro 27
Aravena Marta 6,118
Arce Mary 32
Arcos Estela 61
Arellano Heriberto 26, 98
Arévalo Hilda 95
Arroyo Odila 28
Arroyo Olga 28
Asriel Edith 113
Astete Margarita 78
Astudillo Claudia 20
Atalah Eduardo 60
Avenidaño Patricio 27
Avila Alfonso 39, 40, 41, 81
Azócar Gonzalo 65
Azzini Ivana 79
- Baechler Roberto 16, 34
Balocchi Jorge 24, 95
Barrera Gladys 31
Barrueto L. 51
Bascañan Gloria 5
Berger Wendy 87
Berríos Soledad 14
Berríos Ximena 77, 99, 100
Bezanilla M. Antonieta 47, 97
Biron Miguel 106
Bitran Hannah 113
Bittelman Ricardo 14
Balck Robert 76
Blanco Antonieta 52
Blásquez José 99
Borgoño José Manuel 76
Bosch Máximo 1
Botteselle Verónica 4
Bravo Rosa 5
Bruce Enrique 23
Bühler Jorge 106
- Burgos G. 51
Bustos Patricio 106
- Cabezas O. 64
Cabrera Víctor 106
Calderón Patricia 8
Calvanese Marlene
Cano Francisco 80
Cárcamo César 106
Cárcamo Silvia 66, 67
Cárdenas Rosa 70
Cárdenas Zenobio 69
Caris Luis 85, 91
Caro Fernando 14
Cartes G. 51
Carvajal Marina 20
Carrasco Raquel 79
Carrasco Rina 86
Castillo Berta 2
Celedón María Angélica 88
Cerdeira Sandra 80
Cerdeira Sonia 73
Céspedes L. 51
Clement Haydeé 15
Concha Marisol 13, 29
Concha Mercedes 111
Contreras Ricardo 58
Contreras Ruth 116
Copaja Daniel 45
Cornejo Edith 58, 82, 94, 111
Cornejo Manuel 30
Corvalán Luis 106
Csendes Attila 103
Cumsille Francisco 10, 11
Chacur Fuad 108
- Danilla Mohamed 71
Dazzarola Patricio 36
De la Fuente María 13, 43, 79
Del Campo Emilio 99
Del Solar Enrique 58
Díaz Carmen 36
Díaz Rossana 37
Diéguez Margarita 17
Dobert M. Teresa 81
Duran Myrian 54
- Echeverría Enrique 38, 42
Espejo Claudio 59
- Fanjul Belia 33, 44
Farah Claudio 29
Fernández Eduardo 86
Fernández Héctor 18
Fernández M. Teresa 20

- Ferreccio Catherine 76
 Ferrer Ximena 79
 Figueas M. Teresa 90
 Figueroa David 8, 14
 Florenzano Ramón 59, 87, 90, 91
 Flores Adriana 114, 115
 Flores Gerardo 36
 Focacci Eduardo 63, 71
 Frasar Mary 6
- Gallardo Liliana 28
 García Gonzalo 5
 García Marta 7
 Garrido Carlos 15
 Gassibe Victoria 53, 65
 Giaconi Juan 96
 Giuliano Arrigo 42
 Gómez María Ines 9, 100
 Gómez P. 64
 González Armando 118
 González Fernando 37
 González Luis 63
 González Mario 42, 46, 62
 González Raúl 88
 González Silvia 95
 González Verónica 87
 Graco Milena 35
 Grinspun Mario 31
 Gubbins Veronica 91
 Guedelhofer Elizabeth 116, 117
 Gutiérrez Irma 5
 Gutiérrez Gustavo 106
 Gutiérrez Luis 106
 Guzmán Beatriz 77, 100
- Haemmerli P. 114
 Hansch Virginia 8
 Haristoy Jorge 38
 Henríquez Mario 74
 Hermosilla Helga 55
 Hermosilla Víctor 69
 Hernández Nieves 52
 Herrera Santiago 72
 Herrera Vilma 30
 Homann Máximo 18
 Horwitz Nina 22
 Hurtado Roxana 27
- Infante Antonio 19, 20, 21
 Irrarázaval Miguel 93
 Isasmendi Manuel 28
- Jansana Loreto 21
 Jara Gonzalo 84
 Jaramillo Sergio 74, 75
 Jiménez Celia 28
 Jory Alberto 112
- Kaempffer Ana María 10, 11, 48, 68, 73
 Kirschbaum Aida 9, 78, 93, 94, 104, 110, 111
- Labbé Marcela 37
 Lagomarsino Eda 77
 Larraguibel Marcela 47, 97
 Larraín Germán 59
 Larrañaga Juan 106
 Latrach Cecilia 79
 Lazo Claudia 47, 97
 Leiva Alicia 55
 Levine Myron 76
 Lobos Hernán 76
 López Dalila 17
 López Haydee 21, 64
 López Ilse 9, 27, 28, 55, 60, 82, 110, 111
 López Patricia 80
- Maddaleno Matilde 59
 Marchant Luis 4
 Mardones Graciela 2
 Mardones Gonzalo 102
 Márquez Audoriza 20
 Martínez Darío 92
 Martínez Luis 102
 Mascaró Julián 4, 73
 Massoc Jacques 42
 Maturana Mauricio 102
 Matus Edith 31
 Mechasqui Luis 23
 Medina Eduardo 83, 85, 90
 Medina Ernesto 1, 10, 11, 37, 92, 103, 106
 Medina Raquel 103
 Melo Washington 36
 Mena María 86
 Méndez Claudio 36
 Mella Graciela 31
 Merchak Adriana 37
 Michea Loreto 92
 Millar Alberto 30
 Miller Patricio 92
 Miranda Luis 92
 Miranda Roberto 37
 Monsalve Juan 27
 Montalbán J. Antonio 87
 Montecinos Jaime 28
 Montecinos Mario 109
 Montenegro Patricia 56
 Montt Julio 36
 Mora Miry 35
 Morales Alejandro 77, 99
 Moreno Mariano 92
 Muñoz Griselda 58
 Muñoz Hernán 47, 97
 Muñoz Mónica 86
 Muñoz Susana 75

- Naranjo Ana María 49
 Navarrete Andrés 105
 Navarrete I. 114
 Navarro Francisca 112
 Naveillan Carmen 83
 Naveillan Pedro 82, 88
 Noguera Hernán 105
 Núñez Ernesto 45
- Ojeda Dagoberto 105
 Oliva Gladys 86
 Olivarez Silvia 5
 Olivera Yolanda 28
 Ortega Ramón 80
 Ortega Raúl 43
 Ortega Ximena 35
 Osorio Scheny 54
- Palma Iván 103
 Pallini Gian 57, 89, 107
 Parada Leopoldo 8, 14
 Parada A. 114
 Parr Guillermo 73
 Pascual Juan Pablo 92, 106
 Paublo Mario 17, 81
 Peña Edita 58
 Peralta Ernesto 5
 Pérez Heberto 86
 Pessoa Sylvia 27
 Pettinelli Enzo 33, 35, 44, 46, 62, 108
 Pincheira Teresa 48
 Pinto Aruto 69
 Pizarro Leonel 105
 Pizzi Aida 93, 94, 104
 Plaza Nora 68
 Poblete Rosa 20
 Poo Ana María 30
 Pulido Nathan 36
- Quesney Francisco 77, 99
- Radwell Arturo 7
 Ramírez Adriana 28
 Ramírez A. 114
 Ramírez P. 114
 Ramírez Rolando 23
 Rebori Atilio 91
 Reyes Gabriela 50
 Reyes María Ximena 108
 Ringeling Isabel 22
 Rius Pilar 79
 Rocha Roxana 39, 40, 41
 Rodrigue Jean 28
 Rodríguez Alejandro 103
 Rodríguez Cecilia 77
 Rodríguez Gonzalo 33, 42, 44
 Rodríguez Héctor 76
- Rodríguez Hernán 7
 Rodríguez Isabel 101
 Rojas Carlos 37
 Román Ana 52
 Romero Angélica 95
 Romero José 30
 Romero María Inés 47, 97
 Romero Raúl 44, 46
 Romero W. 51
 Roos Luis 70
 Rosales Engracia 101
 Rostagno Silvio 13
 Rubio Lilian 105
 Rubio Santiago 80
 Rusque Juan 88
- Saavedra Jorge 18, 112
 Sáez Elizabeth 35
 Saint Jean Heliette 82, 113
 Salas Inés 101, 105
 San Martín Gladys 20
 San Pedro Osvaldo 31
 Sánchez Héctor 12
 Sandoval Jaime 105
 Santana Marta 61
 Schilling Andrea 105
 Schwartz Jorge 80
 Sepúlveda Aida 32, 39, 40, 41, 81
 Sepúlveda Gladys 5
 Sepúlveda Enrique 88
 Serman Felipe 101
 Silva Carmen Gloria 16, 34
 Silva Cristián 27
 Silva David 57, 89, 107
 Silva Patricio 6
 Solari Natacha 64
 Soto José 101
 Soto Juan 1
 Stuardo Claudio 105
 Suárez Héctor 50
 Swett Sergio 18
 Szigeti Isaias 96
- Tapia Lorena 105
 Tapia Mauricio 57, 89, 107
 Tarride Mario 1
 Yerán Juan 112
 Thomas Edith 36
 Thumala Eduardo 91
 Toledo L. 91
 Toro Cristián 64
 Torres Carlos 86
 Torres Rodrigo 101
 Trucco Marcelo 83
- Ubilla Soledad 119
 Ugalde Héctor 119

Ugarte José Manuel 100
Unda Francisco 73

Valdivia Mario 21
Valenzuela Pedro 39
Vargas Gonzalo 64
Vargas Nelson 36
Vargas Sergio 36
Vatter Cristián 101
Vega Richard 101
Venturini Gabriela 14, 22
Vera Delio 7
Verdugo Isa 63
Verdugo Rodrigo 101
Vergara Carlos 21
Vicent Mirna 104
Vicentini Enrique 119
Vildoso Mario 25
Villagrán Elvira 31
Villagrán Germán 15
Villalobos Julia 110
Villalta Héctor 5
Villaruel Lucrecia 117
Villavicencio Gonzalo 105
Villegas Magdalena 5
Vivaldi Luz 114, 115
Vivanco Pamela 55

Weitzel M. Violeta 5
Welch Eduardo 80
Wilson Carmen 99

Yanjari Ricardo 64
Yáñez Margarita 31

Zalazar Diego 27
Zamora Jeanette 84
Zegers Beatriz 87
Zemelman Raúl 74
Zenteno Gloria 80
Zúñiga Juan Carlos 109

1. PROPOSICION METODOLOGICA PARA EL DESARROLLO DE UN INDICE DE SALUD

Ing. Mario Tarride y Máximo Bosch, Dr Ernesto Medina e Ing. Juan Soto
(Departamento de Ingeniería Industrial, Universidad de Santiago y Escuela de Salud Pública Universidad de Chile)

La situación de salud de una comunidad se describe a través de múltiples atributos, situación que obliga a manejar una gran cantidad de información a quienes toman decisiones en este campo.

Se propone un método para obtener un índice que permita evaluar el estado de salud de una comunidad cualquiera, en forma simple. El índice deberá representar en forma adecuada el nivel de salud global de la comunidad, deberá ser fácil de calcular y deberá estar conformado por un número pequeño de indicadores, con información disponible a nivel regional y nacional. De este modo se contribuirá a una mejor toma de decisiones relativas a salud.

Una revisión exhaustiva del actual sistema de indicadores de salud, condujo a un set de 39 indicadores que fueron agrupados en: indicadores de resultado de salud(19), indicadores de atenciones prestadas (14), e indicadores de recursos (6).

Con el objeto de reducir este set inicial de indicadores, se utilizaron dos técnicas de Análisis Multivariante: en una primera etapa, Análisis de Componentes Principales y, posteriormente, Análisis de Correlación Canónica. La aplicación de estas técnicas permitió obtener un set reducido de 5 indicadores.

Obtenido el set de atributos relevantes, se estimaron los parámetros del modelo (peso asignado a cada indicador) mediante el método INAMAP (Interactive/Assesment of Multiattributed Preferences), pertenecientes al campo del Análisis Conjunto.

El método consiste en ofrecer pares de situaciones de salud a un grupo de expertos, para que emita un juicio de preferencia o indiferencia. En este caso se reunió a cuatro expertos salubristas ante un terminal de computador y, luego de efectuadas 24 comparaciones, se obtuvieron los siguientes pesos para los indicadores participantes:

– Tasa de Mortalidad Perinatal	0.064
– Tasa de Mortalidad Materna	0.183
– Tasa de Mortalidad por Cáncer	0.118
– Porcentaje de Defunciones de 50 años y más (índice de Swaroop)	0.630
– Tasa de Morbilidad por Tifoidea	0.005

El índice final propuesto tiene la siguiente forma:

$$\text{INDICE DE SALUD} = \sum_{i=1}^5 w_i \cdot x_i$$

donde: x_i = indicadores propuestos
 w_i = pesos asociados a cada indicador

Al aplicar el índice a las trece regiones del país, entre los años 1977 y 1982, se obtuvieron los resultados que se muestran en la tabla Nº 1.

Los pasos seguidos en este trabajo constituyen un precedente para el desarrollo de temas afines en que colaboran disciplinas del área de ingeniería y salud. En particular, resultaría de interés generar índices para grupos humanos organizados en torno a estructuras etaria a problemas específicos de salud u otros.

TABLA Nº 1

ORDENAMIENTO DE LAS REGIONES SEGUN
INDICE DE NIVEL DE SALUD

ORDEN	REGIONES				
	1977	1978	1979	1980	1981
1º	XII	R.M.	R.M.	R.M.	R.M.
2º	V	V	V	V	V
3º	R.M.	XII	VI	XII	XII
4º	I	VI	XII	VII	III
5º	VII	VII	IV	VI	VI
6º	VI	IV	VII	II	VII
7º	III	II	II	I	IV
8º	IV	I	III	IV	I
9º	II	III	X	III	IX
10º	X	IX	I	VIII	X
11º	VIII	X	VIII	X	II
12º	XI	VIII	IX	IX	VIII
13º	IX	XI	XI	XI	XI

2. CALIDAD DE LAS ESTADISTICAS DE DEFUNCION SEGUN CAUSAS DE MUERTE

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

En general, las políticas de salud en los países en desarrollo, se basan en proporcionar una atención preferente a los problemas prioritarios de la población, los cuales se determinan mediante indicadores del estado de salud.

Dado que la información relativa a morbilidad se reconoce con serias limitaciones, se usan datos de morbilidad general para medir condiciones sanitarias globales y cuando se desea precisar las enfermedades que inciden en su nivel, se estudia la causa de muerte.

Para que la programación de actividades y la asignación de recursos (siempre escasos en nuestros países) eleve efectivamente el nivel de salud, es imprescindible que la información de mortalidad refleje fielmente los hechos.

Por ello, este estudio tiene como propósito analizar la calidad de las estadísticas de defunción según causas de muerte, en los Servicios de Salud del país, sobre la base de los rubros causas mal definidas (rúbricas 780-799) y tipo de certificación, que señala la calidad el médico que declara la causa; estos antecedentes se vinculan además con las variables sexo y edad.

En 1983, un 90/o de las muertes (6733) se registran como causas mal definidas; en los decesos femeninos un 100/o y en los masculinos un 80/o. En relación a la edad, las causas mal definidas afectan todos los grupos etarios pero preferentemente a menores de 15 (7,40/o) y mayores de 65 años (11,90/o).

Estas cifras, por constituir promedios nacionales, no reflejan la calidad real de los antecedentes de mortalidad por causa, en los Servicios de Salud. En ellos, la proporción de defunciones por causas mal definidas presenta un amplio rango de variación, con un máximo de 31,80/o en el Servicio de Llanquihue-Chiloé-Palena y un mínimo de 0,80/o en Magallanes.

Examinando estos decesos por edad, la variación es aún mayor. Así, en Magallanes el 10/o de las defunciones de 65 años y más son mal definidas en cambio en Llanquihue-Chiloé-Palena son el 44, 70/o (Tabla Nº1).

Al desagregar las defunciones mal definidas por causas, el mayor peso (91,50/o) recae en la rúbrica 799 "Otras causas mal definidas", 5,70/o senilidad y 1,30/o muertes súbitas. Las primeras pertenecen principalmente a personas de edad avanzada, en cambio, las muertes súbitas a menores de un año.

Respecto a tipo de certificación, un 14,409/o de las defunciones del país no tienen certificación médica (10.696); en las muertes masculinas se registra 13,70/o y en las femeninas 15,20/o.

Revisando según edad, las mayores proporciones de decesos sin certificación médica se encuentra en menores de 15 (14,70/o) y mayores de 65 años (17,20/o). Llama la atención las diferencias entre los Servicios del país; más de un tercio de las defunciones del Servicio de Araucanía no son certificadas por médico, en cambio, el valor en Magallanes es 2,20/o (Tabla Nº 2).

La certificación varía con la causa: en los traumatismos sólo un 3,60/o no tienen certificación, en las causas perinatales un 15,20/o y las restantes causas registran valores intermedios; estas proporciones se modifican sustancialmente al considerar el Servicio de Salud.

Por otra parte, se ha constatado que existe una alta relación entre proporción de defunciones sin certificación médica y porcentaje de muertes mal definidas ($r = 0,94$). En cambio, la correlación es baja ($r = 0,36$) entre tasa bruta de y proporción de causas mal definidas; sin embargo, la correlación aumenta en algunos grupos etarios, para 15-24 años es 0.83.

De todo lo anterior se concluye que el análisis de la mortalidad por causas se distorsiona por la distinta calidad de los datos disponibles; los inconvenientes se presentan tanto en estudios a nivel nacional como a nivel local, porque las defunciones mal definidas y/o sin certificación médica se distribuyeron de manera distinta según el sexo, edad, Servicio de Salud y las causas. Por lo tanto, para obtener el nivel real de la mortalidad es preciso distribuir las causas mal definidas. Este estudio otorga las bases para un ajuste objetivo y al mismo tiempo evalúa los Servicios de Salud identificando aquellos que registran datos de mortalidad deficientes lo cual permite arbitrar medidas para mejorar su calidad.

TABLA 1

PROPORCION DE DEFUNCIONES POR CAUSAS MAL DEFINIDAS EN EL TOTAL DE DEFUNCIONES DEL GRUPO DE EDADES RESPECTIVO, POR SERVICIOS DE SALUD - AÑO 1983

Servicios de Salud	Grupos de Edades (Años)						
	Total	0	1 - 14	15 - 24	25 - 44	45 - 64	65 y +
Total País	9,0	6,5	9,6	2,9	4,2	6,2	11,9
1 Arica	4,9	1,6	21,4	5,9	1,2	2,6	6,1
2 Iquique	5,2	12,7	22,2	0,0	1,4	2,3	4,7
3 Antofagasta	1,4	1,3	1,4	0,0	1,0	0,2	2,2
4 Atacama	2,1	1,0	3,0	0,0	1,1	0,5	3,2
5 Coquimbo	11,2	5,6	8,5	4,1	3,6	8,5	14,3
6 San Felipe-Los Andes	4,5	0,0	0,0	0,0	2,6	3,5	5,9
7 Valparaíso-San Antonio Viña del Mar-Quillota	1,3	0,7	0,6	1,1	0,8	0,4	1,8
8 Región Metropolitana	5,7	4,1	1,3	0,7	2,2	4,4	7,5
9 Lib. Gral. B.O'Higgins	10,0	7,1	3,7	1,7	3,1	5,4	14,1
10 Maule	5,6	2,7	6,1	1,8	1,8	4,1	7,6
11 Ñuble	11,4	5,3	7,1	5,6	8,6	9,9	14,3
12 Concepción-Arauco Talcahuano	5,9	6,9	11,9	2,2	2,1	3,0	8,4
13 Bio-Bio	16,2	13,1	14,7	5,1	8,7	13,3	20,8
14 De la Araucanía	28,2	17,2	32,4	8,7	16,7	22,5	35,3
15 Valdivia	14,4	10,6	21,2	7,5	3,7	11,2	19,0
16 Osorno	23,9	15,4	17,9	6,8	9,0	15,5	35,0
17 Llanquihue-Chiloé Palena	31,8	12,3	21,7	8,3	14,7	21,0	44,7
18 Aisén del Gral. C. Ibáñez	7,6	0,0	8,3	0,0	4,2	11,1	10,9
19 Magallanes y Antártica	0,8	2,0	0,0	0,0	0,0	0,5	1,0
Valor Mínimo	0,8	0,0	0,0	0,0	0,0	0,2	1,0
Valor máximo	31,8	17,2	32,4	8,7	16,7	22,5	44,7
Mediana	5,9	5,3	8,3	1,8	2,6	4,4	8,4

TABLA 2

**DISTRIBUCION PORCENTUAL DE LAS DEFUNCIONES POR SERVICIOS DE SALUD
SEGUN CERTIFICACION MEDICA -- AÑO 1983**

Servicios de Salud	Total (1000/o)	Defunciones			
		Con certificacion médica			Sin certi- ficacion Medica
		Tratante	Legista	Otro	
1 Arica	670	38,1	17,2	36,1	8,7
2 Iquique	846	46,6	16,3	24,3	12,8
3 Antofagasta	2105	39,6	23,6	26,6	10,2
4 Atacama	961	42,1	12,3	37,1	8,4
5 Coquimbo	2625	41,3	11,7	26,1	21,0
6 San Felipe-Los Andes	1091	52,7	14,3	25,8	7,2
7 Valparaiso-San Antonio Viña del Mar-Quillota	7544	44,2	17,8	32,5	5,5
8 Region Metropolitana	25580	31,4	24,4	34,5	9,7
9 Lib. Gral. B.O'Higgins	3870	33,9	16,2	35,4	14,5
10 Maule	5340	34,8	18,2	29,9	17,1
11 Ñuble	3211	32,1	17,2	33,7	17,0
12 Concepcion-Arauco Talcahuano	5907	33,4	17,0	37,6	11,9
13 Bio - Bio	2271	25,8	13,2	43,3	17,7
14 De la Araucanía	5337	24,8	14,2	27,7	33,4
15 Valdivia	2250	23,4	22,6	29,1	25,0
16 Osorno	1329	27,8	17,5	29,0	25,7
17 Llanquihue Chiloe Palena	2377	23,1	14,0	28,1	34,8
18 Aisen del Gral. C Ibañez	328	39,6	25,0	22,3	13,1
19 Magallanes y Antartica	786	59,5	20,5	17,8	2,2
TOTAL	74428	33,6	19,4	32,6	14,4

3. LA MORTALIDAD EN LA PROGRAMACION DE LA ATENCION PRIMARIA: RESIDENCIA VS. OCURRENCIA

Sr. José Manuel Araneda
(Instituto de Salud Pública, Facultad de Medicina, Universidad Austral)

La organización de la atención médica de la comunidad descansa inevitablemente sobre una certera caracterización de su situación de salud. Acciones efectivas y realistas en Salud Pública, sólo surgirán de un fiel y real diagnóstico de la situación de salud de la comunidad.

Esta afirmación no admite discusión. No obstante, corre el riesgo de ser sólo buenos propósitos, por las dificultades para traducirla a actividades concretas. Un adecuado diagnóstico demanda una medición del nivel de salud y un análisis de los factores que lo condicionan; sin embargo, los mecanismos más idóneos para hacer esa medición resultan inseguros, difíciles, complicados, caros o impracticables por carencia de información básica. Como consecuencia, la mejor solución práctica es la medición indirecta, con utilización de indicadores de salud.

La mayoría de los indicadores de salud aplicados en Chile provienen de la mortalidad, cuya información emana del Ministerio de Salud o del Instituto Nacional de Estadística. Esta información es utilizada por los servicios de salud locales, como elemento importante de los diagnósticos de la situación de salud, que sirven de base a la programación de sus actividades anuales.

Las informaciones sobre mortalidad tabulan sus datos de acuerdo con la residencia. Esto es, la información disponible no toma en consideración el lugar donde ocurren las muertes, circunstancia que plantea un problema importante a los servicios de salud: para quién están programando.

Los servicios de salud tienen la responsabilidad central de satisfacer la demanda de la comunidad. El diagnóstico de la situación de salud y el uso de indicadores del nivel de salud tienen la finalidad de estimar con la mayor precisión posible la demanda del "año programático", y de la medida en que su capacidad instalada le permitirá resolver los problemas de salud representados por esa demanda. Esa es, por tanto la gran utilidad del conocimiento de las características de la mortalidad.

De estos antecedentes se desprende una contradicción entre las actividades que los servicios deben realizar y aquellas que programan. Una buena estimación de la demanda futura se basa en la demanda real del pasado. Así, la mortalidad indicará la demanda efectiva sólo cuando se refiera a los fallecimientos ocurridos dentro de la jurisdicción del servicio de salud.

Los registros de mortalidad por ocurrencia traducen parte importante de la realidad de salud que el servicio de "área diagnóstica" debió afrontar en el "año diagnóstico". La mortalidad por residencia también expresa problemas de salud del "área diagnóstica" que se manifestaron como demanda dentro de ella; sin embargo, a la vez agrega problemas que no representaron demanda para el servicio local, porque las personas solicitaron atención médica en otros servicios de salud.

En consecuencia, los registros de mortalidad por ocurrencia aparecen como el predictor más real y objetivo de la demanda que ha de enfrentar al servicio de salud en el "año diagnóstico". Tienen sobre la mortalidad por residencia la ventaja de evitar distorsiones de dos fuentes:

- Muertes de residentes en el área que ocurren fuera de ella, porque las personas buscan atención en otras localidades.
- Muertes de residentes en otras zonas, que buscaron atención de salud en el "área diagnóstica" y murieron en ella.

Las muertes de la comuna de Valdivia proveen buen ejemplo de diferencias de consideración en el comportamiento de la mortalidad según ocurrencia y residencia. Valdivia es sede de una Facultad de Medicina —la única de las tres regiones australes del país— y es, por ello, un foco de atracción para los médicos; por tal razón, la comuna cuenta con un doctor por cada 763 habitantes, relación considerablemente alta si se la compara con las demás comunas de la zona sur. Al mismo tiempo, Valdivia dispone de importantes recursos para la atención de enfermos, principalmente de atención especializada; en ese sentido, destacan servicios como neurología, oncología, psiquiatría, hematología y otros, que constituyen centros únicos de atención

de las respectivas especialidades en la zona austral del país.

De esta manera, a Valdivia llega una cantidad importante de pacientes de otras comunas, tanto de la 10ª Región como de las Regiones 9ª, 11ª y 12ª. A estos enfermos, deben agregarse los pacientes del Servicio de Salud de Valdivia que llegan a atenderse —y principalmente a hospitalizarse— tanto por su propia iniciativa como por los conductos del mismo Servicio de Salud. Estas personas se caracterizan por ser portadores de enfermedades en estados avanzados y, en general, de pronósticos de gravedad. Por tanto, es razonable esperar una mortalidad relativamente alta entre ellas, lo que ocurre en esta comuna.

Sobre la base de las consideraciones precedentes, el Instituto de Salud Pública de la Facultad de Medicina de la Universidad Austral de Chile, inició una investigación destinada a conocer las características de la mortalidad ocurrida en la comuna de Valdivia en el último trienio. El estudio —patrocinado por la Dirección de Investigación y Desarrollo de la Universidad Austral de Chile—, se realiza a través del análisis de la totalidad de los certificados de defunción inscritos en el Registro Civil de Valdivia, correspondientes a las 2977 defunciones ocurridas en la comuna en los años 1981, 1982 y 1983. Esta información fue codificada y analizada computacionalmente.

En Valdivia ocurren alrededor de mil defunciones anuales: en 1981, 1.010 según el Registro Civil y 992 según el Ministerio de Salud. Las muertes de residentes en la comuna, en cambio, alcanzaron sólo a 782 en ese mismo año, conforme al propio Ministerio. La mortalidad por residencia, entonces, considera sólo a 8 de cada 10 muertes ocurridas en la comuna.

Las informaciones oficiales no dan cuenta de la distribución de la mortalidad según el sexo. Los datos del Registro Civil indican que la sobremortalidad masculina del trienio 81-83 alcanza a 146 por cien en Valdivia; en 1983, fue 133 por cien. El último dato nacional disponible muestra una sobremortalidad masculina de 125 por cien. Es probable que las diferencias en la mortalidad por sexo entre la comuna y el país, se expliquen por los respectivos índices de masculinidad: según el INE, 96 para Chile y 102 para la provincia de Valdivia —no entrega el valor de la comuna.

La mortalidad de Valdivia por edad muestra una esperable concentración en las edades altas. Sin embargo, esta tendencia es menor que la del país y de la provincia de Valdivia. El índice de Swaroop señala que cerca de dos tercios de las defunciones de la comuna corresponden a mayores de 50 años; este valor es superior en la provincia y en el país. Las defunciones de mayores de 64 años de la provincia se acercan a la mitad de las muertes, al paso que en la comuna escasamente superan el 42%.

Un factor no considerado en las informaciones oficiales, es la distribución de las personas fallecidas según su ruralidad. Este diferencial de la mortalidad alcanza indudable importancia para los servicios de salud de Valdivia. En esta comuna, en el período 81-83, el 130% de los fallecidos residía en áreas rurales. En el análisis de la ruralidad por año, es clara la tendencia a la reducción de la proporción de fallecidos rurales: descienden de 18 a 90% en el trienio. Debe destacarse que los habitantes rurales en la 10ª Región constituyen el 380%, pero los campesinos de la comuna de Valdivia sólo llegan al 80%. En consecuencia, es evidente que la composición de la mortalidad según la ruralidad está fuertemente impactada por las características regionales.

El análisis más rico de la mortalidad es siempre el de las causas de muerte. En Valdivia se advierte que éstas, en general, siguen las tendencias del país; no obstante, también muestran peculiaridades altamente llamativas. En el plano nacional, como es sabido, las cinco primeras causas de muerte son las cardiovasculares, tumores, accidentes, respiratorias y digestivas. En la comuna de Valdivia, en 1981 la distribución era similar, con la sola diferencia que las causas respiratorias ocupaban el tercer lugar, desplazando a los accidentes. A partir de ese año, las respiratorias incrementan su proporción, llegando a ocupar el segundo lugar en 1983. Paralelamente, las causas mal definidas aumentaron durante el trienio: crecieron del 9 al 170% de todas las causas.

La variación de la importancia relativa de las causas de muerte en Valdivia se aparta de los patrones nacionales y demanda un análisis más acabado. Las tendencias descritas, muestran que los trastornos cardiovasculares han venido perdiendo importancia relativa (pasan del 23 al 200% de 1981 al 83), igual que los tumores (bajan del 15 al 110% de todas las causas), los accidentes (14 a 100%) y los trastornos digestivos (8 a 60%). En síntesis, se advierte que en Valdivia las causas respiratorias y mal definidas aumentan su importancia relativa en el trienio,

en tanto que pierden importancia las otras cuatro causas de muerte de mayor relevancia.

El análisis demuestra que el cambio en la composición de la mortalidad por causa es aparente y responde fundamentalmente a una creciente imprecisión de la certificación de las defunciones. En efecto, las causas mal definidas casi duplican su importancia relativa en el trienio; por esta razón, descienden —tanto en proporción como en cifras absolutas— las otras causas. Simultáneamente, las enfermedades respiratorias incrementan su importancia relativa en casi una sexta parte —del 14 al 16^o/o de todas las causas. Ahora bien, si se desglosan las respiratorias por causas específicas, salta a la vista un aumento considerable de la bronconeumonía sin especificar, en tanto que las demás causas respiratorias mantienen o disminuyen levemente su proporción.

En conclusión, la mortalidad ocurrida en Valdivia en el trienio 1981-1983 muestra características particulares cuando se analiza su distribución según sexo, ocupación, edad, estación del año, ruralidad y causa. Estas peculiaridades demuestran la alta conveniencia de considerar las muertes de acuerdo con el lugar donde ocurren y no según la residencia del fallecido, cuando esta información forma parte del diagnóstico de la situación de salud, destinado a orientar la programación de actividades de los servicios de salud.

En la comuna de Valdivia, el análisis de la mortalidad evidencia, además, un progresivo deterioro de la calidad y precisión de los datos consignados en el certificado de defunción. Este hallazgo constituye un motivo de alarma, que sugiere la necesidad de profundizar en el análisis de la información básica de la mortalidad, antes de considerarla idónea para su utilización en Salud Pública.

4. LA MORTALIDAD DEL GRAN SANTIAGO: ENTRE EL ASOMBRO Y LA REFLEXIÓN

Srs. Julián Mascaró, Verónica Botteselle y Luis Marchant
(Escuela de Salud Pública, Facultad de Medicina, Universidad de Chile)

Las grandes metrópolis constituyen verdaderos enclaves dentro de sus propios países, porque sus características son tan disímiles del resto del territorio que las rodea, que las hacen aparecer como extranjeras.

La ciudad de Santiago obtuvo hace varios años categoría de gran urbe: actualmente bordea los cuatro millones de habitantes (un tercio del país) y su alta densidad de población —variable medular de sus diferenciales— movió a los autores a focalizar su atención en los rasgos de su mortalidad, bajo el supuesto de que este fenómeno es una consecuencia de todos los factores que actúan en pro y en contra de una colectividad humana.

Elevada densidad demográfica implica problemas de vivienda, de transporte, de trabajo, de contaminación, de hacinamiento y promiscuidad, pero también de mejor acceso a la atención médica, a la educación, a la recreación y a los mayores adelantos de la ciencia y la tecnología. La resultante "mortalidad" de este conjunto de fuerzas divergentes, antagónicas y a veces convergentes ¿cómo difiere con relación al resto del país?

La primera comparación examinada se refiere a los niveles de mortalidad y su comportamiento a través del tiempo; esta revela que hay una diferencia significativa entre la tasa de mortalidad de la ciudad de Santiago y la del resto del país. Mientras en la capital la tasa de mortalidad general ha variado entre 8 y 6 por mil en los últimos catorce años, en el resto del país esta gradiente aparece entre 9 y 7 por mil, aproximadamente. Llama la atención que ambas que tendencias se mantengan paralelas en el tiempo, conservando su ritmo de descenso.

La estructura de la mortalidad según causa es otro elemento que debería obviamente expresar diferencias. Para corroborarlas y determinar su magnitud se compararon los promedios de defunciones 1981-1983 por grupos de causas observados en el Gran Santiago y en el resto de Chile (Tabla 1).

Aparecen de inmediato algunos hechos esperados, como la importancia relativa de las causas "mal definidas" —de baja ponderación en la ciudad de Santiago (4^o/o) y de relieve en el resto del país (10^o/o) y otros hechos en cierto modo sorprendentes, como el mayor peso que tienen las respiratorias y las digestivas en la capital, comparativamente con el que tienen en el

resto de Chile.

Una síntesis de la comparación podría expresarse en que todas las causas tienen diferente peso en una y otra área geográfica, pero surge la gran duda respecto a cómo se distribuye en la realidad ese 40% de causas mal definidas en Santiago y el correspondiente 100% en el resto del país.

Establecer supuestos para intentar una corrección de ese elemento distorsionante no es nada fácil, dados los múltiples factores que están en juego. Con un criterio tal vez simplista, pero práctico, consideramos que sólo los accidentes no están comprendidos dentro de las mal definidas y que todas las demás causas están representadas en este grupo con igual proporción a la que tienen en el total de las causas conocidas y bien definidas. Los resultados de la aplicación de este criterio señalan que en el Gran Santiago comparativamente con el resto de Chile tendrían igual importancia relativa las muertes por cardiovasculares, por accidentes y por enfermedades génitourinarias; tienen en cambio mayor peso relativo en Santiago tumores malignos, respiratorias, digestivas y de la nutrición; infecciosas y perinatales son de mayor peso en el resto de Chile que en la ciudad capital.

Parecería que los factores relacionados con la atención médica son determinantes de algunas de las diferencias observadas (tumores malignos en la capital, perinatales en el resto de Chile, por ejemplo).

Si las disparidades observadas en la mortalidad entre la ciudad capital y el resto de Chile provocan inusitado interés, no menos sorprendente resulta analizar lo que ocurre al interior de la metrópoli, por comunas.

La tabla 2 resume esta situación en términos de mortalidad general, infantil y cinco causas específicas de mayor connotación.

Llama la atención que las comunas de Santiago, Providencia, San Miguel y Quinta Normal —de fisonomías disímiles— exhiban las tasas más elevadas de mortalidad general, infantil, por enfermedades del aparato circulatorio, tumores malignos y respiratorias. Por otra parte, Las Condes, La Florida y La Granja —también heterogéneas entre sí— presentan en común las tasas más bajas de mortalidad general y por causas respiratorias y digestivas.

Todo este conjunto de indicadores de la tabla 2 plantea numerosas interrogantes y origina interpretaciones no siempre armónicas e, incluso algunas, hasta contradictorias. En ciertas comunas podría gravitar la estructura de su población por edad o su nivel económico-social, pero los autores tampoco descartan la posible influencia de una deficiente adjudicación de la residencia habitual del fallecido. Desestiman, en cambio, errores importantes de la población por comunas, toda vez que el análisis fue centrado deliberadamente en el año 1982 para aprovechar los datos del reciente recuento censal.

TABLEA Nº 1
PRINCIPALES CAUSAS DE MUERTE EN EL
GRAN SANTIAGO Y RESTO DEL PAÍS
PROMEDIO 1981 - 1983

Causas de Muerte	Santiago		Resto del País	
	Muertes	o/o	Muertes	o/o
Aparato Circulatorio	5.971	28,9	13.665	26,9
Tumores malignos	3.855	18,7	7.884	15,5
Accidentes	2.532	12,2	6.316	12,4
Aparato respiratorio	2.113	10,2	4.523	8,9
Aparato digestivo	2.056	9,9	4.078	8,0
Mal definidas	856	4,1	5.374	10,6
Endocrinas, nutrición y metabolismo	648	3,1	1.195	2,4
Perinatales	511	2,5	1.956	3,9
Génito urinarias	482	2,3	1.044	2,1
Infecciosas y parasitarias	418	2,0	1.323	2,6
Todas las demás	1.254	6,1	3.392	6,7
TOTAL	20.696	100,0	50.750	100,0

TABLA Nº 2

MORTALIDAD GENERAL, INFANTIL Y POR CAUSAS SELECCIONADAS
 GRAN SANTIAGO Y RESTO DE CHILE
 TASAS PROMEDIO 1981-1983

Comunas	Mortal. general (1)	Mortal. infantil (2)	Mortalidad por causas seleccionadas (3)				
			Aparato Circulat.	Tumores malignos	Acciden. tes	Respira- torias	Diges- tivas
Santiago	10,2	28,2	332	179	106	110	109
Conchalí	5,3	14,5	144	95	75	52	57
Providencia	12,9	32,9	276	178	54	79	52
Nuñoa	5,5	15,1	178	116	61	57	52
San Miguel	7,3	23,0	207	137	75	74	82
Maipú	4,3	13,5	129	84	64	42	45
Quinta Normal	8,0	18,7	204	124	87	86	77
Renca	4,7	16,4	112	76	72	46	54
Quilicura	6,3	13,7	151	107	98	71	49
Pudahuel	4,3	19,4	85	59	67	49	43
La Cisterna	4,4	12,7	122	82	62	42	49
Las Condes	4,0	12,4	132	103	46	35	27
La Florida	3,4	14,9	93	65	56	29	30
La Granja	4,1	18,4	93	72	66	42	41
La Reina	5,1	14,9	161	114	64	58	31
GRAN SANTIAGO	5,6	18,0	165	107	70	58	57
RESTO DE CHILE	6,3	28,3	174	100	80	58	52

(1) Por 1.000 habitantes

(2) Por 1.000 nacidos vivos

(3) Por 100.000 habitantes

5. DIAGNOSTICO DE LA SITUACION DE CHUQUICAMATA

Drs. Gonzalo García y Héctor Villalta y Sras. Irma Gutiérrez, María Violeta Weitzel, Gladys Sepúlveda, Rosa Bravo, Silvia Olivares, Magdalena Villegas, Ernesto Peralta y Gloria Bascañan
 (Hospital Roy H. Glover, División Chuquicamata, CODELCO-Chile)

El propósito del presente trabajo fue conocer la Situación de Salud del Area dependiente de los Servicios Médicos de la División Chuquicamata de CODELCO-Chile, que incluye la totalidad del campamento minero ubicado en Chuquicamata y alrededor de un tercio de la vecina ciudad de Calama. Chuquicamata está ubicado a 2.600 metros sobre el nivel del mar, en pleno desierto y a 230 kms. del puerto de Antofagasta.

Se plantearon como objetivos a) Conocer la gestación, organización y funcionamiento de estos Servicios Médicos. b) Analizar el Nivel de Salud del área dependiente de estos Servicios y los factores que la condicionan. c) Medir el grado de eficiencia de estos Servicios. d) Evaluar la utilización de los recursos aportados por la División. e) Evaluar el grado de cumplimiento de los programas de salud. f) Formular una opinión fundamentada respecto al Sistema de atención en salud realizada por el Servicio Médico.

Para lograr estos objetivos se analizaron los siguientes aspectos que constituyen los factores condicionantes de la Situación de Salud del área:

- I El área geográfica y sus características generales.
- II La población y sus características.
- III Los establecimientos de salud: Hospital Roy H. Glover y sus consultorios periféricos.
- IV El Medio Ambiente Físico: a) abastecimientos de agua; b) eliminación de excretas; c) eliminación de basuras; d) Viviendas y su saneamiento básico; e) control de alimentos; f)

control de reservorios y vectores; g) industrias.

V El Medio Ambiente Económico y Social: a) los establecimientos educacionales; b) la recreación; c) las organizaciones de la comunidad.

VI El Nivel y Estructura de Salud.

a) Principales indicadores: Natalidad, mortalidad general, mortalidad infantil, mortalidad neonatal, mortalidad materna. Principales causas de muertes. Estos indicadores fueron analizados en un período de 11 años (1970-1981), comparando las tasas de Chuquicamata con las de la II Región y de Chile.

b) Características de la atención cerrada.

c) Atención ambulatoria: consultas médicas totales y por especialidades (1975-1981), concentración de consultas, atención odontológica, control de salud, enfermedades transmisibles, consultas de urgencia.

d) Salud Ocupacional: exámenes de ingreso, egreso y por cambio de faena, accidentes del trabajo, riesgos (silicosis, daño acústico, plomo, otros), control de la tuberculosis.

VII Evaluación de Programas (1981): infantil, adultos, maternal. Rendimiento médico por servicios y especialidades.

Para completar el estudio de la Situación de Salud de Chuquicamata, se diseñó un trabajo de investigación que permitirá conocer el Nivel y Estructura de Salud del área. Participó en él un equipo multiprofesional integrado por un médico pediatra especialista en Salud Pública, un médico veterinario especialista en Higiene Ambiental, seis enfermeras de Salud Pública, un asistente médico administrativo y un estadístico. Su duración fue de 18 meses.

El trabajo consistió en revisar y analizar una muestra de la consulta externa infantil, adulto y maternal; una muestra de fichas clínicas y el 100% de los egresos de hospital en sus diferentes servicios, con el objetivo de: a) cuantificar y clasificar la morbilidad prevalente en la consulta pediátrica, de adulto, maternal y de especialidades. b) cuantificar y clasificar la morbilidad prevalente en los egresos de hospital.

La información fue extraída de una muestra (muestreo sistemático simple) realizado en base a los diagnósticos y antecedentes registrados en: Hoja diaria de consultas médicas externas, Boletines de egresos y Fichas clínicas.

El Universo lo constituyó las 152.821 consultas externas otorgadas en el año 1981; los 6.848 egresos ocurridos en dicho año y las 45.800 fichas clínicas existentes.

El tamaño de la muestra: fue de 27.302 consultas externas (17,80%), 7.249 fichas clínicas (16,00%), 6.574 egresos (96,90%).

Variables estudiadas. En consultas externas y egresos: diagnósticos, edad (grupo etario), variación estacional y residencia (Chuquicamata o Calama); en fichas clínicas: concentración de consultas y hospitalizaciones y residencia.

Los diagnósticos fueron agrupados de acuerdo a la Clasificación Internacional abreviada de 17 grupos de causas. En algunos casos se analizó algunos diagnósticos específicos que tenían algún interés especial.

Resultados.

Los factores climáticos, la topología del terreno, la falta de áreas verdes y el aislamiento, hacen la vida muy difícil, lo que repercute en la salud de la población, especialmente en su salud mental.

Los indicadores de salud son excelentes, todos ellos a nivel de los mejores del mundo y muy por encima de los promedios nacionales.

Algunos factores condicionantes contribuyen a la excelencia de estos indicadores, especialmente los que se refieren a la calidad de las viviendas y a su saneamiento básico. Son factores negativos la ubicación geográfica y la falta de actividades de recreación.

Se destacan los siguientes indicadores de salud (1981):

- Mortalidad general..... 1.9 por 1000 habitantes (Chile 6,2)
- Mortalidad infantil 13.1 por 1000 niños nacidos vivos (Chile 27.2)
- Desnutrición 4,0% de la población de 0 a 5 años en control.
- 100 % de cobertura en control de niño sano
- 100 % de cumplimiento de programas de vacunaciones con tasas muy bajas de enfermedades transmisibles.
- Bajos índices de enfermedades profesionales.

– Excelente cumplimiento de programas: Infantil 103.80/o –Adulto 99.00/o– Maternal 75.00/o con un promedio global de 92.60/o.

– 99.5 0/o de los partos con atención profesional en Hospital.

Destaca la importancia de los Tumores (cáncer) como primera causa de muerte (260/o) y de las Enfermedades del Aparato Circulatorio (13.7) y los Accidentes, envenenamiento y violencias (13.70/o) como las segundas causas.

Las enfermedades del Aparato Respiratorio son la primera causa de consulta: 55.30/o en niños y 23.90/o en adultos. Se observa también un alto porcentaje de consultas por neurosis (6.90/o) y por colon irritable (4.40/o), constituyendo los trastornos mentales la tercera causa de consulta de adultos (9.50/o). En Pediatría se observa un alto porcentaje de consultas de origen respiratorio que representan más de la mitad del total de consultas. En Medicina Interna, también constituyen la primera causa seguidas por las enfermedades osteomusculares y digestivas. Los tumores no figuran como causa importante de consulta a pesar de constituir la primera causa de muerte.

La primera causa de egresos infantiles lo constituyen las Enfermedades del Aparato Respiratorio (330/o), no así en adultos en los que la primera causa son las del Aparato digestivo (22.60/o).

- Llama la atención la alta concentración de consultas: 3.07 en niños y 2.6 en adultos.
- No se observaron variaciones estacionales en la patología de niños y adultos.
- No hay diferencias en relación al sexo de los consultantes, aunque sí lo hay en lo que se refiere a hospitalizaciones en que egresan más hombres que mujeres.
- En relación a la edad la mayor consulta infantil corresponde al grupo de escolares (6 a 14 años) y en adultos al grupo de 14 a 45 años.
- No hay diferencias importantes en las consultas y egresos en relación a la residencia (Chuquicamata o Calama).
- Por último, destaca alguna sugerencia en relación a establecer prioridades de atención, como es el caso de las Enfermedades del Aparato Respiratorio y los Tumores, y en relación a la necesidad de aumentar la dotación médica cubriendo algunas especialidades que se ha estimado justifican su existencia: Oncología, Dermatología, Neurocirugía, Fisiatría y Psicología Clínica.

TABLA I

Principales grupos de causas y diagnósticos en consultas de Pediatría y Medicina Interna. Chuquicamata, 1981

Diagnósticos (Grupos de causas)	Consultas	
	Pediatría o/o	Medicina o/o
Respiratorias	56	23
Infecciosas y parasitarias	10	3
Sistema nervioso y sentidos	8	4
Piel	6	14
Digestivas	4	4
Genitourinarias		12
Osteomuscular	1	
Accidentes	1	
Mentales		9
Circulatorias		7
Endocrinas y metabólicas		2
Mal definidas	2	5



6. ESTRUCTURA DE LA MORBILIDAD PERCIBIDA EN SEIS COMUNIDADES RURALES DE LA SEXTA REGION. CHILE, 1984

Con el propósito de conocer la morbilidad percibida y la forma como la población satisface sus necesidades de salud, se realizó un estudio en aquellas comunidades en que se desarrolla el Programa de Internado Rural de la División Ciencias Médicas Sur.

Se incluyeron algunas localidades de las Comunas de Codegua, Requinoa, Doñihue, Quinta de Tilcoco y Las Cabras, en las cuales habitan 2.609 familias con una población total de 13.211 habitantes.

Para este estudio tomamos como base la investigación realizada en 1978 por los Drs. Medina y Kaempffer, "Morbilidad y Atención Médica en el Gran Santiago".

El tamaño de la muestra se obtuvo con un 95% de confianza y 30% de error. Se seleccionó las unidades de muestreo por el método aleatorio estratificado con afijación proporcional según el tamaño de la población.

Las unidades de observación fueron la familia y cada uno de sus miembros que presentó un cuadro de morbilidad aguda o accidente, enfermedad crónica, o que estaban en control de salud o que habían demandado atención dental.

Se aplicaron dos instrumentos: un Formulario Familiar y otro Formulario Personal. La información se recolectó a través de una entrevista estructurada, realizada en el domicilio de las familias por los Internos de la División Sur.

Resultados

Un 10.4% de la población había sufrido de enfermedad aguda o accidente en los 15 días previos a la encuesta. La primera causa de enfermedad eran las afecciones respiratorias.

No se encontró diferencias por grupos etáreos ni sexo.

La prevalencia de enfermedad crónica percibida fue de 14.40%. Las patologías más frecuentes son afecciones del Aparato circulatorio; del Sistema Nervioso y Organos de los Sentidos; del Sistema Osteomuscular y Tejido Conjuntivo. Hay diferencias por sexo estadísticamente significativas.

Respecto a control de salud, el 20% de los menores de 6 años no están adscritos al Programa Infantil. El 26.40% de las mujeres en edad fértil asiste a Planificación Familiar y un 3.90% de las mujeres de 15-49 años se está controlando por embarazo. Los adultos varones y senescentes no controlan su salud.

Sólo el 3.30% de la población ha demandado Atención Dental en las 2 semanas previas a la consulta. Lo hacen con mayor frecuencia las mujeres y el grupo etáreo de 15-64 años.

En relación a demanda de atención médica de enfermedad aguda, más de la mitad no consulta, encontrándose diferencias significativas según localidad en que habitan.

Se indagó además sobre lugar donde consultan, motivos por los cuales no consultan, gasto en que incurrieron, etc.

En cuanto a los pacientes crónicos, más de la mitad no se controlan por su enfermedad. Un alto porcentaje se automedica y obtiene los medicamentos de fuente no especificada.

Finalmente, el estudio realizado, nos permitió conocer algunos hechos interesantes acerca de lo que percibe la población respecto a enfermedad y demanda de atención, lo que nos permite plantear algunas hipótesis que orienten futuras investigaciones.

TABLA Nº 1

Frecuencia de enfermedad aguda y accidente, enfermedad crónicas, control de salud y atención dental, según sexo y grupos etáreos.

Tasa por 100 habitantes. Comunidades rurales VI Región. Chile, 1984.

EVENTO	GRUPO ETAREO						TOTAL	
	- 15 años		15 - 64 años		65 y más			
Nº	FEM.	MASC.	FEM.	MASC.	FEM.	MASC.	FEM.	MASC.
	(246)	(228)	(373)	(443)	(37)	(35)	(656)	(706)
Enf. Ag. o Acc.	11.4	13.2	10.7	7.0	18.9	14.3	11.4	9.3
Enf. Crónica	2.0	5.3	19.0*	13.5	67.6	62.9	15.4	13.3
Control Salud	35.0	39.5	28.7	0.2	2.7	0.0	29.6	12.9
Atención Dental	4.5	1.8	4.8	2.7	0.0	0.0	4.4*	2.3

* Diferencia estadísticamente significativa.

TABLA Nº 2

Tipo de control médico a que asiste la población según sexo.

Tasa por 100 habitantes. Comunidades rurales, VI Región. Chile, 1984.

TIPO DE CONTROL MEDICO	SEXO				TOTAL	
	FEMENINO		MASCULINO		Nº	Tasa
	Nº	Tasa	Nº	Tasa		
NIÑO SANO	85	78.0	91	76.5	176	77.2
EMBARAZO	13	3.9	—	—	13	3.9
PLANIFICACION FAMILIAR	89	26.4	—	—	89	26.4
ADULTO SANO	6	1.5	0	0	6	0.7
SENESCENTE	1	2.7	0	0	1	1.4

7. PERFIL DE MORBILIDAD DE HOSPITALIZACION DE DOS HOSPITALES DE LA VIII REGION DEL BIO-BIO

Ing. Com. Marta García, Drs. Arturo Radwell, Delio Vera y Hernán Rodríguez
(Hospital de Coronel)

La falta de elementos que permitan disponer de información oportuna y actualizada es una limitación importante para que, a partir de ella, se puedan distribuir los recursos, siempre escasos, en forma más adecuada en los establecimientos de salud.

Conocer la morbilidad de sus egresos permite a un director orientar su esfuerzo con miras a buscar en la población a su cargo las causas de esas enfermedades, y al mismo tiempo, centrar su acción intra-hospitalaria para poder ofrecer una atención expedita, eficiente y eficaz.

Así pues, el objetivo de este trabajo fué conocer la morbilidad de los egresos hospitalarios del hospital de Coronel, comuna minera del Servicio de Salud Concepción Arauco., comparándola con la morbilidad de egresos del hospital base de Los Angeles, capital de la provincia del Bio-Bio, con un 350/o de ruralidad.

La idea de la comparación surgió como una necesidad de saber si:

- la patología era igual en zonas mineras y zonas campesinas.
- el promedio de días de estada era muy diferente en un hospital tipo II (Coronel) sin ninguna sub-especialidad y un hospital tipo II (Los Angeles) que por ser base camina rápidamente hacia III, desarrollando e implementándose con sub-especialidades.
- la solución final (egreso sano, traslado a otro nivel de mayor complejidad o muerte) era similar o muy diferente.

Para hacer este análisis se tomaron como factores de referencias datos de la región Metropolitana del año 1982.

Se analizaron 1.387 egresos hospitalarios del hospital de Coronel y 2.598 del hospital base de Los Angeles, tabulando patología de acuerdo al "Clasificador de Diagnósticos" OMS 1975, correspondientes a los meses de julio de 1983 y enero de 1984 que la muestra sea representativa.

El análisis de los datos muestra que:

- a) Existen diferencias porcentuales importantes entre la Región Metropolitana, Los Angeles y Coronel para la atención cerrada (Gráfico I).
- b) Estas diferencias deben ser consideradas desde el punto de vista de los recursos disponibles en cada área analizada y la proximidad a centros especializados, además de las características socio-económicas de las localidades estudiadas.
- c) Las diferencias porcentuales más importantes, con respecto a la Región Metropolitana son problemas de embarazo, parto y puerperio, respiratorias, infecciosas perinatales y "Otras". Cabe destacar que en otro rubro "Otras" para Coronel se encuentra el grupo "Enfermedades de la Piel" con una incidencia del 40% sobre el total de egresos.
- d) Después del grupo de "Problemas del Embarazo, Parto y Puerperio", las enfermedades digestivas constituyen la causa más frecuente de hospitalización para Los Angeles (130% sobre el total, y "Respiratorias" para Coronel con el 160% (Gráfico 1).
- e) La segunda causa para ambos establecimientos corresponde a "Infecciosas" con 100% de incidencia. Dentro de estas, las diarreas agudas infecciosas ocupan el 650% para Coronel y 390% para Los Angeles.
- f) El mayor porcentaje de fallecidos pertenece al grupo de hipertensión arterial para los dos establecimientos (0,90% para Coronel y 0,60% para Los Angeles sobre el total de egresos).
- g) Con respecto al total de egresados por hipertensión arterial, el 22,40% fallece en Coronel, el 150% de los cuales son menores de 60 años. Para Los Angeles el porcentaje de fallecidos es de 15,70% y de ellos el 18,80% son menores de 60 años.
- h) Del total de fallecidos para Coronel, el 700% pertenece al grupo de mayores de 60 años; para Los Angeles sólo el 450%. Se presenta por tanto una tendencia importante de fallecidos menores de 60 años en Los Angeles.
- i) La causa más frecuente de derivación hacia Concepción son los traumatismos y quemados: 0,90% para Coronel; para Los Angeles traumatismos con 0,60%. El análisis de los diagnósticos permite asegurar que Los Angeles deriva paciente con enfermedades que por su complejidad sólo pueden ser resueltas en el nivel terciario, en tanto Coronel, por estar menos implementado remite pacientes con cuadros menos severos. Esta podría ser la razón de la diferencia porcentual indicada en el punto h).

En la tabla 1 presenta además, los promedios de días estada para cada grupo de diagnósticos. En general, el promedio para Coronel es de 5,8 días y para Los Angeles 6,2. Para establecerlos, se restaron: 1 caso de Coronel con 133 días y 5 para Los Angeles con 422 días.

En resumen, existen diferencias notorias entre localidades cuyas causas deben analizarse. Ellas están indicando que la realidad respecto de la Región Metropolitana es diferente, así como la de los establecimientos analizados.

GRAFICO N° 1

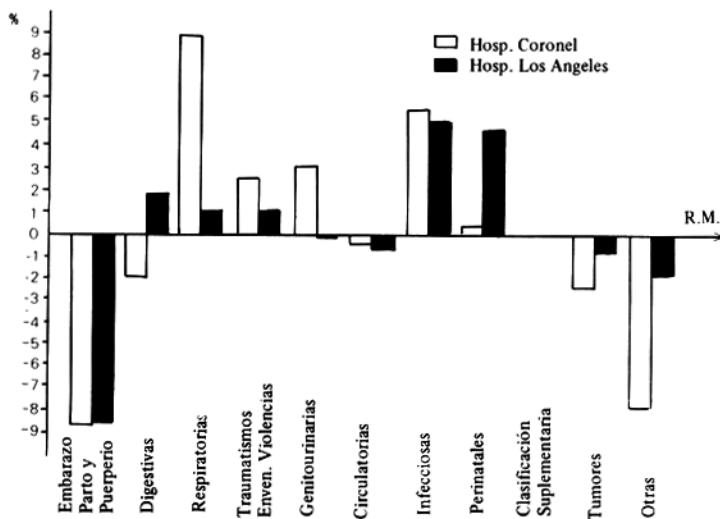
**DIFERENCIA PORCENTUAL CON RESPECTO A
REGION METROPOLITANA**


TABLA 1

**NUMERO DE EGRESOS DE HOSPITALIZACION, HOSPITALES LOS ANGELES Y
CORONEL
(Julio 1983 y Enero 1984)**

Grupos de Patologías	Coronel					Los Angeles				
	Solu- ciones	Muerte	Deri- vados	Total	Dias Hospit.	Solu- ciones	Muerte	Deri- vados	Total	Dias Hospit.
Emb. Parto. Puerp.	348	---	---	348	3,4	254	---	---	254	4,0
Digestivas	114	6	5	125	6,7	319	10	1	330	7,2
Respiratorias	224	---	2	226	8,0	220	2	2	224	8,0
Traumatis. Violenc.	114	1	13	128	4,9	180	2	16	198	9,2
Genitourinarias	134	1	---	135	4,4	166	3	---	169	5,2
Circulatorias	43	13	2	58	7,2	82	16	4	102	7,7
Infeciosas	137	2	2	141	8,3	235	9	5	249	9,2
Perinatales	61	1	2	64	5,8	230	3	1	234	4,2
Clasif. Suplement.	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---
Tumores	9	---	1	10	6,2	51	6	3	60	8,0
Otras	142	3	7	152	6,1	356	13	9	378	5,4
Totales	1326	27	34	1387	5,8	2493	64	41	2598	6,2

8. ATENCION EN SALUD EN UN CONSULTORIO DE LA CRUZ ROJA CHILENA

Sr. Leopoldo Parada, Dra. Patricia Calderón y Virginia Hansch y Sr. David Figueroa
(Cruz Roja Chilena de La Cisterna)

En nuestro país el mayor porcentaje de consultas médicas y de salud se efectúan en establecimientos pertenecientes al Sistema Nacional de Servicios de Salud. Sin embargo, existe un grupo importante de pacientes que buscan otros medios para la obtención de atención de salud profesional. Entre estos se encuentran los consultorios comunales de la Cruz Roja Chilena. En ellos se ofrece una atención primaria integral, que incluye Medicina, Odontología, Obstetricia, Enfermería y otros.

El objetivo general fue analizar las consultas atendidas durante 1983 en el Consultorio Cruz Roja de La Cisterna de Santiago, teniendo objetivos específicos: a) determinar el número de consultantes, su edad y sexo; b) analizar la variación mensual de consultas; c) frecuencia de consultas por paciente; d) ubicación del domicilio de los consultantes, y e) determinar el perfil de Morbilidad según el rubro profesional consultado.

Se analizó el total de consultas efectuadas durante el año 1983, en los rubros Medicina General Adultos, Medicina General Niños (de 0 a 14 años) y Enfermería (curaciones). Se utilizó como fuente de información la ficha clínica individual, siendo la unidad de análisis el o los diagnósticos efectuados en cada consulta. La información se clasificó y traspasó a tarjetas de clasificación manual. Los diagnósticos se agruparon según la Clasificación Internacional de Enfermedades de la O.M.S. El análisis estadístico se hizo con la prueba de Chi cuadrado.

Resultados

Durante 1983 se efectuaron 6.101 atenciones de salud. El 32,47% correspondió a Medicina y el 67,53% a Enfermería.

La atención adulta representó más de dos tercios del total de consultas. Con respecto al sexo, se halló diferencia sólo en las consultas de Medicina General Adultos, donde hubo un predominio femenino claro.

En cuanto a la variación mensual de consultas se observó que bajaba en todos los rubros durante enero. En Medicina General hubo incremento en noviembre y diciembre y una baja en septiembre y octubre, mientras que en Enfermería aumentó la atención en mayo, junio, octubre, noviembre y diciembre.

En Medicina General el 87,50% de los pacientes consultaron una sola vez, el 9,20% dos veces y un 3,30% entre 3 y 5 veces. En enfermería hubo consultas repetidas en un 14,40%, llegando incluso a más de 11 veces.

El domicilio de los consultantes quedaba fundamentalmente en la comuna de La Cisterna con un 92,90%.

En cuanto al perfil de morbilidad, la patología más frecuente en Medicina General Niños fueron las enfermedades respiratorias (34,90%), luego las patologías digestivas (16,20%), siguiendo las enfermedades infecciosas (13%).

En Medicina General Adultos la patología digestiva ocupó el 14,20%, la urogenital el 13,70%, la respiratoria el 13,30% y la neuropsiquiátrica el 10,80%.

En atención de Enfermería la patología de piel y tejido subcutáneo fue la más frecuente tanto en adultos como en niños, siendo en los primeros las úlceras venosas las más importantes, mientras que en los niños destacaban el impétigo y las quemaduras.

Comentario

La labor desempeñada por profesionales en este policlínico tiene como propósito brindar atención médica de tipo primaria a todo paciente que lo solicite, sin considerar su edad, previsión o domicilio. Los recursos materiales son escasos, pero el número de consultas mensuales satisfechas en Medicina y Enfermería (promedio 554) con sólo 3 horas de atención diaria, revela la necesidad de un sector de la población de consultorio del S.N.S.S. La calidad de la atención médica ofrecida, se ve entorpecida por el hecho de no contar con interconsultas para derivación de pacientes a policlínicos especializados, ni con exámenes de laboratorio. La infraestructura que poseen estos consultorios podrían servir de apoyo, trabajando en forma coordinada, a la labor habitual de servicios de urgencia o policlínicos que se ven sobrecargados de consulta de patología social.

TABLA 1

**CONSULTAS SEGUN TIPO DE ATENCION Y SEXO REALIZADAS EN
CONSULTORIO CRUZ ROJA LA CISTERNA DURANTE 1983**

TIPO DE ATENCION

	Medicina General		Enfermería		Total
	Niños	Adultos	Niños	Adultos	
Sexo					
Masculino	268	424	538	1.361	2.591
Femenino	288	1.001	586	1.635	3.510
Totales	556	1.425	1.124	2.996	
Total	1981 (32,47 ^o /o)		4.120 (67,53 ^o /o)		

TABLA 2

**PRINCIPALES GRUPOS DE ENFERMEDADES EN LA POBLACION CONSULTANTE A
MEDICINA GENERAL. CONSULTORIO CRUZ ROJA LA CISTERNA 1983.**

Grupo enfermedades	Niños		Adultos	
	N	o/o	N	o/o
Respiratorias	209	34,9	197	13,3
Digestivas	97	16,2	210	14,2
Infecciosas y Parasitarias	78	13,0	113	7,6
Piel y Tej. Subcutáneo	62	10,4	124	8,4
Neurosiquiátricas	41	6,9	160	10,8
Urogenitales	19	3,2	203	13,7
Circulatorias	4	0,7	117	7,9
Otras	46	14,7	301	24,1
Total	556	100 ^o /o	1.425	100 ^o /o

**9. ESTUDIO DE LA SITUACION SOCIOECONOMICA DE LA POBLACION DE UN AREA
DE SALUD. APLICACION DEL METODO DE GRAFFAR.**

Drs. María Inés Gómez y Aída Kirschbaum y Sra. Ilse López
(Departamento de Programa de las Personas. Servicio de Salud Metropolitano Suroriente
y Escuela de Salud Pública. Universidad de Chile)

El adecuado conocimiento de las características sociales de la población es indispensable para entender la ocurrencia de diferentes fenómenos de salud y además permite lograr un buen diseño de programas de prevención y control de las enfermedades.

Habitualmente se publican estudios en que se consideran indicadores socioeconómicos, pero generalmente, la metodología usada es diferente, lo que dificulta o impide la comparación de resultados.

Nos ha interesado estudiar la situación socioeconómica de la población que corresponde al área geográfica del Servicio de Salud Metropolitano Suroriente, utilizando la Clasificación Social Internacional propuesta por M. Graffar. Esta clasificación utiliza 5 variables básicas y tiene la ventaja de no usar directamente el ingreso familiar como indicador, y ya ha sido utilizada en Chile en varias oportunidades, generalmente en estudios relacionados con desnutrición infantil.

Se trata de un estudio de prevalencia de los distintos estratos sociales, en la población de las comunas del Area Suroriente de la Región Metropolitana.

Las variables básicas en estudio fueron las siguientes: 1) Ocupación del jefe de hogar. 2) Nivel de instrucción del jefe de hogar. 3) Fuente principal del ingreso familiar. 4) Calidad de la vivienda en que habita la familia. 5) Calidad del barrio en que se ubica la vivienda. Cada una de estas variables tiene 5 categorías ordinales que van de la más alta a la más baja y a cada una se le asigna una nota entre 1 y 5. Luego se suman los puntajes obtenidos y de acuerdo a este resultado se ubica a la familia en uno de 5 estratos sociales (Alto, Medio alto, Medio, Medio bajo y Bajo). La unidad de análisis fue la familia.

El universo correspondió a la población de las comunas de La Granja, La Florida y Puente Alto con un total de 123.207 viviendas y 591.344 habitantes. De este universo se tomó una muestra de 396 viviendas, que fue elaborada por el Instituto Nacional de Estadísticas.

Se realizó entrevista en cada vivienda seleccionada, encuestando al jefe de hogar o a su cónyuge y realizando observación de la vivienda y el barrio. En caso necesario se repitió la visita hasta 3 veces. El instrumento utilizado fue previamente validado.

Los encuestadores fueron entrenados en la metodología de la encuesta en terreno. El trabajo de terreno se realizó entre agosto y octubre de 1983.

Resultados

Se logró encuestar 358 familias, lo que equivale a un 90,40% del total de la muestra, con una pérdida total de 9,60% (sólo 3,30% correspondió a rechazos).

El total de población fue de 1.744 personas, con 48,60% de hombres y 51,40% de mujeres. La distribución por edad fue la siguiente: 31,50% menores de 15 años, 63,90% en el grupo de 15 a 64 años, y 4,60% de 65 años y más.

El promedio de personas por grupo familiar fue de 4,870/0.

Respecto a ocupación el 59,40% de los jefes de hogar tenían ocupaciones del nivel medio bajo y bajo.

El nivel de instrucción se distribuye en forma mucho más homogénea que las otras variables, siendo la única en que se encontraron familias en todas las categorías. El nivel alcanzado es alto, ya que el 79,30% de los jefes de hogar tienen enseñanza básica completa y el 330% enseñanza media completa. Sólo un 7,60% alcanza educación universitaria.

La fuente de ingreso corresponde en más de la mitad de los casos a la nota o nivel IV de Graffar y hay un 100% de familias que viven de ayudas públicas o privadas.

La calidad de la vivienda se concentra en los niveles III y IV, vale decir de viviendas pequeñas, en general de construcción sólida, que cuentan con los servicios básicos, pero que en muchos casos no están en buen estado de conservación.

La conexión a agua potable alcanza al 950% y la conexión a alcantarillado un 860%.

La calidad del barrio se concentra en el nivel IV. En un 6,70% de los casos no fue posible clasificar el barrio por corresponder a zonas semirurales o rurales.

La prevalencia de cada uno de los estratos sociales es la siguiente: Alto 00%, Medio Alto 6,70%, Medio 30,20%, Medio Bajo 46,40% y Bajo 16,70%. El estrato predominante es el Medio Bajo, lo que es de esperar dado los resultados obtenidos al estudiar cada una de las variables por separado.

Al realizar test de X^2 para los resultados obtenidos tanto para la distribución de familias según las variables básicas, como para la distribución por estratos sociales, se encuentra que las diferencias entre comunas son estadísticamente significativas a un nivel de 10%.

Analizando las 5 variables por separado y la suma final que da los estratos sociales, se concluye que la población de la comuna de La Florida es la de mejor nivel socioeconómico, seguida por Puente Alto en una posición intermedia y luego La Granja con un nivel socioeconómico bastante más bajo.

TABLA Nº 1

DISTRIBUCION DE FAMILIAS SEGUN NIVEL DE INSTRUCCION DEL JEFE DE HOGAR, POR COMUNAS

Nivel de instrucción	Comunas						Total	
	La Granja		La Florida		Puente Alto		Total	
	N	o/o	N	o/o	N	o/o	N	o/o
I	6	3,9	13	11,4	8	8,8	27	7,6
II	30	19,6	35	30,7	26	28,6	91	25,4
III	37	24,2	35	30,7	23	25,3	95	26,5
IV	39	25,5	18	15,8	14	15,4	71	19,8
V	41	26,8	13	11,4	20	21,9	74	20,7
Total	153	100,0	114	100,0	91	100,0	358	100,0

$$X^2_0 = 21,807 \quad X^2_t = 20,090$$

- I = Educación universitaria.
- II = Enseñanza media o secundaria completa.
- III = Enseñanza media o secundaria incompleta.
- IV = Enseñanza básica o preparatorias completa.
- V = Enseñanza básica incompleta o sin educación.

TABLA Nº 2

DISTRIBUCION DE FAMILIAS SEGUN ESTRATO SOCIAL. POR COMUNAS

Estrato social	Comunas						Total	
	La Granja		La Florida		Puente Alto		Total	
	N	o/o	N	o/o	N	o/o	N	o/o
Alto	-	-	-	-	-	-	-	-
Medio alto	4	2,6	15	13,1	5	5,5	24	6,7
Medio	28	18,3	54	47,4	26	28,6	108	30,2
Medio bajo	84	54,9	37	32,5	45	49,4	166	46,4
Bajo	37	24,2	8	7,0	15	16,5	60	16,7
Total	153	100,0	114	100,0	91	100,0	358	100,0

$$X^2_0 = 48,415 \quad X^2_t = 16,812$$

10. ATENCIÓN DE SALUD EN LA REGION METROPOLITANA: COMPARACION DE LAS ENCUESTAS DE 1977 y 1983

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

En 1977 y en 1983 realizamos estudios de la morbilidad y atención médica del Gran Santiago utilizando un diseño de prevalencia en nuestras aleatorias de 2.074 y 2.820 personas en cada ocasión, a través de encuestas domiciliarias en las que se exploró lo ocurrido en la quincena precedente al momento de la encuesta en cuanto a morbilidad, controles de salud, hospitalización, atención dental, conducta de la población, sitio, tipo y calidad de la atención recibida y gastos realizados por la población. (1)(2)

En la tabla 1 aparecen los resultados globales de este estudio, agregándose la información existente del estudio realizado por el Ministerio de Salud en 1968(3). En número de enfermos agudos nuevos y el número de enfermos crónicos existentes aumentó en un 17.50/o entre 1977 y 1983, situación especialmente vinculada al incremento de pacientes crónicos. Igualmente puede advertirse un aumento de la consulta satisfecha, del orden de 140/o, particularmente en la atención de la patología aguda. Las tasas de patología de este origen muestran una declinación de 250/o si se ajustan por edad de la población, observándose las mayores disminuciones en los menores de 5 años y en el grupo de 15 a 44 años.

Entre 1977 y 1983 se ha producido un incremento de la prevalencia de enfermedad crónica desde 9,80/o de la población a 12,90/o, aumento atribuible tanto a una mayor percepción de este tipo de problemas como al envejecimiento progresivo de la población; prácticamente todas las patologías de importancia aumentan durante el período y el ascenso ocurre especialmente en los mayores de 65 años.

La frecuencia de controles de salud aumentó en un 160/o, situación dependiente en especial del incremento de controles de infantiles con disminución paralela de los gestacionales. En la atención dental se aprecia un aumento de 130/o derivado de una mayor frecuencia de extracciones y obturaciones.

La atención profesional por persona ha aumentado entre 1977 y 1983 en proporciones variables equivalentes a 800/o en enfermedades crónicas; 290/o en agudas; 160/o para los controles de salud. Los enfermos atendidos constituyen algo más de la mitad (530/o) de los producidos o existentes siendo la proporción de 680/o en los agudos o accidentados y de 440/o en los enfermos crónicos. En el año 1983 se registra una situación mejor a la de 1977 o 1968.

Entre 1977 y 1983 no hay diferencias de significado en cuanto al sitio en que se presta la atención médica en Santiago, ciudad en la cual los establecimientos del Ministerio de Salud entregan los servicios de un 580/o de la atención profesional total (510/o en enfermos agudos, 620/o en crónicos y 610/o en controles de salud).

En la tabla 2 aparecen las formas de solución de diversas necesidades de los enfermos en el Gran Santiago en 1977 y 1983, advirtiéndose en este último año una mayor proporción de enfermos atendidos y de personas que usan medicamentos, con disminución de aquellos que no recibieron ningún tipo de atención.

De acuerdo a la información financiera entrega por las personas, el gasto directo en salud ascendería a US\$ 132, 5 por habitante año, de los cuales un 47,50/o corresponde a gasto dental, 26,20/o a farmacia y 26,30/o a gastos médicos y hospitalarios. Si se considera el gasto médico y farmacéutico una proporción de 410/o corresponde a enfermedades agudas y accidentes, un 550/o a enfermedades crónicas y un 40/o a controles de salud.

Otras características de la demanda y atención de salud se sintetizan en la tabla 3.

- 1) Medina E y Kaempffer AM. Características de la atención de salud en el Gran Santiago. Rev Med Chile 108:937, 1980
- 2) Medina E y Kaempffer AM. Morbilidad y atención médica infantil en el Gran Santiago. Rev Chil Pediatr 51:355, 1980
- 3) Ministerio de Salud. Recursos humanos en salud: un modelo de análisis Impr. Talleres SNS, Santiago, 1970

TABLA 1
Enfermedad y atención en la población de
Santiago. 1968, 1977 y 1983

Variables	Episodios anuales por habitante Incidencia			Atención profesional		
	1968*	1977**	1983***	1968*	1977**	1983***
Enfermedad aguda y accidente		1,77	1,82		0,96	1,24
Prevalencia de enfermedad crónica		9,80/o	12,90/o			
Persona años equivalente		2,35	3,09		0,75	1,35
Total de enfermos	4,50	4,12	4,91	2,40	1,71	2,59
o/o atendidos				(530/o)	(420/o)	(530/o)
Controles de salud	0,60	0,87	1,01	0,60	0,87	1,01
Atención médica (morbili- dad + controles de salud)						
Demanda potencial	5,10	4,99	5,92			
Demanda satisfecha				3,00	2,58	3,60
o/o satisfecho de la demanda potencial				(590/o)	(520/o)	(610/o)
Atención dental					1,12	1,24
Total de atención de salud (médica + dental)					3,70	4,84

* Ministerio de Salud de Chile. Recursos humanos en salud: un modelo de análisis Impr. Talleres SNS, 1970

** Medina E y Kaempffer AM. Morbilidad y atención médica en el Gran Santiago. Rev Med Chile 107: 155, 1979

*** Medina E. Características de los problemas de salud y de la atención médica en los sub sectores de salud del Gran Santiago 1983. Documento 20/84, Corporación de Promoción Universitaria, 1984.

TABLA 2

Formas de solución de diversas necesidades de salud de los
enfermos en el Gran Santiago, 1977 y 1983

Soluciones	Distribución Porcentual	
	1977 (n = 432)	1983 (n = 714)
Con atención médica	51,6	60,8
Con farmacia	22,5	21,6
Consulta en la farmacia	6,5	0,2
Usa medicamentos	16,0	21,4
Sin atención	25,9	17,6
Enfermedad aguda	9,7	6,6
Enfermedad crónica	16,2	11,0



TABLA 3

Demanda potencial, consulta y pago de las atenciones de salud en el Gran Santiago, 1969, 1977 y 1983

	Año 1968		Año 1977		Año 1983	
	Habit. año	o/o	Habit. año	o/o	Habit. año	o/o
Demanda potencial	5,1	100	5,0	100	5,9	100
Consulta realizada	3,0	59	2,6	52	3,6	61
Consulta no realizada	2,1	41	2,4	48	2,3	39
Consulta realizada						
Por enfermedad	2,4	80	1,7	66	2,6	72
Controles de salud	0,6	20	0,9	34	1,0	28
Pago de las consultas						
Pagadas	1,1	37	1,4	54	2,0	55
Gratuitas	1,9	63	1,2	46	1,6	45
Razones de consulta no efectuadas	2,1		2,4	(*)	2,3	
Enfermedad rápida	0,1	6			0,2	7
Personales	1,0	49			1,3	55
Económicas	0,8	37			0,7	32
Rechazo o demora	0,2	8			0,1	6

(*)

Sin información detallada

11. FUNCIONAMIENTO DE LOS SISTEMAS DE SALUD EN EL GRAN SANTIAGO 1983

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

Para conocer el funcionamiento de los diferentes sistemas de atención de salud en el Gran Santiago se llevó a cabo en noviembre de 1983 una investigación a nivel de los hogares, con un diseño de estudio de prevalencia, en una muestra aleatoria de 2.820 personas pertenecientes a 604 grupos familiares, tamaño que garantiza una margen de error no superior al 1% con un nivel de confianza de 95%. Las personas fueron clasificadas según la forma o sistema con que el grupo familiar resolvía sus problemas de salud considerado las atenciones recibidas durante el período de estudio y, en el caso de no haber tenido servicio, la forma preferente de atención que recibe habitualmente la familia. La magnitud de cada uno de los subsectores de salud aparece en la tabla 1 pudiendo advertirse que la mitad de la población se atiende en establecimientos del Sistema Nacional de Servicios de Salud, un quinto recibe servicios de tipo privado; un 15% se atiende a través de FONASA, existiendo otros sistemas de menor tamaño.

En la tabla 2 se sintetiza la incidencia de enfermedad aguda y accidente, la prevalencia de enfermedad crónica, la frecuencia de atenciones por patología y por controles de salud, las hospitalizaciones y atenciones dentales recibidas por las personas de cada subsistema. Los valores anuales se han estimado considerando la frecuencia observada durante la quincena de estudio y extrapolando a un año calendario multiplicando los valores observados por 24. Las entrevistas fueron intencionadamente realizadas en la primera quincena del mes de noviembre de 1983, momento del año que, de acuerdo a estudios previos (1)(2), no está influido por oscilaciones invernales o estivales de la patología.

El análisis de los subsistemas revela que difieren significativamente en cuanto a frecuencia de atención por enfermedad aguda y por enfermedad crónica ($p < 0,05$), mientras no alcanzan significado estadístico las diferencias observadas en controles de salud y hospitalización. Aproximadamente dos tercios de los episodios de patología aguda y accidental reciben atención médica apreciándose una mayor proporción de consulta en ISAPRES y en el grupo "otros servicios públicos". Un 40% de los enfermos crónicos consultó durante la quincena del estudio oscilando la proporción entre 33% para la consulta privada y 57% para la atención por médico amigo.

Las razones dadas por la población para no haber recibido atención médica difieren en enfermedades agudas y crónicas. En las primeras predominan razones del sistema (rechazo, demora, falta de dinero) con 42% y las razones personales (no va al médico, sabe que hacer, miedo, falta de tiempo) con un 33%, mientras el 25% restante se explica por la rápida evolución de la enfermedad. En los procesos crónicos la razón de no consultar fue estar bien (46%), problemas del sistema de atención (32%) o razones personales (2,2%).

En cuanto a atención odontológica se aprecian significativas diferencias en la cuantía de atención recibida. La población de Santiago recibe un total 1,3 atenciones anuales por persona de las cuales un 61% corresponde a obturaciones; 23% a extracciones y 16% a prótesis, exámenes y limpieza dental. La mitad de las atenciones (51%) se dan en oficinas privadas de odontólogos y sólo una fracción (17%) se entregan a establecimientos del S.N.S.S.

Las atenciones médicas recibidas por la población usuaria fueron evaluadas, encontrándose que, para el total, las atenciones fueron calificadas de muy buenas en 24%, buena en 62%, regular en 10% y deficiente en 4%. Las atenciones dadas en el sector privado fueron calificadas como muy buenas en 48% y buenas en 52%, mientras en el sector público las opiniones fueron de muy buenas en 15%, buenas en 66%, regulares en 14% y deficientes en 5%. Dentro del sector público las opiniones de la población fueron significativamente mejores para los servicios entregados por establecimientos de FF.AA. y por las Universidades, que para los dados en establecimientos del Ministerio de Salud.

Referencias

- 1) Medina E. Características de los problemas de salud y de la atención médica en los diversos subsectores de salud en el Gran Santiago 1983. Documentos Corporación de Promoción Universitaria Nº 20/84, Santiago, 1984.
- 2) Medina E. y Kaempffer AM. Morbilidad y atención médica en el Gran Santiago. Rev Med Chile 107:155, 1979.

TABLA 1

Distribución de la población del Gran Santiago según subsectores de atención de salud, 1983

Subsectores de salud	Nº de familias	Nº de personas	% del total
S.N.S.S.	264	1.400	49,7
Atención privada	133	546	19,3
Consulta privada	87	373	13,2
Clínica privada	27	107	3,8
Médico amigo	19	66	2,3
FONASA	106	431	15,3
FF.AA. y de Orden	42	175	6,2
ISAPRES	29	118	4,2
Otros servicios públicos	21	100	3,5
No consulta médico	9	50	1,8
TOTAL	604	2.820	100,0

TABLA 2

Morbilidad y atención médica en Santiago, según subsectores de salud, 1983

	Total	SNSS	FF.AA.	Otros públicos	Fonasa	Isapre	Privados Consulta	Privados Clínica	Privados Médico amigo
MORBILIDAD									
Aguda (1)	1,63	1,7	3,1	2,0	0,9	2,0	1,3	1,1	0,8
Crónica (2)	3,20	3,6	3,5	3,2	3,4	1,4	2,4	4,4	4,2
Accidente (1)	0,17	0,18	0,13		0,11		0,13	0,55	0,4
Total (1)	5,0	5,5	6,7	5,1	4,5	3,4	3,8	6,1	5,4
DEMANDA SATISFECHA (1)									
Aguda y accidente	1,22	1,3	2,1	2,0	0,6	1,7	0,9	1,1	0,8
Crónica	1,3	1,5	1,2	1,7	1,2	0,6	0,8	2,2	2,4
Control de salud	1,0	1,0	1,9	0,7	0,8	1,2	0,8	1,4	1,2
Total	3,5	3,8	5,2	4,4	2,6	3,5	2,5	3,6	4,6
HOSPITALIZACIÓN (3)									
	18,9	15,3	27,1	24,5	27,9		19,9	27,6	36,4
ATENCIÓN DENTAL									
	1,24	0,8	1,9	2,9	1,1	1,6	1,9	2,2	2,4

(1) Episodios anuales por habitante.

(2) Nº equivalente a episodios anuales considerando la demanda satisfecha y agregando la proporción de enfermos sin atención

(3) Egresos anuales por 100 habitantes

12. ANALISIS DEL SUBSISTEMA DE ATENCION MEDICA ISAPRES PERIODO 1981-1984

Dr. Héctor Sánchez
(Escuela de Salud Pública, Universidad de Chile)

Chile desde 1974, ha iniciado la implementación de un nuevo modelo de desarrollo Económico Social denominado "Sistema de Economía Social de Mercado". Este sistema, según se señala en documentos oficiales de organismos de gobierno "Tienen al hombre como motor e impulsor fundamental y a su bienestar material y espiritual como una principal finalidad". Por esta razón se indica que el Desarrollo no es sólo un proceso de crecimiento económico sino que además debe traducirse en una efectiva mejoría social de los habitantes del país que permita su progresivo perfeccionamiento.

Consecuentemente con lo anterior, la acción del Estado, se señala en dichos documentos oficiales. "Debe regirse por el principio de subsidiariedad, asumiendo directamente sólo aquellas funciones que las sociedades intermedias o particulares no estén en condiciones de cumplir adecuadamente, ya sea porque desbordan sus posibilidades o porque su importancia para la Sociedad aconseja no entregarla a grupos particulares restringidos".

En este marco general de Política de Desarrollo económico y social, se han definido las políticas del Sector Salud, que como principio básico de sustentación tiene el de que el Estado asume la responsabilidad de garantizar una medicina integral y oportuna a los mejores niveles técnicos que el desarrollo del país permita.

Asimismo, en la implementación de este principio básico, recoge el principio de subsidiariedad que debe orientar todas las políticas sectoriales del Estado.

En Febrero de 1980, se publica la Reforma Previsional (D.L. 3.500 y 3.501) que introduce un cambio profundo en el Sistema Previsional Chileno y, asimismo entrega al trabajador la responsabilidad de decidir sobre el destino de sus cotizaciones previsionales entre diversos organismos previsionales estatales y privados (Administradoras de Fondos de Pensiones).

Con la dictación del D.F.L. 3.626 de Febrero de 1981 atinente al nuevo Sistema Previsional, se pretende introducir un cambio importante dentro del Sector Salud al otorgar al trabajador la posibilidad de canalizar su cotización obligatoria para Salud en instituciones privadas diferentes al Fondo Nacional de Salud.

El 27 de Abril de 1981 se dicta el D.F.L. N° 3 del Ministerio de Salud Pública que reglamenta la disposición contenida en el referido D.L. 3.626; dicho reglamento consagra el nacimiento de un nuevo subsistema de atención médica dentro del Sector Salud, que está compuesto por la denominadas Instituciones de Salud Previsional ISAPRES.

Este nuevo Subsistema de Atención Médica lleva operando en el país más de 3 años, lo que permite efectuar un primer análisis sobre su importancia relativa, el desarrollo institucional del subsistema, el impacto en el crecimiento de la infraestructura privada, y por último caracterizar su operación detectando sus principales ventajas, como asimismo inconvenientes para así plantear algunas hipótesis sobre su desarrollo futuro.

Caracterización y evolución del marco Jurídico del Subsistema Isapres.

El 27 de Abril de 1981 se dictó el D.F.L. N° 3 que fija normas para el otorgamiento de prestaciones y beneficios de Salud por Instituciones de Salud Previsional. Dicho cuerpo legal establece la creación de las Instituciones de Salud Previsional, que sustituirán en el otorgamiento de las prestaciones y beneficios de salud a los servicios de Salud y al Fondo Nacional de Salud.

Se analizan las principales características del D.F.L. N° 3. Asimismo, se analiza el impacto que esta legislación ha tenido hasta este momento en el desarrollo del Sistema Isapre que al 1° de Enero de 1984 posee en general (Isapres abiertas) un total de 9 Isapres vigentes abiertas al público, de las cuales 7 de ellas poseen menos de 12.00 afiliados vigentes. Asimismo, se señala los principales inconvenientes de la actual legislación como también algunas ideas para solucionarlos, de tal forma que permita desarrollarse a este subsistema.

Análisis de la operación del Subsistema Isapre y su evolución

Se analiza la evolución del Subsistema Isapre en un período de 3 años desde su creación, desarrollando una clasificación del Subsistema Isapre según el origen de las Instituciones que lo componen y si poseen o no fines de lucro. (Tabla 1.) Asimismo, se analiza el desarrollo que este subsistema ha tenido desde su creación en cuanto a número de afiliados y cotizaciones previsionales que canaliza el subsistema. (Tabla 2.) También este capítulo evalúa el desarrollo de cada Isapre dentro del subsistema en el período 1981-1984. (Tabla 3.) Adicionalmente, se evalúa la importancia relativa del subsistema Isapre dentro del Sistema de Salud del país. Como asimismo, se señala qué tipo de población es la que tiene acceso a este subsistema por categoría laboral, ingreso familiar, tamaño de la familia, sexo y edad. Además se efectúa un análisis comparativo de la prevalencia porcentual de enfermedades crónicas, según grupos de causas en los diferentes subsistemas de salud chileno. Finalmente, este capítulo analiza la relación existente entre Isapre, beneficiarios o afiliados y prestadores de beneficios médicos, incluyendo el impacto que las Isapres han tenido en el desarrollo de Infraestructura Privada.

Comentario y conclusiones finales

Del análisis desarrollado precedentemente se pueden obtener algunas conclusiones cuya orientación está determinada hacia un perfeccionamiento del subsistema Isapre, toda vez que permite a un segmento de la población acceder con su cotización obligatoria para Salud a un buen nivel de cobertura de gastos médicos. Lo anterior contiene la afirmación implícita que este subsistema no puede verse como alternativo al Sistema de Medicina Curativa que administra el Fondo Nacional de Salud, sino que es solamente complementario; ya que puede extenderse sólo hacia el segmento de población que por su Renta Imponible y tamaño de grupo familiar no requiere de subsidio estatal para en forma organizada cubrir la mayor parte de sus riesgos médicos.

Se sugieren modificaciones al marco jurídico respecto a la relación contractual que las Isapres tienen con sus afiliados en relación al nivel de cobertura y tipo de beneficios que ofrecen. Asimismo, se formulan recomendaciones tendientes a mejorar la Administración Supervisión y Control del Subsistema Isapre, con el objeto de cautelar los intereses del afiliado y aumentar la transparencia del Mercado.

TABLA I

**CLASIFICACION DE ISAPRES VIGENTES SEGUN ORIGEN Y SI POSEEN
O NO FINES DE LUCRO**

Fines de lucro	Tipo					
	Abiertas		Cerradas		Total	
	Número cotizantes	Porcentaje	Número cotizantes	Porcentaje	Número cotizantes	Porcentaje
Con fines de lucro	60.455*	100	---	0	60.455	52
Sin fines de lucro	38.261**	68	18.281***	32	56.542	48
TOTAL	98.716	84	18.281	16	116.997	100

Fuente: Informe FONASA al 1º de marzo de 1984. Depto. Asesoría Coordinación y Estudios, marzo 1984.

* Cruz Blanca, Luis Pasteur, Colmena, Promepart, Sudamérica de Salud, Normédica, Interclínicas y Consalud.

** Banmédica.

*** S.P. Banco Centro, San Lorenzo, Fundación El Teniente, Chuquicamata, Río Blanco, Ispen Ltda.

TABLA 2

CRECIMIENTO DEL SUBSISTEMA ISAPRE PERIODO JUNIO 1981-MARZO 1984

Período	Diciembre 1981	Julio 1982	Diciembre 1982	Junio 1983	Diciembre 1983	Marzo 1984
Nº cotizantes	38.050	87.166	84.726	94.019	112.458	117.997
o/o Crecimiento respecto período anterior		129,10	(2,8)	11,00	19,60	4,9
\$ de cotización	31.555.363	97596.356	168.396.281	252521.349	375655.528	417.827.904
o/o Crecimiento respecto período anterior		209,7	72,8	49,8	48,8	11,2

Fuente: Informes FONASA al 1º de marzo de 1984. Depto. Asesoría Coordinación y Estudios, marzo 1984.

TABLA 3

EVOLUCION DE LAS INSTITUCIONES DEL SUBSISTEMA ISAPRES. PERIODO DICIEMBRE 1981-MARZO 1984

TIPO	Diciembre 1981			Diciembre 1982			Diciembre 1983			Marzo 1984		
	Coti- zantes	o/o	Recau- dación en miles \$	Coti- zantes	o/o	Recau- dación en miles \$	Coti- zantes	o/o	Recau- dación en miles \$	Coti- zantes	o/o	Recau- dación en miles \$
ABIERTAS												
Luis Pasteur	4.071	10,7	3.485	10.604	12,5	27.597	10.218	9,1	34.395	10.692	9,0	37.321
Cruz Blanca	14.763	38,8	15.026	27.648	31,8	52.696	21.824	19,4	58.478	22.509	19,1	62.913
Banmedica	10.426	27,4	9.788	25.671	30,2	51.290	37.255	33,1	145.800	38.261	32,4	156.191
Colmena	4.071	10,7	1.216	9.138	10,8	13.502	13.317	11,8	31.177	13.941	11,8	34.044
Promepart	76	0,2	32	602	0,7	1.099	7.029	6,3	18.204	8.772	7,4	23.697
Sudamerica	571	1,5	63	2.365	2,8	2.319	3.886	3,5	12.539	4.191	3,6	14.106
Normédica	---	---	---	---	---	---	469	0,4	791	638	0,5	1.122
Interléinica	---	---	---	---	---	---	---	---	---	70	0,1	123
Consulud	---	---	---	---	---	---	---	---	---	343	0,3	603
TOTAL	33.978	89,4	29.610	76.028	88,8	146.503	93.998	83,6	301.384	99.354	84,2	330.120
CERRADAS												
S.P. Banco Central	266	0,7	296	449	0,5	900	449	0,4	0	449	0,4	0
San Lorenzo	381	1,0	199	972	1,1	1.965	1.816	1,6	4.648	1.753	1,5	4.680
El Teniente	2.968	7,8	1.409	6.749	7,9	13.305	7.284	6,5	28.347	7.297	6,2	29.622
Chuquicamata	457	1,2	31	1.398	1,7	3.963	3.604	3,2	18.203	2,4	3,785	19.941
Río Blanco	---	---	---	---	---	---	1.750	1,6	8.704	1.797	1,5	9.923
Ispen Ltda.	---	---	---	---	---	---	3.557	3,2	14.371	3.562	3,0	15.011
TOTAL	4.072	10,7	1.935	9.568	11,2	20.133	18.460	16,4	74.273	18.643	15,8	78.577
TOTAL GENERAL	38.050		31.545	85.596		166.636	112.458		375.657	117.997		408.697

13. PERCEPCION Y SATISFACCION DE LOS USUARIOS DE ATENCION PRIMARIA

Drs. Marisol Concha, María de la Fuente y Silvio Rostagno
(Escuela de Salud Pública, Universidad de Chile)

Las percepciones y satisfacción de los usuarios por la atención médica recibida son el resultado de una serie de factores que se presentan durante la interacción de los pacientes con las unidades que constituyen un servicio de salud.

Este trabajo tuvo como propósito contribuir al conocimiento de la calidad de la atención médica brindada a nivel primario, y como objetivos:

- Explorar las percepciones de los consultantes respecto al consultorio y a la atención médica,
- Establecer la satisfacción de los usuarios en relación a la atención médica recibida y
- Establecer la relación existente entre algunas características de la atención médica recibida y el nivel de satisfacción de los usuarios.

La presente investigación exploró las percepciones, accesibilidades y nivel de satisfacción de 298 usuarios de dos consultorios periféricos de Santiago. El marco muestral fué constituido por todos los consultantes de dichos centros de los cuales se extrajo una muestra aleatoria estratificada por día y horario de atención. El instrumento utilizado fué una encuesta consistente en 67 preguntas cerradas que se realizó después de finalizadas la atención del usuario. Los datos obtenidos corresponden a la atención recibida en la consulta previa.

El 60,4% de los encuestados era de sexo femenino, con un promedio de edad de 44 años y de procedencia urbana en un 57,4%. El 49% de ellos había recibido educación básica incompleta, 31,9% había accedido o finalizado la enseñanza media y solo un 1,7% había recibido educación universitaria. 97% de los encuestados era beneficiario del SNSS por lo cual se consideró que este grupo no tenía problemas de acceso económico. El estudio de la accesibilidad se enfocó en dos aspectos: accesibilidad física y tiempo de espera para obtener atención. La accesibilidad física era expedita para el 60,4% de los usuarios. Los principales problemas a afrontar de los restantes encuestados fué el Nº de buses utilizados y la distancia a la cual quedaban del centro de atención. El tiempo de espera para obtener la atención médica fue en un 37,6% de los encuestados de dos horas o más.

Las percepciones del usuario fueron exploradas a nivel del personal de fichero y de la consulta. El análisis de ambos aspectos demostró que los usuarios perciben positivamente a ambos tipos de personal y que dicha percepción se basa especialmente en el aspecto afectivo de la interacción.

Al explorar el nivel de satisfacción de los usuarios se encontró que el 11,4% de ellos estaba insatisfecho con la atención del consultorio, porcentaje que disminuía a 9,4% en el caso del médico y a 8,4% en la atención brindada por el personal de fichero. Cabe sin embargo mencionar que el 60% de los encuestados prefería otra opción de atención médica.

El análisis estadístico realizado nos muestra que la satisfacción del usuario se correlaciona positivamente con la atención médica recibida y con algunas características afectivas de ésta como el trato dado por el médico; con las condiciones de la sala de espera (limpieza, ventilación, comodidad) ($p:0,001$).

En cuanto a la atención del médico esta se correlaciona con características afectivas (amabilidad, interés, trato) y técnicas del profesional (atención cuidadosa).

La satisfacción por la atención recibida del personal del fichero nos muestra correlación significativa con aspectos afectivos de la atención (amabilidad, interés) y con el tiempo de espera para obtener número.

Nuestros resultados son similares a los obtenidos por otros autores en lo que se refiere al grado de satisfacción de la población con la atención médica a nivel primario. Sin embargo nos parece interesante que a pesar de lo anterior un 60% de los usuarios declaren preferir otra forma de atención médica, lo que nos debe hacer meditar en la necesidad de seguir investigando en este campo apoyándose en otras disciplinas como Sociología, Antropología, Psicología Social, etc.

14. RACIONAMIENTO ECONOMICO: PRESTACIONES DE ATENCION MEDICA PUBLICA

Srs. David Figueroa, Soledad Berríos, Leopoldo Parada, Ricardo Bittelman, Fernando Caro y Dra Gabriela Venturini
(Facultad de Ciencias Económicas y Administrativas y División de Ciencias Médicas Oriente, Facultad de Medicina, Universidad de Chile)

La salud es un derecho al que deben tener acceso todas las personas, y en este sentido, cada Estado ofrece a sus pueblos distintos sistemas de salud para satisfacer sus necesidades. Actualmente existen en el mundo una gran cantidad de sistemas de salud, los cuales pretenden solucionar en forma rápida e integral los problemas de salud de las personas. En Chile impera el sistema estatal el cual absorbe el 80% a 90% de las demandas de salud de nuestra población. Otras alternativas como el sistema FONASA, ISAPRES, Cruz Roja, SEMDA y la Medicina Privada, no son capaces de captar una mayor cantidad de personas, ya que implica un costo monetario que no todos están dispuestos a pagar. En esencia el sistema estatizado es bueno, pero se hace ineficiente cuando la población que tiene que atender es muy grande.

Por otro lado cada sistema posee un sistema diferente de racionamiento para la entrega de la prestación de salud. De este modo, en el S.N.S.S. opera el sistema de colas; en FONASA el sistema de cupones; y en SEMDA (Servicio de Atención Médica y Dental de Alumnos Universidad de Chile), el sistema de tiempo de espera. El grado de eficiencia de estos mecanismos es un factor muy importante a considerar en la evaluación de cada sistema de salud, y su repercusión en el bienestar de la sociedad. No sabemos cuál sistema es mejor en forma objetiva y sólo el sentido común nos hace suponer que a medida que avanzamos desde la medicina totalmente subvencionada (SNSS) hasta la medicina privada, aumentaría la eficiencia de los mecanismos racionadores de prestaciones de salud, y en consecuencia la eficiencia del sistema al solucionar en forma más rápida y en mejores condiciones el problema de salud personal.

El objetivo del presente estudio consiste en evaluar la eficiencia de mecanismos racionadores económicos (sistema de colas; sistema de tiempo de espera; y sistema de cupones) a través de la comparación de 3 sistemas de atención médica pública, que racionan sus prestaciones mediante éstos mecanismos (SNSS; FONASA; SEMDA) utilizando como método de evaluación y comparación, una encuesta diseñada para este efecto.

Se analizó la información obtenida a la aplicación de una encuesta, a 100 individuos elegidos al azar, pertenecientes al SNSS (40); FONASA (30); y SEMDA (30) realizada entre el 18 y 22 de Junio de 1984, en el Consultorio de Salud de La Reina; Clínica Indisa; y Sede Central del SEMDA. La encuesta consta de 3 ítems: a) Identificación del consultante, b) características del sistema racionador de prestaciones de salud, c) grado de satisfacción personal con el sistema.

Resultados 1) Identificación: Destaca un alto porcentaje de mujeres en los 3 grupos encuestado = Fonasa (F) 76,60%; Semda (S) 63,30%; y SNSS (SN) 87,50%; con edades promedio que van desde los 22 años (S), 33 años (SN) y 41 años (F). Todos son estudiantes en SEMDA (100%); en SNSS la mayoría son asesoras del hogar (35%) y dueñas de casa (37,50%); y en FONASA predominan los empleados particulares (26%), fiscales (20%), y dueñas de casa (20%).

2) Características del sistema: Un alto porcentaje de pacientes ha consultado más de 3 veces en el último año: FONASA (56,60%); SNSS (67,50%), y SEMDA (43,30%). Se demoran menos de una semana obtener hora médica: el 100% de los pacientes FONASA; 60% de SEMDA y sólo 42,50% de SNSS; demorándose más de un mes el 45% de los pacientes SNSS. Deben esperar más de una hora el día de consulta el 13,30% de Fonasa; 36,60% de SEMDA y el 95% de los pacientes SNSS. Han sido rechazados alguna vez que consultan por urgencias el 6,60% de los pacientes Fonasa; 30% de SEMDA y 40% de SNSS.

3) Satisfacción personal: Consideran efectivo el sistema al que pertenecen el 86,60/o de los pacientes Fonasa; 73,30/o de Semda y 37,50/o de SNSS. Solucionan a tiempo sus problemas de salud el 86,60/o de los pacientes Fonasa; 83,30/o de Semda ; y 22,50/o de SNSS. Consideran muy tramitador el sistema al que pertenecen un 13,30/o de los pacientes Fonasa, 400/o de los pacientes Semda y 67,50/o de los pacientes SNSS. Por último un 100/o de los encuestados Fonasa; 13,30/o de Semda; y 47,50/o de pacientes SNSS preferirían pertenecer a otro sistema de salud si así pudieran.

Los resultados obtenidos muestran notables diferencias en el nivel de salud y de conformidad con el sistema al que pertenecen los tres grupos de encuestados. Los pacientes FONASA en general están de acuerdo con su sistema, pudiendo elegir médico, esperando poco tiempo para conseguir horas, y no perdiendo tiempo ni horas de trabajo al consultar; por otro lado sólo 100/o se cambiaría de sistema. Los pacientes SEMDA, todos estudiantes, la mayoría dependientes, encuentran eficiente el sistema y solo 13,30/o se cambiaría de sistema, aunque lo encuentran muy tramitador (40o/o), y muchos pierden horas de estudio (80o/o) y dinero (50o/o) cuando consultan. A pesar de esto, el beneficio obtenido es importante. En el grupo SNSS, con un alto porcentaje de dueñas de casa, empleadas, indigentes, son categóricas en hacer notar la deficiencia del sistema al que pertenecen, y lo refieren muy tramitador (67,50/o), teniendo que esperar muchas veces mas de 1 mes para conseguir hora médica (450/o). De ésta manera sólo el 37,50/o considera eficiente el sistema, y el 47,50/o se cambiaría de sistema si pudiera.

En resumen, a pesar de que no podemos obtener conclusiones incuestionables debido a la escasa muestra analizada, los resultados obtenidos son bastante sugerentes en el sentido de hacer notar la mayor eficiencia del sistema de racionamiento por medio de cupones y tiempo de espera; en relación a la pobre eficiencia del sistema de racionamiento por colas. Por otro lado la metodología utilizada en el estudio anterior, recalca una vez mas la importancia de las encuestas como parte de un esquema de trabajo, en éste tipo de investigaciones.

15. CONDICIONES DE EFICIENCIA DE POSTAS RURALES EN EL SERVICIO SALUD DE ÑUBLE 1984. COMPARACION CON RESULTADOS DE 1981 y CON POSTAS DE ADMINISTRACION MUNICIPAL.

Enf. Haydée Concha; Dr. Germán Villagrán y
Carlos Garrido. (Servicio de Salud Ñuble)

La necesidad de extender la cobertura de Servicios de Salud a la población rural hace imprescindible la optimización de las estructuras que otorgan atención básica a estas comunidades y que sirven como puerta de entrada al Sistema de Servicios de Salud.

La Posta de Salud Rural es la estructura que cubre las necesidades de sectores de población rural de alrededor de 1.000 habitantes concentrados o dispersos pero que residan en un radio aproximado de 12 kilómetros.

Se estima un tiempo límite de 2 horas y media para que la población acceda a este servicio con los medios habituales de movilización.

Sus funciones están destinadas especialmente al Fomento y Protección de la salud en forma continua desarrollando una interrelación permanente con la comunidad. El auxiliar de salud constituye el elemento central para el logro de los objetivos de este nivel de atención.

Siendo la Posta el elemento básico de atención y a veces el único, es fundamental medir la disponibilidad de los recursos para la atención médica y la racionalidad con que se les use. Esta premisa exige una permanente y periódica evaluación de la eficiencia de los Servicios de Salud que permita conocer algunas de sus características para corregir los eventuales problemas que puedan presentarse.

Se entiende como "Eficiencia de un Servicio" al conjunto de propiedades y características de los recursos humanos, materiales y procedimientos, su estado en el momento de ser evaluado y la manera como están organizadas y derivadas sus operaciones en función de los usuarios de ellos.

Operacionalmente la eficiencia de un Servicio, se mide a través de la aplicación de esquemas que normatizan las condiciones que deben contar éstos para brindar una óptima atención, ponderando cada uno de los elementos requeridos.

METODOLOGIA

Se evaluaron el 100% de las Postas de Salud Rural del Servicio de Salud Ñuble, incluyendo Postas con más de 2.000 habitantes que fueron reconocidos recientemente por el Ministerio de Salud como Consultorio General Rural.

Los instrumentos utilizados fueron los elaborados por PRUMIN cuyos componentes básicos estaban dirigidos a recoger información sobre: 1) información general de la Posta, 2) Planta Física, 3) Personal, 4) Recursos Materiales, 5) Normas y Procedimientos y 6) Organización y Administración.

A cada uno de estos rubros se le asignó un puntaje de acuerdo a su importancia relativa en el desarrollo de la atención médica, en una escala de 1 a 1.000 puntos. Esto permitió clasificar el grado de eficiencia de las Postas en 4 categorías;

Óptimo	:	900 a 1.000 puntos
Suficiente	:	750 a 899 puntos
Menos que suficiente	:	500 a 749 puntos
Insuficiente	:	499 y menos

Se comparan los resultados obtenidos con la evaluación realizada con igual metodología en 1981. Para ambas evaluaciones se desglosan las Postas con Administración Municipal y del Servicio de Salud.

Conclusiones

- 1) Sólo 29 Postas (52%) tienen una población menor de 1.500 habitantes. Sólo 18 (32%) tienen menos de 200 familias para controlar.
- 2) El 64% de ellas (36) cubre un radio de 12 kilómetros. El 70% de la población bajo control demora menos de 3 horas en llegar a pie o a caballo.
- 3) El personal que trabaja en las Postas es femenino (90%), menor de 34 años (73,5%), con menos de 10 años de trabajo (61%). El 54% de ellas tienen menos de 5 años de trabajo en esa localidad.
- 4) Al aplicar la pauta de evaluación (óptimo 1.000 puntos), el 27% de ellas aparece con un nivel de eficiencia catalogado como "Suficiente" (más de 750 puntos). Como "Insuficiente" se catalogan sólo 2 Postas (3,6%).
- 5) Los principales rubros que limitan las condiciones de eficiencia son: Administración y Programación 53,3%; Recursos Materiales 54,8% y Abastecimiento 59%.
- 6) No hay diferencias importantes en los resultados promedios de las Postas con administración municipal y ministerial.
- 7) Al comparar las condiciones de eficiencia 1981 y 1984 se observa que hay una mayor cantidad de Postas eficientes en 1984 (27%) que en el año 1981 (3%). Las Postas "insuficientes" bajan de 8,6% (1981) a 3,6% (1984).
- 8) Al analizar ambos años por rubros, se observa mejoría en todos ellos, con excepción de recursos materiales y abastecimientos.
- 9) Tanto las Postas administradas por Municipalidades o por Ministerios de Salud han mejorado sus niveles de eficiencia, sin diferencias significativas entre ellas.
- 10) Aunque no se concluye directamente de esta evaluación, para mejorar la eficiencia de atención de salud en Postas es imprescindible una corrección en sus dos grandes rubros limitantes: recursos materiales y abastecimientos, lo cual depende directamente del financiamiento de los Servicios de Salud.

TABLA Nº 1

CONDICIONES DE EFICIENCIA DE LAS POSTAS RURALES
 PROMEDIO DE LOS ESTABLECIMIENTOS. SERVICIO
 SALUD NUBLE 1984

Establecimiento de Dependencia	Planta Física		Personal		Recursos Mat.		Abastecimiento		Normas		Admis. y Org.		Total	
	Pje. Opt. 100	No	Pje. Opt. 250	No	Pje. Opt. 250	No	Pje. Opt. 100	No	Pje. Opt. 150	No	Pje. Opt. 150	No	Pje. Opt. 1.000	No
Consultorio Nº 2	81	212	84.8	166	66.4	67	67	128	85.3	115	76.7	769	76.5	
Consultorio Nº 4	72	196	78.4	134	53.6	56	56	105	70	52	34.7	615	61.5	
Cons. Rosita O'Higgins	81	224	89.6	133	53.2	58	58	78	52	73	48.7	647	64.7	
Cons. Chillán Viejo	41	198	79.2	111	44.4	49	49	70	46.7	69	46	538	53.8	
Hospital San Carlos	90	228	91.2	130	52	57	57	113	75.3	92	61.3	710	71.0	
Hospital Quirihue	87	227	90.8	176	73.2	58	58	95	63.3	103	68.7	753	75.3	
Hospital Coelemu	90	236	94.4	150	60	65	65	92	61.3	76	50.7	709	70.9	
Hospital Bulnes	92	233	93.2	154	61.6	58	58	104	69.3	66	44	707	70.7	
Hospital El Carmen	93	231	92.4	167	66.8	80	80	113	75.3	82	54.7	766	76.6	
C.G.R. Pemuco	72	219	87.6	131	52.4	66	66	73	48.7	62	41.3	623	62.3	
Hospital Yungay	95	227	90.8	167	66.8	59	59	110	73.3	68	45.3	726	72.6	
Sub - Total	81	221	88.4	146	59.2	61	61	98	65.3	78	52	688	68.8	
Portezuelo	63	250	100	81	32.4	49	49	55	36.7	87	58	585	58.5	
Cobquecura	87	235	94	131	52.4	61	61	110	73.3	100	66.7	724	72.4	
Quillón	89	219	87.6	177	70.6	53	53	120	80	122	81.3	780	78.0	
San Ignacio	83	202	80.8	119	47.6	63	63	125	83.3	38	25.3	630	63.0	
Sub-Total	81	227	90.8	127	50.8	57	57	103	68.7	87	58	688	68.8	
Total	81	223	89.2	142	56.8	59	59	99	66	80	53.3	685	68.5	

TABLA 2
COMPARACION DE LA CLASIFICACION DE LAS PARTES SEGUN
CONDICIONES EFICIENCIA
1981 - 1984

Clasificación	Postas Salud		Rural	
	1981		1984	
	Nº	o/o	Nº	o/o
Optimas (100 - 90 o/o)	0	0	1	1.8
Suficientes (89 - 75 o/o)	1	2.9	14	25.0
Menos que suficiente (74 - 50 o/o)	31	88.5	39	69.6
Insuficiente (49 y menos)	3	8.6	2	3.6
Total	35	100	56	100

16. CAPACIDAD DE RESOLUCION MEDICA EN UNA POSTA RURAL

Drs. Roberto Baechler y Carmen Gloria Silva
 Leoncio Fuentes (Hospital de Rengo)



La capacidad resolutoria de un profesional, un establecimiento o un nivel de atención supone una capacidad cuantitativa y otra cualitativa. La primera está supeditada a la relación existente entre la demanda de atención y oferta en términos de horas-profesional que se dispone; la segunda, se define como la capacidad de resolver los casos atendidos, y dependerá de la naturaleza y la complejidad de los recursos involucrados en la prestación de servicios.

Con el objeto de estudiar la efectividad que tiene el programa de salud rural a nivel local se investigó la capacidad resolutoria cualitativa del profesional médico en una posta rural. Se realizó revisión de las fichas clínicas de la totalidad de los pacientes que recibieron atención médica durante el año 1983 en la posta "Los Niches", ésta se ubica 12 kilómetros al oriente de la ciudad de Curicó (VIII-región, Chile) y atiende a una población de 3815 habitantes.

Resultados

Durante el año 1983 se registraron 2323 consultas médicas: 1276 (54.90/o) correspondieron a adultos y 1047 (45.10/o) a niños; el 81.50/o de las consultas se resolvieron en ese nivel; el profesional necesitó de algún examen complementario en 307 casos (13.20/o) y en 124 pacientes (5.30/o) solicitó la evaluación de un médico especialista (Tabla 1).

De los exámenes complementarios solicitados en adultos, el mayor número correspondió a orina completa, colestografía y glicemia; en niños el más solicitado fue el examen parasitológico de deposiciones y test de Graham.

Las especialidades médicas que se derivó con mayor frecuencia en adultos fue cirugía; en niños correspondió a pediatría y cirugía infantil (Tabla 2).

Las postas de salud rural a través de la ronda de profesional médico estarían resolviendo 4 de cada 5 consultas de morbilidad que se producen en ese nivel, valor que consideramos altamente satisfechos.

El médico especialista al que fue referido mayor número de pacientes correspondió al cirujano, situación absolutamente esperable dada la naturaleza misma del trabajo que desarrolla el profesional.

El médico general en nuestro país a nivel institucional se desempeña en consultorios urbanos periféricos y establecimientos rurales constituyendo un recurso humano altamente calificado que, según nuestra investigación, estaría resolviendo el 80/o de la patología prevalente a nivel primario. Estimamos este profesional debería estar integrado a un sistema de educación continua, garantizándose así una óptima calidad de atención a los usuarios del sistema

TABLA 1
PACIENTES QUE REQUIRIERON APOYO DIAGNOSTICO
POSTA RURAL LOS NICHES 1983.

CONDUCTA	ADULTOS		NIÑOS		TOTAL	
	Nº	o/o (1)	Nº	o/o (1)	Nº	o/o (1)
Se solicitó exámenes complementarios	159	6,8	148	6,4	307	13,2
Se derivó a médico especialista	84	3,6	40	1,7	124	5,3
TOTAL	243	10,4	188	8,1	431	18,5

(1) Porcentaje sobre el total de consultas n= 2323

TABLA 2
PACIENTES DERIVADOS A MEDICOS ESPECIALISTAS

DERIVACION A	ADULTOS		NIÑOS		TOTAL	
	Nº	o/o	Nº	o/o	Nº	o/o
CIRUJANO	24	30	11	28,9	35	29,7
INTERNISTA	23	28,8	—	—	23	19,5
PEDIATRIA	—	—	12	31,6	12	10,2
TRAUMATOLOGO	5	6,3	8	21,1	13	11,0
OFTALMOLOGO	6	7,5	4	10,5	10	8,5
OTORRINOLARIGOLOGO	8	10	3	7,9	11	9,3
GINECOLOGO	9	11,2	—	—	9	7,6
UROLOGO	5	6,2	—	—	5	4,2
TOTAL	80	100	38	100	118	100

17. EXPERIENCIA DE APLICACION DE UNA METODOLOGIA DE TRABAJO EN ATENCION PRIMARIA EN LA COMUNIDAD RURAL

Enf. Margarita Diéguez, Dr. Mario Paublo y Enf. Dalila López
(Consultorio Doñihue, Servicio de Salud B. O'Higgins, VI Región)

Doñihue es una comuna rural, ubicada cerca de la ciudad de Rancagua, con una problemática de salud dada esencialmente por su calidad de comuna limítrofe de una ciudad importante. En donde rápidamente fué aumentado su población, pero la urbanización y saneamiento básico adecuados, no crecieron al ritmo necesario para dar a la comunidad una calidad de vida suficiente.

Por años se ha trabajado en Salud, en todos los aspectos que determinan a los indicadores de salud, en programaciones del nivel central, evaluables en forma numérica. Así están los programas nacionales Materno, Infantil, Adulto, Senescente, etc., desarrollados a través de consultas, educación, visitas domiciliarias y otras actividades, a través del nivel primario, secundario, terciario. Sólo en las postas, se realiza un diagnóstico de salud, que da una visión general de la realidad del sector, pero el grueso del tiempo del auxiliar está destinado a cumplir los programas nacionales.

Consideramos que en nuestro país, un factor que influye considerablemente en los indicadores de salud, tienen relación directa con el medio ambiente, tanto en sectores urbanos como en rural. Es por ello que queremos exponer una metodología de trabajo que permite en un tiempo programado ir nivelando las condiciones sanitarias mínimas de la comunidad, luego de un diagnóstico de salud, fundamentalmente por medio de la educación; en forma sectorizada y con participación activa de sectores ajenos a salud y de la comunidad organizada. Una vez conseguido estos niveles óptimos de saneamiento básico se pueden continuar manteniéndolos o mejorándolos con un esfuerzo comunitario y bajo la responsabilidad de los usuarios, en otras palabras el fomento del autocuidado.

El trabajo tiene como propósito demostrar la factibilidad de la metodología de trabajo empleada. Los objetivos generales fueron a) propender a mejorar las condiciones de vida de la comunidad. b) lograr que la comunidad acepte la responsabilidad y el rol que les corresponde desempeñar en el cuidado de la salud.

Los objetivos específicos eran:

a) sectorizar en áreas geográficas accesibles y con un número de habitantes que pueda ser trabajado por uno o varios auxiliares de enfermería, en un plazo determinado o por líderes de salud capacitados; b) motivar a la comunidad respecto al trabajo a realizar; c) obtener un diagnóstico de salud de la población sectorizada y d) programar las actividades de acuerdo al diagnóstico y a los recursos que se tengan.

Características de este Metodo de Trabajo:

La enfermera se contactó con autoridades comunales, con juntas de vecinos, escuelas, etc., de los sectores seleccionados en ambas oportunidades, informando que contarían con este recurso extra que son los alumnos del curso de auxiliares de enfermería. Para ello se realizaron reuniones en distintos niveles, organizando estadía de los alumnos, información a la comunidad. Un nexo importante fué la escuela y profesor coordinador de Salud de la Comisión Mixta Salud y Educación.

Una vez que se contó con la presencia de los alumnos, se procedió a realizar un croquis detallado del sector, numerando las casa de norte a sur. Estando listo el croquis se procedió a realizar la encuesta familiar, que es un documento que se aplica en las postas rurales y que consigna datos socio-económicos, culturales, vivienda, saneamiento básico etc. de la familia a que se le aplica. A cada encuesta se le numeró de acuerdo a su ubicación correspondiente al croquis.



En esta etapa de encuestaje se aprovechó inmediatamente de motivar a las familias respecto de lo que se estaba haciendo, al mismo tiempo que se le hacía conciencia de los problemas que se encontraban en su familia, orientando respecto de soluciones o derivando a otros niveles.

Terminada esta etapa de encuestaje se procedió a tabular los datos que nos dieron el diagnóstico de salud de esa comunidad.

Con el diagnóstico definido se citó a reunión a todos los sectores que tenían parte de compromiso con la comunidad, entre ellos, la Municipalidad, SENDOS, Departamento de Higiene del Ambiente del Servicio de Salud, Equipo de Salud, Junta de Vecinos, Centros Religiosos y Deportivos, la Dirección y Profesores de la escuela, alumnos del Curso de Auxiliares de Enfermería.

En esta reunión se presentó el diagnóstico de salud, usando un croquis del sector, señalizando cada casa con banderas que significan altos riesgos, letrinas sobre acequia, etc. Esto permitió que el grupo presente a simple vista ya tuviera una idea de la cantidad de problemas a solucionar, facilitando la comunicación en el grupo de trabajo, quienes empezaron a discutir las vías de solución con que cada sector había colaborado.

De ahí salió el diseño de las actividades siguientes, entre las cuales siempre iba educación a ser la fundamental.

Se trabajó casa por casa, en educación a nivel de junta de vecinos, centros de padres y apoderados, escolares, comisión mixta salud y educación. Un gran porcentaje de los problemas de saneamiento básico, son factibles de solucionar en base sólo a educación sistematizada.

En la medida que se fueron tomando los problemas, también se solicitó la colaboración de los organismos involucrados.

Así se fueron eliminando factores de riesgo, con la colaboración responsable, tanto de la comunidad, como de las familias afectadas.

Se organizó también un grupo juvenil integrado por jóvenes de 14 a 21 años, a los cuales se les pidió que se hicieran responsable del cuidado del ambiente, como tarea fundamental, pero periódicamente se tuvo reuniones con ellos para organizarlos y capacitarlos en otros aspectos de salud, tales como alcoholismo, sexualidad, planificación familiar, cuidados del niño y del embarazo, desnutrición, etc., además de higiene del ambiente.

Finalmente pasado el período de estada de los alumnos del curso de Auxiliares de Enfermería, se realizó una evaluación en donde participó la comunidad masivamente, junto a las autoridades de salud y autoridades comunales.

Estos sectores se mantienen en la actualidad con visitas periódicas de Enfermera, Auxiliar de Enfermería de terreno, además de existir una comunicación directa con Dirigentes y Líderes de los sectores y profesores de las escuelas.

TABLA N° 1

CLASIFICACION DE LAS FAMILIAS SEGUN VARIABLES DE RIESGO

	N° de Familias	
	Momento de diagnóstico	Después de 5 meses
Familias sin riesgo	129	200
Familias con riesgo	84	19
Familias alto riesgo	6	--
Total	219	219

TABLA Nº 2

ELIMINACION DE EXCRETAS

	Nº de Familias	
	Momento de diagnóstico	Después de 5 meses
Fosa séptica	13	18
Letrinas sanitarias	15	210
Pozo negro en mal estado	173	---
Campo abierto, río, sobre acequia	17	---

18. DESCRIPCION DEL AREA DE INFLUENCIA DEL BUQUE CONSULTORIO CIRUJANO VIDELA EN EL MAR INTERIOR DE CHILOE Y AYSÉN

Matr. Máximo Homann, Dres. Marco Antonio Anabalón y Héctor Fernández,
Matr. Andrea Pérez, Enf. Jorge Saavedra y Tte. de la Armada Sergio Swett
(Facultad de Medicina, Universidad de Concepción)

Propósito y objetivos generales

Propósito: Reunir la información necesaria que nos permita formularnos la línea de base, sobre la cual se implementará un programa de apoyo para las oficinas de terreno de los hospitales locales, para optimizar la atención primaria rural en la zona de influencia de este equipo profesional, en la región de los canales, en el área programático-asistencial de los Servicios de Salud Llanchipal (Xª Región), y Aysén (XIª Región); mar interior de Chiloé y archipiélagos de Las Guaitecas, Chonos y Huichas, respectivamente.

Objetivos generales: Los objetivos generales son los siguientes: a) Identificar y describir el área de influencia del Consultorio Cirujano Videla; b) Identificar y describir el entorno geográfico del Consultorio Cirujano Videla; c) Conocer el volumen y estructura de la población nativa local, asignada a este consultorio; d) Conocer algunos antecedentes generales de la vivienda y el saneamiento básico; e) Conocer algunos antecedentes generales socioeconómicos y del grupo familiar; f) Conocer el nivel educacional de la población asignada y algunos antecedentes generales del proceso enseñanza-aprendizaje en la zona; g) Identificar y describir los factores de riesgos de las familias nativas locales; h) Identificar y describir los recursos de la organización médica a nivel local; i) Identificar y describir los recursos de la comunidad y los factores positivos y negativos que influyen en su desarrollo integral.

Metodología

La metodología utilizada se puede resumir de la siguiente manera. Luego de un período de acercamiento múltiple, mediante una observación sistemática, para obtener una intuición sintética de nuestra área de influencia y la situación general en que se encontraba, y con ello planificar correcta y adecuadamente el estudio, se inició la aplicación de los diferentes instrumentos de recolección de información en la muestra seleccionada, la cual representa al 75% del universo total de estudio y trabajo de este equipo profesional.

Los instrumentos de recolección de datos, corresponden a aquellos de uso habitual en la apertura programática de establecimientos de atención primaria rural, readequados a nuestra particular realidad, y fueron:

- 1) Formulario descripción del Área de Influencia, para identificar y describir nuestra área de operaciones e informarnos sobre los factores positivos y negativos que influyen en su desarrollo.

- 2) Encuesta familiar, para recoger la información pertinente a las personas, la familia y el ambiente en que viven; además de conocer algunos elementos socioeconómicos del grupo familiar.
- 3) Pauta de clasificación de riesgo de las familias, para reconocer los principales elementos que actúan como factores de riesgo en el núcleo familiar.
- 4) Pauta de registro de observación de posta de salud rural, para reunir la información concerniente al recurso local de la organización médica: la posta de salud rural y sus recursos humanos, físicos y materiales.

Conjuntamente con lo anterior, se realizó una revisión bibliográfica en textos con respaldo oficial y reuniones con personas y autoridades de los diferentes sectores implicados en el estudio, a fin de normalizar la información.

Tiempo y recursos

Tiempo: El tiempo propuesto para este segundo momento de la apertura programática fue de ocho meses calendario, habiéndose prefijado un máximo de doce. Las diferentes etapas de desarrollo se describen en la carta Gantt correspondiente.

Recursos: El financiamiento del estudio se ha hecho con recursos propios del autor y bajo el auspicio de la Facultad de Medicina de la Universidad de Concepción.

Definiciones básicas

Las definiciones básicas son esencialmente tres:

- 1) Paisaje geográfico: Entendemos por paisaje geográfico a la visión de conjunto que el estudio de las características geográficas de relieve, clima, hidrografía, vegetación y fauna, e influencias del mar, nos permiten reconocer.
Para ampliar aún más esta visión, hemos integrado a esta parte del estudio las vías y medios de comunicación, la vivienda del nativo local y el saneamiento básico.
- 2) Paisaje humano: Entendemos por paisaje humano a la visión de conjunto que el estudio de la población asignada nos permite reconocer. Su volumen y estructura, características generales socioeconómicas y rasgos culturales, raza y religión, características de la familia, nivel educacional y trabajo.
- 3) Recursos de la organización médica a nivel local y de la comunidad: Entendemos por recurso de la organización médica a nivel local, la posta de salud rural, sus recursos humanos, materiales y físicos y algunos elementos de administración propios de la organización de las actividades de la posta.
Entendemos por recursos de la comunidad, para los fines de este estudio, las organizaciones básicas de la comunidad, servicios públicos y otras organizaciones que sirvan o promuevan el desarrollo integral comunitario.

Conclusiones preliminares

Las conclusiones preliminares de este estudio se presentan aparte.

TABLA Nº 1

POBLACION ASIGNADA CONSULTORIO CIRUJANO VIDELA
(Estructura de población según edad y sexo)
1983

Población	Subtotales			Total general	
	Estructura	Nº	o/o	Nº	o/o
0 - 14 años	0 a 6 años	1.503	40,7	3.692	38,0
	6 a 14 años	2.189	59,3		
15 - 44 años	Mujeres	2.025	49,2	4.116	42,3
	Hombres	2.091	50,8		
45 - 64 años	Mujeres	637	55,6	1.146	11,8
	Hombres	509	44,4		
65 y más años	Mujeres	438	46,8	771	7,9
	Hombres	333	43,2		
Total	//////	9.725	//////	9.725	100,0

TABLA Nº 2

NIVEL EDUCACIONAL DE LA POBLACION ASIGNADA
CONSULTORIO CIRUJANO VIDELA - 1983
(Estructura según nivel y grado de educación)

Nivel	Subtotal			Total general	
	Estructura	Nº	o/o	Nº	o/o
Sin escolaridad	Analfabetos	1.051	78,8	1.334	13,7
	Lee y/o escribe	283	21,2		
Educación básica	1º a 2º	1.507	19,1	7.884	81,1
	3º a 4º	2.192	36,9		
	5º a 8º	3.465	43,9		
Educación media y superior	1º a 4º medio	419	82,6	507	5,2
	Universitaria	61	11,9		
	Téc. Prof. Com.	27	5,3		
Total	//////	9.725	////	9.725	100,0



19. SECTORIZACION DE LA INFORMACION: UNA HERRAMIENTA UTIL PARA LA PROGRAMACION EN EL NIVEL LOCAL

Dr. Antonio Infante y Equipo de Salud del Consultorio
(Consultorio Villa O'Higgins, Santiago)

En diciembre de 1983, llegó a los consultorios la instrucción ministerial de realizar la programación de actividades de acuerdo a la realidad de salud local. Cada establecimiento de atención primaria quedaba así con la responsabilidad de realizar su propia programación, debiendo participar los niveles intermedios sólo en un rol asesor.

Este desafío, nuevo para los consultorios, los sorprendía sin elementos para elaborar una estrategia de trabajo que se adecuara a la realidad local.

En el Consultorio Villa O'Higgins, se decidió formular un programa preliminar que flexibilizaba algunas actividades de acuerdo con criterios de riesgo ya conocidos, permitiendo variar algunas concentraciones en diferentes actividades materno infantiles. Sin embargo el equipo se propuso destinar el año 1984, a la realización de un diagnóstico de salud de mayor profundidad, que permitiera elaborar una adecuada programación para 1985.

La principal tarea ha consistido en intentar desagregar la información disponible, a fin de conocer la diferentes realidades en cuanto a daño en salud, tanto en magnitud como en frecuencia, que pudieran encontrarse en la población asignada al consultorio. Este proceso demandó realizar una sectorización de la población, estudiando las actividades preventivas y curativas.

Se ha sectorizado el tarjetero infantil y la consulta de morbilidad. Los primeros resultados dan cuenta de una importante heterogeneidad en la población atendida, tanto en daños de salud, como en cobertura de las actividades. Esta última señaló con claridad la presencia de una importante población de allegados y también la presencia de nuevas urbanizaciones que no aparecían en el censo de 1982. En cuanto a demanda de morbilidad, se pudo determinar que el área de influencia del consultorio se limitaba principalmente a las poblaciones vecinas.

Los datos obtenidos ya señalan algunas orientaciones respecto al trabajo futuro y que apuntan a la necesidad de integrar el consultorio a la comunidad, poniendo énfasis en el trabajo comunitario.

Una primera decisión fue la capacitación de monitores de salud y luego la de crear equipos territoriales de trabajo, como una forma de ir avanzando hacia una formulación programática que responda eficazmente a las necesidades de atención sanitaria de cada sector poblacional.

TABLA Nº 1

ALGUNOS INDICADORES TERRITORIALES DE DAÑO EN SALUD
PARA MENORES DE 2 AÑOS EN CONTROL CONS. V. O'HIGGINS

	En Control Nº	Riesgo Biomédico %	Desnutrición	
			P/E %	P/T %
Pobl. V. O'Higgins				
Sector 1	238	16.4	2.1	5.5
Sector 2	311	21.2	1.3	5.5
Sector 3	266	21.8	1.9	3.0
Sector 5	319	18.2	3.1	3.8
Unidades Vecinales				
9	54	5.6	—	—
10	57	7.0	—	1.8
11	135	10.4	2.2	2.2
12	326	15.6	0.6	3.7
13	234	15.8	0.9	1.7
14	88	4.5	1.2	1.1
26	61	13.1	1.6	1.6
27	—	—	—	—
28	—	—	—	—
29	20	30.0	—	10.0
30	7	14.3	—	—
31	2	—	—	—
Otros	110	32.7	12.7	1.8
Fuera Sector	109	24.8	—	10.1
Campamentos				
Patria Nueva	16	25.0	—	6.3
Los Alamos	36	30.6	—	5.6
Ocho de Diciembre	2	—	—	—
Gmo. El Conquistador	56	17.9	5.4	1.8
La Patria	51	13.7	5.9	—
A. Vespucio	19	5.3	5.3	—
A. Prat	110	21.8	3.6	6.4
TOTAL	2.627	17.4	2.3	3.6

20. AUTODIAGNOSTICO DE LA SITUACION DE SALUD: UNA ACTIVIDAD DINAMIZADORA DE LA PARTICIPACION COMUNITARIA

Dr. Antonio Infante, A. S. M. Teresa Fernández y Gladys San Martín,
Enf. Claudia Astudillo, Marina Carvajal, Auditora Márquez y
Rosa Poblete y Grupo de Monitores de Salud.
(Consultorio Villa O'Higgins, Santiago)

Como una forma de ser consecuentes con la definición de atención primaria, en la que se asigna un papel importante a la participación de la comunidad, se realizó en el Consultorio Villa O'Higgins dependiente del Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente, una formación masiva de Monitores de Salud.

Estos Monitores, propuestos por la propia comunidad y trabajando en sus respectivas Juntas de Vecinos, asistieron a un programa de capacitación en el que se contemplaba entre otras cosas, la realización por parte de ellos de un diagnóstico de salud de la población a su cargo.

Para este diagnóstico se diseñó un instrumento simple, a través del cual se pudo recoger información demográfica, de cobertura de las acciones preventivas y de los programas de control en cada grupo étnico y también registrar datos sobre saneamiento básico, condiciones de trabajo, familias allegadas, calidad de la vivienda, alcoholismo y drogas.

Cada Monitor se encargó de un número determinado de manzanas y vació esa información en una ficha por manzana. También cada grupo se encargó de señalar un plano del sector, con los principales hallazgos de la encuesta, utilizando para ello diferentes colores.

Esta actividad de diagnóstico, permitió a los pobladores, iniciar un conocimiento sistemático de su propia realidad y con ello adquirir elementos útiles para mejorar su capacidad de negociación, tanto frente al consultorio, como ante los otros organismos relacionados con los problemas encontrados, principalmente la Municipalidad.

También esta actividad ha permitido que los Monitores se desarrollen como equipo y que inicien demandas de capacitación relacionadas a los principales problemas de salud que encuentran en la población. Igualmente ha permitido una autonomía cada vez mayor, del grupo, y con esto han evitado ser considerados como representantes del consultorio en la comunidad y el ser utilizados por el consultorio como un recurso asistencial.

21. PERSONAL NECESARIO PARA LA ATENCION PRIMARIA Y SU DISPONIBILIDAD REAL: ESTUDIO DE UNA COMUNA DE SANTIAGO.

Drs. Antonio Infante y Haydee López, Enf. Loreto Jansana, Sociol.
Carlos Vergara e Ing. Com. Mario Valdivia.
(Grupo ad-hoc de Consultoría)

Oficialmente se ha señalado que la prioridad en la atención de salud, se encuentra en el nivel de atención primaria. De acuerdo a la definición de atención primaria de Alma Ata, el centro de salud debe realizar un conjunto de actividades de asistencia sanitaria esencial, que estén al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad. Para llevar a cabo estas actividades es necesaria una adecuada dotación de personal.

El Ministerio de Salud dispone de un conjunto de Normas para el trabajo en atención primaria, las que están detalladas para cada uno de los Programas.

En este trabajo se señalan los principales hallazgos de un estudio realizado en una comuna de la Región Metropolitana en 1983. En el estudio, entre otras cosas se intentó definir las necesidades óptimas de personal, para desarrollar una atención sanitaria integral y que cumpliera con las normas del Ministerio.

Se definió la dotación necesaria de personal, de acuerdo a las actividades señaladas en las normas ministeriales; a los perfiles de morbilidad esperados; y a la estructura demográfica de la población asignada.

Los resultados obtenidos se contrastaron con la dotación de personal que tenían los diferentes establecimientos y se obtuvo el nivel de adecuación o déficit que existiría.

El estudio demostró que los consultorios contaban con una cantidad de personal considerablemente inferior a la requerida, lo que explicaba que un número importante de actividades se hubieran de realizar. Especialmente abandonadas estaban las actividades de trabajo comunitario, las de educación sanitaria y los programas de atención del escolar y de enfermedades crónicas.

TABLA Nº 1

REQUERIMIENTOS Y DISPONIBILIDAD DE PERSONAL DE ATENCION PRIMARIA EN UNA COMUNA DE SANTIAGO

	Observado	Teórico	Déficit (%)
Médico	84.3 hrs.	141.5 hrs.	40.4
Dentista	56.0 "	74.1 "	24.4
Enfermera	6.5 pers.	17 pers.	61.8
Matrona	6 "	10 "	40.0
Nutricionista	2.75 "	6 "	54.2
Asist. Social	6 "	6 "	—
Auxiliar de Enfermería	52 "	61 "	14.8
Administrativos	13 "	14 "	7.1
Empleados de Servicio	6 "	6 "	—



22. EVALUACION DE UN PROYECTO ASISTENCIAL Y DOCENTE EN EL NIVEL DE ATENCION PRIMARIA

Dra. Gabriela Venturini, Enf. Isabel Ringeling y Socio. Nina Horwitz
(División Oriente, Facultad de Medicina, Universidad de Chile y Comisión Coordinadora de Salud Mental, Secretaría Regional Ministerial de Salud, Región Metropolitana)

El acuerdo de Alma-Ata de "Salud para todos en el año 2000" compromete a todos los países sin embargo, se subentiende que su interpretación debe corresponder a la realidad local.

En el concierto mundial, Chile se ubica entre los países que "ya poseen un sistema sanitario basado en la atención primaria de salud, que sólo requiere su fortalecimiento (Conferencia de Alma-Ata, 1978). No cabe duda que la situación chilena no es totalmente homogénea, existiendo desigualdades internas entre regiones especialmente entre sectores rurales y urbanos. Dentro de la perspectiva urbana la situación se ve complicada por un creciente proceso de urbanización que genera un aumento demográfico más rápido que el desarrollo de la infra-estructura urbana, incluyendo los servicios de salud. Se agrega a esto el aumento de la marginalidad socio-cultural.

El objetivo de cobertura no se agota conceptualmente con la sola disponibilidad de los servicios. A la primera etapa, de accesibilidad física o geográfica, se agregan luego la accesibilidad económica y cultural. Finalmente, cabrían estrategias para elevar la calidad de la vida de la población, lo que en el sector salud se traduce en formas de atención cada vez más eficaces. Entre estas estrategias se destaca la medicina familiar.

La idea de utilizar a la medicina como agente innovador en el sentido señalado dio origen en 1982 al proyecto sobre "Atención primaria y medicina general familiar en el área Oriente de Santiago". A pocos meses de finalizar, podemos mirarlo retrospectivamente y destacar que, pese a las dificultades habituales que se presentan al poner en marcha un nuevo programa se han logrado algunos cambios en el área docente y asistencial.

Entre los aportes más significativos del área asistencial se destaca una apertura en los equipos de salud de los consultorios del proyecto hacia una atención centrada en la familia. Junto a ello se han elaborado instrumentos operacionales para el enfoque familiar en un proceso de trabajo interdisciplinario de intercambio entre actividades académicas y asistenciales.

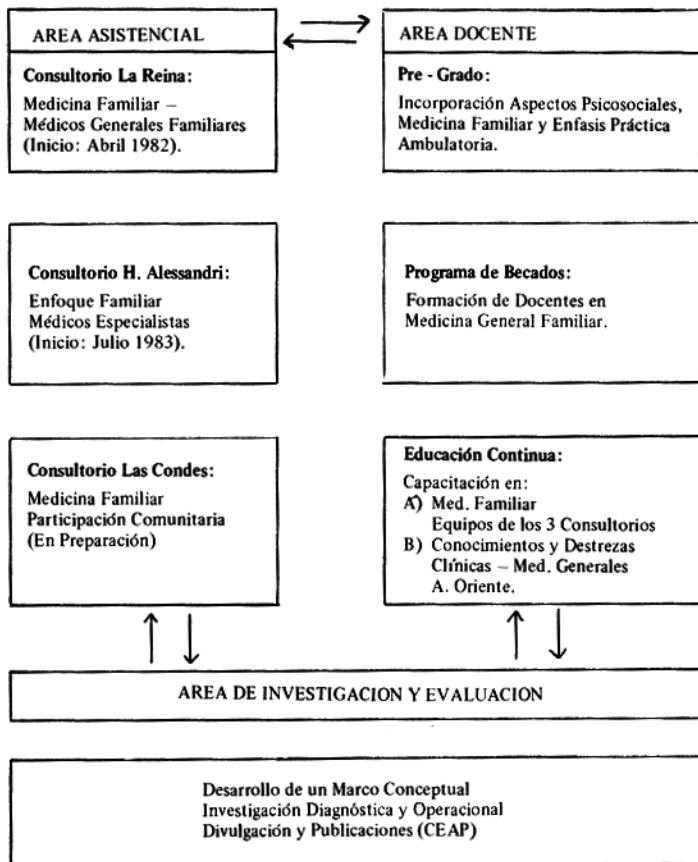
En el área docente, los esfuerzos en el pre-grado se han orientado a la integración de conocimientos psico-sociales al curriculum (168 alumnos de segundo año de Medicina y alumnos de Enfermería).

Se ha apoyado la política del Ministerio de Salud de capacitación de profesionales en servicio en atención primaria:

- 1.- Seminarios de Medicina General Familiar
1982 - 1983 - 1984 = 231 alumnos
- 2.- Seminarios sobre temas clínicos para Médicos Generales
1982 - 1983 - 1984 = 300 alumnos
- 3.- Seminarios de Familia y Salud Mental
1982 - 1983 = 115 alumnos
- 4.- Seminario-taller "Relaciones de ayuda en el nivel primario de atención"
1983 - 1984 = 271 alumnos

Por último, se destaca la formación de cinco becados para actuar de docentes de Medicina Familiar y la gestación de la Asociación Chilena de Medicina General Familiar con personería jurídica.

PROYECTO DE ATENCION PRIMARIA Y MEDICINA GENERAL FAMILIAR
AREA ORIENTE DE SANTIAGO



23. SISTEMA DE EGRESOS HOSPITALARIOS EN HOSPITAL PAULA JARAQUEMADA

Srs. Rolando Ramírez, Enrique Bruce y Luis Mechasqui
(Corporación Nacional Privada de Desarrollo Social, Área Salud)

Los datos de morbilidad de los pacientes, que se pueden obtener en un hospital, pueden referirse a pacientes tratados ya sea como internados o en la consulta externa. La manipulación estadística de estos dos tipos es bastante diferente. Normalmente, los pacientes de consulta externa son muchos más numerosos que los internados, además de que no suele disponerse de tiempo y personal suficiente sino para registrar muy pocos detalles sobre ellos. Por otra parte, los enfermos hospitalizados son menos numerosos, por lo que se pueden recoger más fácilmente sus características personales y sus detalles de orden médico son muchos más precisos.

Las estadísticas hospitalarias de morbilidad comprenden los datos cuantitativos referentes a pacientes individuales en relación con características personales, administrativas y médicas.

El presente trabajo se referirá a pacientes hospitalizados y detallará el sistema de egresos hospitalarios aplicando en el Hospital Paula Jaraquemada, que es administrado en comodato por la Corporación Nacional Privada de Desarrollo Social.

Objetivos

Los objetivos específicos del Sistema Computacional de Egresos Hospitalarios aplicado en el Hospital Paula Jaraquemada son los siguientes:

- 1) Conocer la estructura de los egresos hospitalarios en forma mensual y acumulativa, referida a las características de los pacientes y clínicas.
- 2) Correlacionar datos del sistema de "egresos hospitalarios" con el de "costos" de manera de establecer el gasto promedio en la estancia por determinadas patologías.

Descripción del Sistema

1. Instrumento de registro. Se utiliza el "Informe de Egresos Hospitalario" (IEH), aplicado por el Ministerio de Salud en la totalidad de los establecimientos de atención cerrada del país, tanto públicos como privados. Sin embargo, la elaboración de la información final que se hace, varía considerablemente con aquella que ejecuta el Nivel Central y está de acuerdo con las propias necesidades que se han indicado en los objetivos.
2. Llenado y recopilación de los informes.
 - 2.1. Al momento de la hospitalización de un paciente se confecciona el IEH en duplicado: el original se anexa a la Ficha Clínica y el duplicado se envía al Departamento de Estadísticas para control de la población hospitalizada a través de los censos habituales.
 - 2.2. Los datos administrativos son llenados por personal ad-hoc. El resto los llena el médico tratante y/o matrona (en caso del recién nacido) al momento del egreso del paciente.
 - 2.3. Los IEH de pacientes egresados son retirados de los Servicios Clínicos por personal de Estadística, para la revisión de la integridad de la información y codificación de los datos (El diagnóstico de acuerdo a la clasificación de Enfermedades y Causas de Muerte de la OMS).
 - 2.4. Una vez codificados y numerados correlativamente son enviados por remesa de semana estadísticas: el original al Ministerio de Salud y la copia al Service de computación para la elaboración local propia.

Entrada al Sistema. Los datos de entrada al sistema son los siguientes: número correlativo, número ficha clínica, edad, previsión del paciente, tipo de beneficiario, comuna residencia habitual, servicio clínico de egresos, días de estada, diagnóstico, intervención quirúrgica, condición al egreso, autopsia.

Salidas del Sistema. Los datos de entrada quedan almacenados en un Banco de Datos para eventuales necesidades de información especial. Las salidas de información de rutina en forma mensual (mes actual y acumulado a la fecha) son los siguientes.

- 1) Egresos por Edad y Sexo
- 2) Egresos por Comuna de Residencia Habitual
- 3) Egresos y Estadía Media por Previsión
- 4) Egresos y Estadía Media por tipo de Beneficiario
- 5) Listado de Diagnóstico ordenados por frecuencia y estadía media en cada uno de ellos (Total Hospital y detalle al tercer dígito de la Clasificación Internacional de Enfermedades).
- 6) Listado de los Diagnósticos con mayor frecuencia para cada Servicio Clínico del Hospital y Estadía media de cada uno de ellos (19 servicios).
- 7) Listado de fallecidos por Diagnóstico especificando el Servicio Clínico y la edad del fallecido.
- 8) Listado de los Diagnósticos con mayor frecuencia para los siguientes rangos de edad: Menores de 1 año, 1 a 4 años, 5 a 14 años, 15 a 19 años, 20 años y más, Total Hospital). Se entregan a manera de ejemplo algunas salidas para los Servicios Clínicos de Urología y Quemados (Información acumulada al 30 de Julio de 1984).

TABLA Nº 1

LISTADO DE LOS DIAGNOSTICOS CON MAYOR FRECUENCIA PARA CADA SERVICIO

Servicio: 13 Quemados				
Código	Diagnóstico	NºEgresos	o/o	Estadia
946	Quemaduras de sitios Múltiples Especificados	76	32.62	24.83
906	Efectos Tardíos de traumatismos de la piel y del tejido celular subcutáneo	37	15.88	22.08
945	Quemaduras del Miembro Inferior	29	12.45	16.97
942	Quemaduras del Tronco	28	12.02	20.14
944	Quemadura de una o ambas Muñecas y una o ambas Manos	12	5.15	17.67
943	Quemadura del Miembro superior, excepto la Muñeca y la Mano	12	4.72	18.31
942	Quemaduras de la cara, de la cabeza y del cuello	11	1.72	15.09
744	Anomalías Congénitas del Oído, de la cara y cuello	4	1.72	12.62
882	Herida de la mano, excepto los dedos solos	3	1.29	15.85
228	Hemangioma y Linfangioma, de cualquier sitio	2	0.86	6.10
949	Quemaduras sin Especificación	2	0.86	14.00
873	Otra Herida de la Cabeza	2	0.86	4.38
Diagnósticos con una sola aparición		15	6.44	
		233		

TABLA Nº 2

LISTADO DE LOS DIAGNOSTICOS CON MAYOR FRECUENCIA PARA CADA SERVICIO

Servicio: 17 Urología		Diagnóstico	Nº Egresos	o/o	Estadía
Código					
600	Hiperplasia de la Prostata		97	19.02	13.97
595	Cistitis		63	12.35	4.00
598	Estrechez de la Uretra		45	8.82	9.85
185	Tumor Maligno de la Prostata		32	6.27	15.08
239	Tumor de Naturaleza no Especificada		27	5.29	8.78
599	Otros Trastornos de la Uretra y del aparato Urinario		27	5.29	7.56
59	Litiasis Renal y Ureteral		22	4.31	11.94
608	Otros Trastornos de los Organos Genitales Masculinos		20	3.92	6.43
188	Tumor Maligno de la Vejiga		13	2.55	10.55
603	Hidrocele		12	2.35	5.26
456	Várices de otros Sitios		12	2.35	3.27
594	Cálculos de la vías Urinarias Inferiores		11	2.16	6.35
605	Elongación excesiva del Prepucio y Fimosis		11	2.16	2.37
666	Tumor Maligno del Testículo		10	1.96	8.62
702	Anomalías Congénitas de Organos Genitales		9	1.76	3.87
593	Otros Trastornos Renales y Ureterales		7	1.37	18.00
344	Otros Síndromes Paralíticos		7	1.37	19.00
998	Otras Complicaciones de Procedimientos, no clasificadas en otra parte		6	1.18	13.77
016	Tuberculosis del aparato Genitourinario		6	1.18	8.78
788	Síntomas relacionados con el aparato Urinario		6	1.18	9.91
619	Fistula que afecta al Aparato Genital Femenino		6	1.18	20.90
189	Tumor Maligno del Riñón, de otros Org. Urinarios y de los no específicos		4	0.78	18.89
180	Tumor Maligno del Cuello del Utero		4	0.78	16.15
596	Otros Trastornos de la Vejiga		4	0.78	11.00
223	Tumor Benigno del Riñón y de otros Organos Urinarios		4	0.78	9.60
200	Tumor de Evolución incierta de los Organos Genitourinarios		3	0.59	5.17
625	Dolor y otros síntomas asociados con el Aparato Genital Femenino		3	0.59	4.48
590	Infecciones Renales		3	0.59	11.14
606	Esterilidad del Varón		2	0.39	5.00
585	Insuficiencia Renal Crónica		2	0.39	28.33
572	Investigaciones y Exámenes especiales		2	0.39	4.00
867	Traumatismo de los Organos de la Pelvis		2	0.39	1.00
844	Personas que acuden a los Servicios de Salud para Procedimientos Específicos que no se realizan		2	0.39	1.79
770	Efectos de la Radiación, sin otra Especificación		2	0.39	24.71
640	Orquitis y Epididimitis		2	0.39	8.00
571	Observación y Evaluación por sospecha de Afecciones		2	0.39	1.83
Diagnósticos con una sola aparición			20	3.92	
TOTAL				510	

24. EL TRASLADO DE ENFERMOS DESDE EL HOSPITAL DE SAN FERNANDO AL SERVICIO DE URGENCIA HOSPITAL DE RANCAGUA.

Drs. Jorge Balocchi y Carlos Agüero
(Hospital de San Fernando)

El objetivo principal de este estudio es evaluar las necesidades reales de nuestros Servicios Clínicos, específicamente Medicina, Cirugía y Urgencia, con el fin de mejorar, los niveles de atención, logrando así una mayor autonomía en la atención de los enfermos en los niveles locales.

El Hospital de San Fernando (HSF) es considerado en el nivel de atención que brinda como de clase B o tipo 2, siendo el único Hospital de la VI Región calificado como tal. Cuenta con las 4 especialidades básicas y otras subespecializadas como Otorrino y Oftalmología; Servicio de Urgencia; un Consultorio adosado al Hospital, Laboratorio Clínico y Rayos X.

Le corresponde atender una población total de 57.766 habitantes (Censo año 1982) y dar asesoría técnica a Hospitales de Chimbarongo y Rancagua; atender necesidades de traslado e interconsultas desde Santa Cruz y su ex-área.

Metodología:

- 1) Se realiza análisis de la planta médica y su distribución en los Servicios Clínicos y Servicio de Urgencia, con el fin de ver la modalidad de atención según horario de funcionamiento y el grado de formación de los médicos que la integran.
- 2) Se realiza análisis de las Interconsultas y/o traslados realizados por los Servicios Clínicos y el Servicio de Urgencia clasificándolos de acuerdo a diagnóstico, día y hora del suceso y destino posterior del paciente.

Para una confirmación de los datos recopilados anteriormente se realiza revisión de las Hojas de Ruta de las ambulancias.

Conclusiones:

1. Nivel de complejidad.

El nivel de complejidad del Hospital de San Fernando es muy diferente según el horario de funcionamiento: es así, que entre 8 y 16 horas cumple funciones de un real Hospital tipo 2, dado que los médicos especialistas que laboran en los Servicios Clínicos solucionan la gran mayoría de la patología que se presenta. Después de las 16 horas, salvo en un turno (turno 3), el nivel de complejidad desciende bruscamente, ya que generalmente los médicos integrales que conforman la mayoría de los turnos, no resuelven problemas quirúrgicos ni obstétricos de mediana complejidad.

2. Como derivado de lo expresado en el párrafo anterior, debemos destacar nuestra preocupación por el inadecuado nivel de formación de los nuevos profesionales, ya que se ha comprobado su poca capacidad para resolver cuadros quirúrgicos y obstétricos de mediana complejidad

3. Lo anterior se reafirma al comprobar que el mayor número de traslados se concentran entre las 16 horas del día Viernes y las 8 horas del día Lunes; período en que la solución de los problemas se realiza exclusivamente con el recurso humano del Servicio de Urgencia. El resto del tiempo, que es la mayor parte de la semana, se recibe el apoyo de los Servicios Clínicos.

4. Es importante consignar que el 53% de los traslados que requieren manejo por Cirujano, son los causados por accidentes y/o violencias, destacando de este conjunto los neuroquirúrgicos (TEC), traumatológicos y las heridas de partes blandas. Esto nos motivará para en el futuro realizar un trabajo de investigación enfocado al análisis de las lesiones causadas por accidentes y/o violencias.

TABLA Nº 1

TRASLADOS POR MESES SEGUN SERVICIO DE PROCEDENCIA DESDE
EL HOSPITAL DE SAN FERNANDO A SERVICIOS DE URGENCIA HOSPITAL
DE RANCAGUA, ABRIL A SEPTIEMBRE DE 1983

Meses	Total	Urgencia	Medicina	Cirugía	Obstetricia	Pediatría
Abril	33	23	5	4	1	—
Mayo	31	21	4	—	6	—
Junio	27	14	3	—	10	—
Julio	46	33	—	11	1	1
Agosto	41	27	4	—	9	1
Septiembre	41	22	6	1	10	2
Total	219	140	22	16	37	4
o/o	100	64.0	10.0	8.0	16.0	2.0

TABLA Nº 2

TRASLADO POR MESES SEGUN CAUSA MEDICO-QUIRURGICA DESDE SERVICIOS
CLINICOS DEL HOSPITAL DE SAN FERNANDO A SERVICIOS DE
URGENCIA HOSPITAL DE RANCAGUA, ABRIL A SEPTIEMBRE DE 1983

Meses	Total	Medicina	Cirugia	Obstetricia	Pediatría
Abril	33	4	26	1	2
Mayo	31	6	19	6	—
Junio	27	6	1	10	—
Julio	46	3	26	4	13
Agosto	41	4	16	15	6
Septiembre	41	5	20	11	5
Total	219	28	118	47	26
o/o	100	12.8	54	21.4	11.8

25. EVALUACION DE LA ATENCION DE SALUD EN HOSPITAL NUEVA TOLTEN, 1979 - 1983.

Dr. Mario Vildoso
(Hospital Nueva Toltén, IX Región de la Araucanía)

El Hospital de Nueva Toltén se encuentra ubicado en la localidad homónima, en el extremo suroccidental de la Región de la Araucanía, distante 100 km. del Hospital Base de Temuco. Corresponde atender una población aproximada de 12 mil habitantes, considerando un importante porcentaje de población mapuche. Esta atención se brinda a través de un Hospital tipo 4, seis postas y tres estaciones médico-rurales.

El trabajo que se presenta corresponde a una revisión estadística de las distintas áreas programáticas de la atención de salud del establecimiento, considera para esta evaluación un período de cinco años comprendidos entre 1979 y 1983, ambos inclusive. El objetivo principal y general del trabajo es conocer el progreso en la atención de salud entregada por el Hospital Toltén a la comunidad.

Haciendo una somera revisión, a modo de resumen, la atención intramural muestra:

- disminución del volumen de acciones del Control de Salud Infantil;
- disminución absoluta y relativa de este control realizado por auxiliar de enfermería;
- incremento en cifras absolutas de la Consulta de Morbilidad Infantil;
- reducción del número total de dosis de inmunizaciones administradas (considerando las otorgadas en la atención de salud rural);
- aumento notorio y constante del volumen de Controles prenatales efectuados por matrona;
- elevación de la Consulta de Morbilidad Obstétrica (prenatal y puerperal) y del Adulto;
- incremento en el número total de Consultas de Morbilidad de Urgencia, con un progresivo aumento de la proporción de esta atención entregada por el médico; en especial en la población infantil y adulta; y disminución de la consulta de urgencia en el ámbito maternal, que es otorgada preferentemente por la matrona.

A nivel de la atención de salud rural se observan los siguientes fenómenos:

- reducción del número total de acciones del Control de Salud Infantil;
- reducción del volumen de acciones de este control efectuados por auxiliar de enfermería;
- disminución del total de Consultas de Morbilidad Infantil, las cuales son otorgadas predominantemente por el médico;
- aumento de la consulta de Morbilidad del Adulto;
- se mantiene estable el volumen total de acciones en el Control Prenatal a nivel rural;
- incremento importante de la consulta de Morbilidad Obstétrica (prenatal y puerperal).

En las actividades de apoyo clínico: lo más notorio es el aumento (de hasta 12 veces) del total de exámenes realizados por el laboratorio (excluidos los exámenes de pesquisa de Tuberculosis y de las Enfermedades de Transmisión Sexual).

Por su parte, la atención odontológica del establecimiento, sea población infantil o adulta, ha incrementado a todo nivel, vale decir, sea el número total de primeras consultas, urgencias y acciones realizadas en los pacientes atendidos.

En el área de la atención cerrada (hospitalización) del establecimiento, se observa:

- aumento del índice ocupacional de las camas del establecimiento, considerado el lapso 1980-1983; tal fenómeno se repite en cada uno de los servicios clínicos;
- nivel estabilizado del promedio de días de estada de los egresos hospitalarios (considerando el mismo período); situación que no es reflejada en los servicios clínicos, donde el comportamiento de este índice es variable.

La atención del parto hospitalario ha experimentado ligeras modificaciones; así hay un leve aumento de la proporción de partos operatorios (cesáreas) y un incremento notorio de la propia de los partos normales (o eutócicos).

La tabla 1 señala algunos resultados comparativos más importantes considerando los años extremos del período estudiado (1979 y 1983).

TABLA N° 1

**VISION GENERAL DE LA ATENCION DE SALUD PARA ALGUNAS
ACTIVIDADES DE SALUD EN EL HOSPITAL TOLTEN,
AÑOS 1979 y 1983**

Actividades	Años	
	1979	1983
A.- INTRAMURAL (Ambulatorio)		
1. CONTROL DE SALUD INFANTIL		
- Volumen Total	2.378	1.758
- Atención por enfermera (%o)	43.94	65.36
- Id. por auxiliar (%o)	55.26	21.56
2. CONS. MORBILIDAD INFANTIL		
- Volumen Total	1.838	4.010
3. INMUNIZACIONES (dosis totales)	4.711	3.176
4. CONTROL PRENATAL (total)	647	1.248
5. CONS. MORBILIDAD OBSTETERICA		
- Volumen Total	24	350
6. CONS. MORBILIDAD ADULTO		
- Volumen Total	1.815	5.570
7. CONS. MORBILIDAD URGENCIA		
- Volumen Total	1.397	2.125
- Atendido por Médico	1.276	2.063
B.- RURAL		
1. CONTROL DE SALUD INFANTIL		
- Volumen Total	4.473	2.978
- Atención por enfermera (%o)	19.87	55.91
- Id. por auxiliar (%o)	80.13	42.24
2. CONS. MORBILIDAD INFANTIL		
- Volumen Total	3.682	2.349
3. CONTROL PRENATAL (Total)	522	571
4. CONS. MORBILIDAD OBSTETERICA		
- Volumen Total	9	96
5. CONS. MORBILIDAD ADULTO		
- Volumen Total	2.822	3.078
C.- ODONTOLOGICO		
1. PRIMERAS CONSULTAS (a)		
- Menores de 15 años	274	1.314
- 15 años y más	548	1.778
2. ACCIONES (a)		
- Menores de 15 años	1.201	3.228
- 15 años y más	2.099	5.667
D.- APOYO CLINICO		
1. EXAMENES TOTALES	679	8.512
E.- HOSPITALIZACION		
1. INDICE OCUPACIONAL (a)	61.7	81.4
2. PROMEDIO DIAS ESTADA EGRESOS (a)	7.38	7.38

(a) En estos casos, se considera 1980 en lugar de 1979 como inicial del período.

26. EXPOSICION DE RESULTADOS ATRIBUIBLES A LA APLICACION DE MEDIDAS ADMINISTRATIVAS EN EL HOSPITAL MILITAR.

Dr. Heriberto Arellano
(Hospital Militar, Santiago)

Con el fin de elevar el nivel de atención en el Consultorio Externo Adosado de Especialidades del Hospital Militar, se realizó un diagnóstico de la situación existente concluyéndose que existían defectos atribuibles a:

1) Deficiencia en el aprovechamiento de las horas médicas disponibles en el Hospital; tanto en el volumen de ellas destinadas a atención ambulatoria en las distintas especialidades como en el aprovechamiento de las horas destinadas a esa actividad de acuerdo a las normas establecidas para el Hospital.

2) Lo anterior originaba que las citaciones para consulta se dieran a plazos largos produciéndose las dificultades consiguientes.

Como consecuencia de un mejoramiento en la atención de policlínico se elevó el volumen de procedimientos de apoyo realizados y se completó el estudio de un mayor número de enfermos, lo que produjo un aumento en la demanda de hospitalizaciones, que motivó la adopción de medidas en atención cerrada tendiente a elevar la productividad del recurso cama del Hospital.

Por último se vio que, al irse mejorando la satisfacción de la demanda en Consultorio Externo y aumentar las hospitalizaciones, aumentaron los ingresos económicos del Hospital dada la modalidad que éste tiene de financiamiento.

Se proponen las medidas administrativas juzgadas adecuadas y luego se muestran los resultados graficados que confirman las hipótesis planteadas.

TABLA 1

CONSULTAS ANUALES OTORGADAS EN CONSULTORIO EXTERNO 1974 - 1983

(Índice 1974 = 100)

Año	Subtotal Hosmil		Adultos			Infantiles		
	Consultas	Variac. %	Consultas	Variac. %	Ponder. %	Consultas	Variac. %	Ponder. %
1974	93.570	100	81.926	100	88	11.644	100	12
75	103.651	111	93.697	114	90	9.954	85	10
76	124.929	134	112.851	138	90	12.078	104	10
77	138.622	148	124.236	152	90	14.386	124	10
78	151.328	162	136.059	166	90	15.269	131	10
79	155.375	166	140.196	171	90	15.179	130	10
80	163.993	175	147.374	180	90	16.619	143	10
81	164.642	176	145.274	177	88	19.368	166	12
82	164.743	176	143.731	175	87	21.012	180	13
83	189.454	202	161.796	197	85	27.658	238	15

TABLA 2

DISTRIBUCION DE HORAS MEDICAS DIARIAS SEGUN ESPECIALIDADES QUE ATIENDEN CONSULTAS EN EL CONSULTORIO EXTERNO ADOSADO HOSMIL. - 1982 - 1982

Especialidades	1984			1983			1982		
	Total horas	Horas para Polic.	% a Polic.	Total horas	Horas para Polic.	% a Polic.	Total horas	Horas para Polic.	% a Polic.
Total Hosmil	992	267	26.9	847	222	26.2	791	197	24.9
Medicina (1)	342	70	20.5	309	69	22.3	258	60	23.2
Oftalmología	60	28	46.7	64	30	46.9	56	26	46.4
Atenc. Infantil (2)	104	50	48.1	82	40	48.8	74	29	39.2
Ginecología	58	16	27.6	60	16	26.7	60	11	18.3
Cirugía (3)	182	28	15.4	162	20	12.3	176	22	12.5
Traumatología	60	14	23.3	62	12	19.4	62	12	19.4
Otorrino	22	9	40.9	18	11	61.1	16	7	43.8
Dermatología	14	8	57.1	10	6	60.0	10	6	60.0
Obstetricia	46	15	32.6	6	4	66.7	8	4	50.0
Otras	104	27	26.0	74	14	18.9	70	20	28.6

Nota: Las siguientes especialidades integradas como sigue:

MEDICINA (1)

Medicina General
Cardiología
Endocrinología
Enf. Respiratorias
Gastroenterología
Diabetes
Hematología
Nefrología
Quimioterapia

ATENCION INFANTIL (2)

Pediatría
Cardiología
Cirugía Infantil
Plástica Infantil
Endocrinología
Ginecología
Hematología
Nefrología
Gastroenterología
Enf. Respiratorias
Traumatología
Neuropsiquiatría
Neonatología

CIRUGIA (3)

Cirugía General
Cirug. Plástica
Cardiovascular
Neurocirugía
Oncología
Proctología
Urología

27. AGENTES INFORMALES DE SALUD EN UNA COMUNIDAD

Sra. Ise López, Patricio Avendaño, Pedro Araneda, Roxana Hurtado, Cristian Silva, Sylvia Pessoa, Diego Salazar, César Cárcamo Q, Patricio Bustos G. y Marlene Calvanese T.
(Escuela de Salud Pública, Universidad de Chile y Consultorio La Pincoya, S.S. Metropolitana Norte).

La existencia de agentes informales de salud es un hecho comprobado a lo largo de todo el país. Estos son personajes que insertos en una comunidad de una u otra forma colaboran en la satisfacción de necesidades de atención de salud de las personas. Son en su mayoría empíricos que se les denominan de diferente manera: yerbateros, componedores de huesos, entendidas. Su especialidad es curar "el empacho", "el mal de ojo", "la pensión", las zafaduras, etc.

Se supone que la población asignada al Consultorio La Pincoya no es una excepción y debió existir en ella un cierto número de personajes con estas características.

El objetivar su existencia, cuantificarlos y estimar el grado de responsabilidad que la comunidad les reconoce, permite al equipo de salud, encargado de la atención primaria del área, orientar sus estrategias de modo de aprovechar sus potencialidades.

Se planteó la posibilidad de realizar un estudio cuyos objetivos fueron:

1. Identificar la real existencia de agentes informales de salud en la población asignada al Consultorio Pincoya.
2. Estimar la frecuencia con que ellos son consultados por la población.
3. Conocer los resultados obtenidos en experiencias concretas.
4. Determinar la prioridad con que sus servicios son solicitados frente a los recursos formales de salud que se ofrece a la comunidad.

En un trabajo conjunto entre docentes de la Facultad de Medicina, el equipo de salud del consultorio y estudiantes de medicina, se diseñó un estudio que lograra los objetivos planteados.

La población La Pincoya cuenta con aproximadamente 60.000 habitantes organizados en sectores y dentro de ellos un número variable de poblaciones. Se decidió comenzar con el sector 4 que incluye 5 poblaciones y geográficamente se ubica frente al Consultorio hacia el Oriente.

De las 1614 viviendas, en que se estima viven unas 8000 personas, se tomó una muestra del 25 por ciento. Se logró entrevistas, y por lo tanto información, en 370 de ellos. En 31 no se pudo realizar la entrevista pues luego de repetidas visitas no se encontró alguien en casa.

La entrevista se realizó a la dueña le casa o encargada de ésta mediante un instrumento especialmente diseñado para este objeto. La recolección de datos se realizó el mes de enero de 1984.

Resultados: Como puede apreciarse en la tabla 1 la proporción de entrevistadas que reconoce la existencia de estos agentes es variable: componedores de huesos, 42.7 por ciento; de las entrevistadas; Entendidas que curan el empacho 39.5 por ciento; entendidas que curan mal de ojo: 26.2 por ciento yerbateros: 16.8 por ciento y personas "que ven las aguas": 4.6 por ciento.

No todos los que dicen reconocer su existencia los han consultado, sin embargo la cifra no es despreciable. Un tercio o más ha recurrido respectivamente a quienes curan empacho o mal de ojo; una cuarta parte o más a los componedores de huesos o yerbateros y sólo 1 (5.9 por ciento) al que ve las aguas.

Lo significativo aparece en el resultado o valoración que estas personas le atribuyen a la atención recibida por estos agentes.

Impresiona la proporción de usuarios que considera que éstos fueron "satisfactorios". El más bajo alcanza a 87.5 por ciento, el mayor es 96.8 por ciento.

Más interesante resulta analizar la actitud de la madre ante una sintomatología completa del niño, como la que aparece en la tabla 2. En ella se puede observar el tipo de acción que decide la madre en primer lugar.

En esta tabla se diferencian entre atención médica formal (consultoría, servicio de urgencia, médico particular) acción materna (repite recetas y trata ella al niño), el acudir a agentes informales (como los ya identificados en la tabla 1) ir a la farmacia o no hacer nada.

Se puede apreciar claramente la valoración que hace la madre de cada uno de las posibilidades con que cuenta para solucionar el problema presentado; ante él es capaz de tomar una decisión y actuar de acuerdo a lo que ella supone es mejor.

Lo encontrado reafirma hallazgos de estudios anteriores: "La existencia de un subsistema dentro de un sistema mayor". Esta es una teoría que debe ser constantemente fechada. Podemos decir, con los resultados presentados, esta es válida y además se afirma su regularidad en el tiempo.

Pero, por otra parte, que es posible deducir que las respondientes son capaces de tomar decisiones acertadas, producto, tal vez, de la educación recibida de parte del servicio de salud antes sus propias madres y ahora ellas mismas.

TABLA I

TIPOS DE AGENTE INFORMAL MENCIONADOS Y CONSULTORIOS POR EL TOTAL DE ENTREVISTADOS (n = 370)

TIPO DE AGENTE	Los nombran		Lo consultan		Resultados satisfactorios	
	Nº	% (1)	Nº	% (2)	Nº	%
Yerberos	62	16,8	16	25,8	14	87,5
Cura mal de ojos	97	26,2	31	32,0	30	96,8
Cura el empacho	146	39,5	53	36,3	47	88,7
Componedores de huesos	158	42,7	43	27,2	39	90,7
Ve las aguas	17	4,6	1	5,9	1	100,0
Personas que ayudan	45	12,2	23	51,1	21	91,3

(1): El % fue calculado sobre el total de entrevistados que corresponde a 370 personas encargadas del hogar.

(2): El % fue calculado en cada caso sobre el total de entrevistados que dijo conocer ese tipo de agente por lo cual cada total es diferente.

TABLA 2

PRIMERA ACTITUD DE LA MADRE ANTE DISTINTOS TIPOS DE SINTOMATOLOGIA (n = 350) PORCENTAJE DE MADRES

TIPO DE SINTOMATOLOGIA	Atención Médica	Farmacia	Acción Materna	Agentes Informales	No hace nada	Total
Fiebre	8.3	4.0	84.2	2.5	0.9	100
Dolor de oídos y/o garganta	31.0	8.0	57.6	2.0	1.4	100
Ruidos en el pecho, tos, quejidos al respirar	33.0	8.6	52.8	4.6	1.1	100
Diarrea	19.4	4.8	70.0	4.2	1.4	100
Vómitos	59.0	3.4	27.1	4.5	5.4	100
Herida	25.1	0.3	77.4	1.14	1.1	100
Fractura	79.0		4.0	16.0		100
Quemadura	57.0	1.7	34.5	2.4	3.4	100
Mordedura de perro	83.0	0.3	14.3	1.4	0.3	100
Picadura de insectos	34.5	0.3	55.0	2.0	6.6	100
Manchas en la piel	65.0	0.6	28.0	1.4	5.0	100
Palidez, piel amarilla	86.0	0.2	11.0	0.5	2.3	100
Baja de peso, o Problemas de crecimiento	91.4		3.0	0.6	3.5	100
Convulsiones	92.6		5.4	1.6	1.4	100

28. EMBARAZO: ¿NACIMIENTO O ABORTO?

Ilse López, Odilia Arroyo, José Aparicio, Olga Arroyo, Liliana Gallardo, Manuel Isasmendi, Celia Jiménez, Jaime Montecinos, Yolanda Olivera, Adriana Ramírez y Jean Rodríguez.
(Escuela de Salud Pública, Universidad de Chile y Consultorio La Pincoya)

El estudio del problema del aborto es complejo y de alto costo, si se desea obtener resultados válidos y confiables. Es probable que una aproximación, para un grupo socio económico bajo, resulta de analizar lo que ocurre con las mujeres que utilizan los servicios del consultorio, en especial cuando éste presenta una serie de características favorables: fácil acceso, alta demanda por el control maternal, entrega de leche y alimentación suplementaria. Estos dos últimos factores resultan atractivos en un medio de escasos recursos.

Se diseñó un estudio que permitiera: a) describir la forma de término de los embarazos que llegan a controlarse a un consultorio durante un año; b) conocer las características más relevantes de las mujeres bajo control y c) comparar las características de las embarazadas con nacidos vivos con las que terminan la gestación en un aborto.

Se tomó una muestra del 50 por ciento de las tarjetas de control maternal correspondiente a mujeres que inscribieron su embarazo durante el año 1983 en el Consultorio La Pincoya del S.S. Metropolitano Norte. Se esperaba que al 1º de agosto de 1984 hubieran llegado al final de la gestación. Se supuso que la gran mayoría de las embarazadas acuden por primera vez al consultorio a partir de las 12 semanas de gestación.

La ficha de control maternal es el documento en que se registran: los datos de la embarazada, las mediciones de cada control y finalmente las características del recién nacido, datos que son vaciados desde el informe que envía la maternidad. Se encontró que algunas fichas registran el aborto, otras tienen el programa completo de controles pero no aparecen los datos del parto; en estos casos se revisó el fichero de la maternidad José Joaquín Aguirre, lugar donde deben atenderse los partos del área del consultorio mencionado. En la mayoría se logró obtener los datos del recién nacido.

El estudio incluyó un total de 648 inscripciones de embarazos.

Resultados

Características de las embarazadas: Se trata de mujeres jóvenes ya que el 80 por ciento declara menos de 30 años; la edad mínima observada fue de 13 años y la máxima 48, con una edad promedio de 25 años. Para una de cada tres de estas mujeres este es su 1er. embarazo, para el 40 por ciento es su 2º ó 3º, sólo para el 15 por ciento corresponde al embarazo 5º al 12º. La paridad o número de nacimientos tenidos por estas mujeres es ligeramente menor y sólo un 10.8 por ciento declara haber tenido 5 a 12 nacimientos.

El primer control, en general, es precoz ya que un tercio acude antes de las 14 semanas y otro tercio entre 14 y 19 semanas de gestación. Sólo un 20 por ciento acude después de las 24 semanas.

Con respecto a algunas variables demográficas, la escolaridad media es de 7 años incluyendo 15 analfabetas (2,7 por ciento) y 82 con 3º a 4º medio (14,8 por ciento). En cuanto a estado civil llama la atención que sólo un 58.9 son casadas y un 11.1 convivientes, lo que podría constituir un 70 por ciento con pareja estable; del resto la mayoría son solteras (27.8 por ciento).

Forma de término del embarazo: Se pudo comprobar que de las 648 embarazadas, 560 tuvieron un nacido vivo (86,4 por ciento); una 1 nacido muerto, 5 se trasladaron de consultorio y probablemente de domicilio; 22 fueron abortos lo que constituiría un 3,4 por ciento; a esta cifra habría que agregar otras 27 ya que en su ficha figura un control y para todas antes de 24 semanas, lo que hace suponer el interés sólo por comprobar su condición de embarazada, ya que tampoco figuran en la maternidad. Los 30 casos restantes, en cambio hacen suponer que no corresponden a abortos, ya que registran controles repetidos en su gran mayoría hasta las 38 semanas de gestación. Al no aparecer la inscripción del recién nacido en el consultorio es probable que hayan emigrado fuera del área.

Si estos supuestos fueran ciertos 7,6 de cada 100 embarazos inscritos, terminarían en aborto. O sea un aborto por cada 11,4 nacidos vivos, lo que de alguna manera estaría reflejando la acción del programa de planificación familiar en esta población.

¿Qué variables diferencian a las embarazadas controladas que originan un nacido vivo o un aborto? La edad media, 25 años, y la distribución por estado civil son prácticamente iguales. La paridad, en cambio, es levemente superior, 1,8 para las que abortan mientras que en el otro grupo es de 1,4. Finalmente la edad gestacional al 1er control es evidentemente menor entre las que terminan en aborto, en un 58 por ciento llegan con menos de 14 semanas, el otro grupo es sólo de 31,2 por ciento antes de esta edad. En el otro extremo, cerca de la cuarta parte (23 por ciento), registró su primer control con 24 semanas o más y sólo un 4,4 por ciento de las que abortan.

TABLA N° 1

FORMA DE TERMINO DEL EMBARAZO

Forma	N°	%
Nacido vivo	560	36,8
Nacido muerto	1	0,2
Aborto comprobado	22	3,4
Aborto supuesto	27	4,2
Cambio domicilio	5	0,8
Supuesto cambio domicilio	30	4,6
TOTAL	645	100,0



TABLA N° 2

**CARACTERISTICAS DE LAS EMBARAZADAS QUE
ORIGINAN NACIDO VIVO O ABORTO
(Distribuciones porcentuales)**

Variable	Nacido vivo		Aborto
Edad	- 20	21,4	16,3
	20 - 29	57,3	55,1
	30 y +	21,3	28,6
Estado civil	Casadas	60,4	54,2
	Convivientes	11,4	16,7
	Solteras	27,6	27,1
	Otras	0,6	2,1
Paridad	0 - 1	61,8	51,0
	2 - 3	27,8	32,7
	4 y +	10,4	16,3
Semanas de gestación 1er. control	- 14	31,2	57,8
	14 - 23	45,2	37,8
	24 y +	23,6	4,4

29. CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS DE LOS ABORTOS PROVOCADOS EGRESADOS DEL HOSPITAL CLÍNICO DE LA UNIVERSIDAD DE CHILE

Drs. Claudio Farah y Marisol Concha
(Escuela de Salud Pública, Universidad de Chile)

Se investigaron algunas características de las pacientes egresadas del Servicio de Obstetricia y Ginecología del Hospital Clínico de la Universidad de Chile, con diagnóstico de Aborto Provocado, durante tres períodos de un año cada uno.

Material y Método

Se analizaron 818 pacientes egresadas por aborto durante los meses de julio 1976 a julio 1977; de mayo 1979 a abril 1980 y de noviembre 1982 a octubre 1983, en las cuales se hubiera confirmado el carácter de aborto inducido.

Para los efectos del análisis algunas variables (edad y estado civil) se estudiaron separadamente en cada período, con el objeto de descubrir eventuales tendencias, las cuales no resultaron muy evidentes. Por esta razón, el resto del análisis se realizó para el grupo total.

Resultados

La distribución etérea demuestra una gran concentración entre los 20 y 29 años (57 por ciento). Según estado civil se encontró una proporción muy similar de casadas y convivientes (49 por ciento) y de solteras (45 por ciento). La cantidad de viudas y separadas es muy baja. Según paridad la proporción de nulíparas es de 25 por ciento y son excepcionales las grades múltiparas.

Al estudiar el número de abortos provocados según edad y paridad se encontró que éstos son directamente proporcionales a esas variables. Para el estado civil resultó que las viudas y separadas tienen antecedentes de mayor número de abortos que las casadas y convivientes, y éstas, a su vez, más que las solteras. Estos resultados pueden contener importantes factores de confusión, como la edad y la paridad. Por lo tanto, para tratar de controlar esos factores podemos establecer la razón de abortos provocados por cada parto según estado civil, utilizando como denominador los egresos por parto (del mismo hospital) en períodos equivalentes. De esta manera obtenemos que las viudas y separadas presentan la razón más alta, las solteras algo menor y las casadas y convivientes muestran la cifra más baja. Es evidente que estas cifras deben ser analizadas muy cuidadosamente, pues están referidas a los abortos complicados y hospitalizados, y pudiera ser que el estado civil fuera un factor de confusión en cuanto al mayor número de complicaciones, de manera que esta aparente mayor cantidad de abortos provocados en las solteras fuera sólo una mayor proporción de complicaciones. De cualquier modo, se está demostrando que el problema del aborto provocado es mayor o más grave en este grupo (solteras).

Otro elemento que se encontró asociado con una mayor proporción de abortos fue el antecedente de abortos provocados previos.

Se analizan igualmente una serie de otras variables:

- tipo de maniobra- la más frecuente fue la introducción de sonda (74%).
- causa del ingreso: metrorragia (78%), dolor (43%), síndrome febril (38%). Es importante destacar que 1/3 de estas pacientes negaron la maniobra al momento del ingreso.
- edad gestacional del aborto: alta proporción de abortos precoces (40%) y una cantidad importante de maniobras tardías (20%).
- uso de método anticonceptivo: gran cantidad de pacientes con antecedente de no haber usado algún método (43%). Del resto, la inmensa mayoría utilizó métodos altamente eficaces (DIU y gestágenos orales).

30. COLOCACION FAMILIAR DE LA EMBARAZADA E IMPACTO EN LA INCIDENCIA DEL PARTO DOMICILIARIO: EXPERIENCIA EN NACIMIENTO.

Dres. Manuel Cornejo, Jorge Acuña, Alberto Millar, Enf. José Romero.
Matr. Ana M. Poo y A. S. Vilma Herrera.
(Hospital de Nacimiento)

Históricamente, el parto domiciliario constituye en las áreas rurales de nuestro país un problema de Salud Pública de alarmantes proporciones. Sobre todo si consideramos su frecuente correlación con la morbimortalidad perinatal y materna. Nacimiento, por sus características poblacionales y geográficas, posee un alto porcentaje de ruralidad que alcanza al 25,4 por ciento de la población total (23.278 habitantes en la comuna de los cuales viven 5.930 en el área rural. Un total de 6.450 mujeres (3.561 urbanas y 2.889 rurales) están en edad fértil.

Nuestro índice de partos domiciliarios alcanzaba a cifras de alrededor de un 15 por ciento en los años 1981 y 1982.

Si bien es cierto ya existía cierta tendencia a la disminución de este problema (91 casos en 1981 y 69 casos en 1982), sea por una mayor educación o por mejor cobertura y mejores vías de acceso a los centros de Salud, el momento en que más dramáticamente disminuye la incidencia de parto domiciliario es cuando se implementa en nuestra comuna el sistema de Colocación Familiar para la madre campesina rural y/o de riesgo biológico o social.

El sistema de Colocación Familiar consiste en contratar los servicios de 3 ó 4 dueñas de casa que reúnan en sus domicilios las condiciones mínimas como para albergar a las embarazadas que son traídas desde sus domicilios rurales alrededor de 2-3 semanas antes de la fecha probable de parto. Estas colocadoras tienen capacidad de recibir entre tres y cuatro embarazadas simultáneamente y previamente fueron sometidas a un cursillo sobre higiene, alimentación y nociones generales sobre embarazo y pródromos de parto, con el objeto de que brindaran una mejor atención a estas embarazadas y las trajeran al Hospital en el momento oportuno para atender su parto.

El presente trabajo pretende mostrar la correlación existente entre la disminución del parto domiciliario en nuestra comuna y el inicio de nuestro programa de Colocación Familiar de embarazadas en mayo de 1983. Como dato adicional se entrega la información de los costos que han significado este programa desde mayo de 1983 hasta junio de 1984. Toda esta información se obtuvo de los archivos estadísticos de nuestro Hospital.

Resultados

La tabla 1 muestra una comparación entre el 1er. semestre del año 1983 (en que no había Colocación Familiar) con un total de 31 partos en domicilio lo que da un 14,35 por ciento de la totalidad de los partos de ese período (216 partos).

Por otra parte, en el 1er. semestre de 1984 (con Colocación Familiar funcionando) tenemos 6 Partos Domiciliarios sobre un total de 196 Partos en ese período lo que da un 4,08 por ciento de Parto Domiciliario. Esto es una significativa disminución del Parto Domiciliario en la Comuna.

Este mismo fenómeno es posible apreciarlo en forma decreciente si seguimos el comportamiento del Parto Domiciliario en forma mensual desde mayo de 1983 a junio de 1984, tal como es posible observarlo en la tabla 2.

El costo del programa en Colocación Familiar por cada madre es de \$ 300.- por persona por día, es decir \$ 9.000 mensuales por persona. En la tabla 2 se exponen los costos de este programa correlacionándolo con el número total de días camas ocupadas. Podemos observar que los costos totales del programa desde mayo de 1983 a junio de 1984 fueron de \$ 632.100.- para la Colocación Familiar de Embarazadas (en este cuadro no se han considerado los días camas y costos originados por las embarazadas de Negrete y puérperas por no formar parte del presente trabajo).

Si bien es cierto los costos del programa son altos, pensamos que los logros obtenidos por éste son evidentes en lo que se refiere a la disminución del parto domiciliario en nuestra Comuna de Nacimiento. Mayor aún, si consideramos el hecho de que con las propias experiencias acumuladas por las embarazadas y además la educación a que han sido sometidas por el Equipo de Salud en este período, esperamos les haya creado una actitud más favorable para la atención institucional de partos en futuras embarazadas, así como un mayor acercamiento a nuestro Servicio de Salud frente a cualquier otro problema.

TABLA Nº 1

PARTOS DOMICILIARIOS.
Comparacion del primer semestre de 1983 Y 1984

Meses	1983 1er. Semestre			1984 1er Semestre		
	Total de Partos	Partos Domic.	%	Total de Partos	Partos Domic.	%
Enero	48	9	18,75	26	—	0
Febrero	38	7	18,42	42	3	7,14
Marzo	26	5	19,23	28	1	3,58
Abril	35	5	14,29	25	—	0
Mayo	39	—	0	36	3	8,33
Junio	30	5	16,67	39	1	2,57
	216	31	14,35	196	8	4,08%

TABLA Nº 2

PARTOS, COLOCACION FAMILIAR Y COSTOS

Mes	PARTOS			COLOCACION		
	Nº Total	Domiciliarios	%	Días Camas ocupadas	Nº Embar. en Coloc.	Costo (\$)
1983						
Enero	48	9	18,75			
Febrero	38	7	18,42			
Marzo	26	5	19,23			
Abril	35	5	14,29			
Mayo	39	0	0	5	1	1.500
Junio	30	5	16,67	58	10	17.400
Sub Total		31				18.900
Julio	37	0	0	132	14	39.600
Agosto	30	5	16,67	175	11	52.500
Septiembre	45	3	6,66	233	18	69.900
Octubre	41	2	4,88	259	18	77.700
Noviembre	32	3	9,38	108	9	32.400
Diciembre	35	2	5,71	152	15	45.600
Sub Total		15				317.700
1984						
Enero	26	0	0	106	15	31.800
Febrero	42	3	7,14	262	19	78.600
Marzo	28	1	3,54	191	19	57.300
Abril	25	0	0	54	9	16.200
Mayo	36	3	8,33	201	14	60.300
Junio	29	1	2,56	171	14	51.300
Sub Total		8				295.500
Total		54				632.100

30. CARACTERISTICAS DE LAS MADRES QUE TIENEN PARTO SIN ATENCION PROFESIONAL: EXPERIENCIA EN BIO - BIO 1983

Dr. Daniel Jiménez y Matr. Ana López
(Servicio de Salud Bió-Bío y Hospital de Los Angeles)

Durante el año 1983 la Atención Profesional del Parto (APP) alcanzó a un 94 por ciento, comprobándose que las tasas de mortinatalidad y la neonatal son tres veces superiores entre los partos sin APP que en aquellos que la tienen: mortinatalidad, 23.8 y 8.1; mortalidad neonatal, 40.5 y 12.4 respectivamente. En un intento de conocer mejor las circunstancias y posibles causas que provocaron 420 partos fuera de la atención profesional es que nos propusimos encuestar a todas estas madres. Presentamos los resultados de 305 encuestas (73%) de las cuales 84% tiene residencia rural y 16% son primíparas, siendo la ocurrencia homogénea durante el transcurso del año.

Al comparar este grupo con uno de 100 madres que tuvieron APP, provenientes de los mismos lugares y en igual época del año, se aprecia que hay similar proporción de madres menores de 20 años (17 y 18%) y una mayor cantidad de mayores de 35 años (17% frente a 11%). La escolaridad es baja en ambos grupos, pero más acentuada en el sin APP, existiendo un 27% de analfabetas y 8% que lee y escribe en el grupo en estudio y un 24% de iguales condiciones en el grupo de control. Además es superior la proporción que tienen educación básica incompleta (29 y 17%, respectivamente). Se presentaron un alto porcentaje de grandes multíparas de 4 o más partos anteriores (31%), siendo 22% en el grupo control, y del total de embarazos anteriores el 56% fue controlado en el grupo estudiado y 68% en el control.

De las 305 madres sin APP en 1983, el 75% controlaron su embarazo alcanzando a 96 por ciento en el grupo control. Entre las 77 madres que no controlan el embarazo se encuentran las siguientes razones: 23% porque tienen un embarazo normal y no parece necesario; 25% por vivir lejos del sitio de atención con dificultades para movilizarse y 9% que reconocen desconfiar del personal de salud.

Un total de 280 partos ocurren en domicilio, 21 en hospital y 4 en otros sitios. En cuanto a la persona que colabora en el parto en domicilio hay gran diversidad, siendo notorio que 24 madres tienen su parto estando solas; en un 30% ayuda la madre o suegra; en 19% el esposo o conviviente; una vecina 19% y sólo 4% (11 casos) una curiosa o partera. Las razones aducidas para tener un parto sin APP son: 42% por dificultades para trasladarse al hospital por falta de movilización, dinero, teléfono, caminos cortados; 14% (44) porque sus partos fueron en domicilio sin problemas; 13% (40) porque no tenían con quién dejar los niños y la casa; 7% se demoró la ambulancia en llegar y 7% (20 madres) que desconfían del personal de salud.

Se concluye que una baja escolaridad, multiparidad, residencia rural y partos anteriores en domicilio se relacionan más estrechamente con la ocurrencia de partos sin APP, existiendo situaciones de índole familiar, cultural y de accesibilidad geográfica que están impidiendo una mejoría de la situación. Esto obliga a los equipos de salud a considerar más de cerca estos factores y a optimizar el impacto educativo del control de embarazo si se quiere evitar los daños que en la salud infantil provocan los partos sin APP.

31. COBERTURA DEL PROGRAMA MATERNAL DEL SERVICIO DE SALUD METROPOLITANO SUR

Dres. Mario Grinspun y Osvaldo San Pedro y Sras. Edith Matus, Elvira Villagrán,
Graciela Mella, Margarita Yañez y Gladys Barrera.
(Departamento de Programa de las Personas, Servicio de Salud Metropolitano Sur)

Tradicionalmente la evaluación de los programas se ha hecho comparando las actividades realizadas y las programadas. Sin embargo, este tipo de evaluación no nos informa de la proporción de la población beneficiaria atendida, ni la cantidad y calidad de las actividades recibidas por cada persona. Es decir llegamos a conocer cuantas actividades hemos realizado.

pero no sabemos a cuantos individuos se las hemos entregado, ni si cada beneficiario recibió la cantidad de actividades programadas, como tampoco llegamos a tener una idea de la calidad de las prestaciones.

En este trabajo se presenta la experiencia de nuestro Servicio de Salud.

Considerando que aproximadamente el 97 por ciento de los nacimientos en nuestro Servicio se producen en las maternidades, se utilizó un método para medir cobertura en base a recién nacidos.

Para ello se tomaron los primeros 50 recién nacidos en las maternidades del Servicio a contar del 1º de junio de 1982 y cuyo domicilio correspondía al área geográfica de atención de cada Consultorio y se determinó el número de madres que había controlado su embarazo y el tipo de prestaciones recibidas.

Para obtener los datos, se ubicó la ficha maternal en el Consultorio correspondiente y cuando no se encontró, se hizo una visita domiciliaria para saber donde se había controlado el embarazo.

Los principales resultados obtenidos son los siguientes:

El 96,1% de las embarazadas se controló el embarazo y de ellas el 93,6% lo hizo en el Consultorio Periférico correspondiente a su domicilio. Sólo el 1,6% no había tenido control médico de su embarazo.

El 65% inició los controles antes de las 16 semanas.

El 79,2% no faltó nunca a controles.

El 90% se practicó los exámenes solicitados.

Se pudo concluir que los resultados son altamente satisfactorios, ya que se pudo comprobar el alto porcentaje de madres que controlan el embarazo y el altísimo porcentaje en que se cumplen las normas de controles y atención por matrona, nutricionista y asistente social.

TABLA Nº 1

**COBERTURA ALCANZADA POR EL PROGRAMA MATERNAL,
EN 748 RECIEN NACIDOS.
SERVICIO DE SALUD METROPOLITANO SUR, 1983**

Lugar de Control	Nº	%
Control en Consultorio	700	93.6
Control por Médico particular	19	2.5
Traslado	1	0.1
Cambio de domicilio	6	0.8
Domicilio falso	6	0.8
Otras	4	0.6
Sin control	12	1.6
Total	748	100.0

TABLA Nº 2

MES DE INICIO DEL CONTROL MATERNAL

Semanas de inicio del control	Nº	%
1 - 8	105	15.0
9 - 16	353	50.5
17 - 24	167	23.8
25 - 32	66	9.4
33 y más	9	1.3
Total	700	100.0

32. ANALISIS DEL VALOR PRACTICO DEL INDICE DE ALTO RIESGO OBSTETRICO (ARO) EN UN CONSULTORIO RURAL

Dra. Mary Lina Arce, Aída Sepúlveda y Silvia Poblete
(Consultorio Las Cabras y Hospital de Pichidegua)

El presente trabajo se basa en la revisión de las fichas maternas correspondientes a los embarazos en control durante el curso del año 1983, tanto en el Consultorio Las Cabras como en sus cinco postas rurales. Para tal objeto se han tomado a estudio un total de 203 fichas de control prenatal.

La comuna de Las Cabras se encuentra situada en la provincia de Cachapoal, VI Región, a 83 kms. de la capital regional; su población según el último Censo es de 14.915 habitantes y cuenta con un 61.2% de ruralidad. En el siguiente estudio se investigó la utilidad que podría proporcionar el índice ARO para predecir fundamentalmente tres situaciones:

- 1.- Evolución del embarazo, considerando si durante el curso de éste se presentaron o no patología propias del embarazo abarcando como tales las clasificadas dentro de las normas del servicio.
- 2.- Modo de resolución del embarazo: Se consideran partos eutócicos los partos de tipo vaginal espontáneos y partos distócicos, el resto.
- 3.- Producto de la concepción: Se consideran recién nacidos adecuados los recién nacidos viables, de término, con peso adecuado a la edad de gestación y recién nacidos inadecuados al resto.

Los resultados obtenidos se exponen en las siguientes tablas:

TABLA 1

Evolución del embarazo e índice ARO:

Evolución	0		1		2		3		4		5		6		Total
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
C/Patología	39	25.8	—	—	27	17.8	58	38.4	17	11.2	7	4.6	3	1.9	151
S/Patología	10	19.2	2	3.8	19	36.5	9	17.3	8	15.3	4	7.6	—	—	52

El mayor porcentaje de embarazadas con patología se encuentra en los grupos correspondientes a los índices ARO 0 y 3.

TABLA 2

Índice ARO y evolución del embarazo patológico.

ARO	SI	%	NO	%	Total
0	39	79.6	10	20.4	49
1	—	—	2	100	2
2	27	58.7	19	41.3	46
3	58	86.6	9	13.4	67
4	17	68	8	32	25
5	7	63.6	4	36.3	11
6	3	100	—	—	3

Los grupos de ARO que presentan mayores posibilidades de evolucionar con patología durante el embarazo son los correspondientes a los índices 3 y 6.

De ninguna de las dos tablas se puede concluir que exista relación entre índice ARO y riesgo de presentar patología durante la evolución del embarazo.

TABLA 3

Relación ARO y Vía de término del embarazo.

ARO	Parto Eutócico	%	Parto Distócico	%	Total
0	40	81.6	9	18.4	49
1	2	100	—	—	2
2	36	78.3	10	21.7	46
3	50	74.6	17	25.4	67
4	16	64	9	36	25
5	9	82	2	18	11
6	1	33	2	66	3

El porcentaje de parto eutócico se encuentra en los índices 0 - 1 - 2 - 3. El mayor porcentaje de partos distócicos corresponde al índice ARO 6.

TABLA 4

Relación ARO vs Tipo de Recién Nacido.

ARO	Tipo de Recién Nacido				Total
	Adecuado	%	Inadec.	%	
0	40	81.6	9	18.4	49
1	1	50	1	50	2
2	35	76.1	11	23.9	46
3	44	65.7	23	34.3	67
4	18	72	7	28	25
5	8	72.7	3	27.3	11
6	2	66	1	33	3

En relación al producto de la concepción al analizar las tablas se encuentra que sólo para los grupos extremos el índice ARO es un factor de predicción significativo.

Conclusión final

De la presente revisión podemos concluir que el índice ARO estimado en el primer control prenatal no es un elemento que en este medio rural pueda ser útil para predecir las tres situaciones del embarazo consideradas.

Es indudable que este índice es de gran valor en la evaluación de cada caso en particular: sin embargo, al considerar grupos mayores y en especial éste, que corresponde a un área rural, nos encontramos con otros factores no considerados en el índice ARO que igualmente van a influir en el curso del embarazo.

Nos ha parecido importante presentar este estudio ya que creemos que tanto para nosotros como para los otros profesionales de esta área pudiera servir de incentivo en cuanto a la búsqueda y análisis racional de factores influyentes, que tal vez en un futuro próximo pudiera ser incluido dentro de la clasificación ARO.

33. MORTALIDAD MATERNA EN EL HOSPITAL LAS HIGUERAS TALCAHUANO, 1978-1983.

Dres. Gonzalo Rodríguez, Enzo Pettinelli y Belia Fanjul
(Hospital Las Higueras, Talcahuano)

Las características variables de la mortalidad materna a través del tiempo, en cuanto a sus causas y medidas para evitarlas, indica la importancia de reuniones periódicas sobre este problema, que significa preocupación especial del gineco-obstetra y salubrista por el gran impacto médico, social y familiar que implica la muerte como consecuencia del embarazo, parto y puerperio, actos eminentemente fisiológicos que no debieran estar amenazados por la sombría perspectiva de la muerte.

Se debe destacar que la mortalidad materna ha presentado una marcada disminución en el último tiempo, dado por una mayor atención profesional del parto, una adecuada planificación familiar y una mayor cobertura en la atención primaria que ha permitido pesquisar y manejar la patología de alto riesgo.

Se revisó la mortalidad del Hospital Las Higueras de Talcahuano, durante el período comprendido desde agosto de 1978 y noviembre de 1983, tiempo durante el cual ocurrieron 32 muertes, analizándose 31 fichas clínicas.

Corresponden 16 muertes por complicaciones de abortos sépticos, 4 muertes por causas indirectas y otras 11 ocurridas durante el parto o en el puerperio inmediato.

Se observó que sólo 11 pacientes fallecidas durante este período son de responsabilidad de nuestro Servicio, correspondiendo a un 40,74% del total de fallecidas y a un 35,48% de las muertes por causa directa.

Se debe destacar que el alza presentada en el año 1983, está dada por tres pacientes que fallecieron por complicaciones de abortos sépticos, siendo dos tétanos puerperales y una septicotemia por perfringens.

Una paciente falleció por problemas anestésicos y otra que presentaba una toxemia derivada durante el trabajo de parto desde el Hospital de Tomé, donde se controló el embarazo.

Se encontró que 59,26% son pacientes derivadas de otros hospitales de la VIII Región, ingresando con un gran compromiso del estado general, lo que hacía presumir la ineficacia de cualquier tipo de tratamiento.

Se observó que un 70,37% de la mortalidad se debe a problemas infecciosos. Siendo la segunda causa de mortalidad la toxemia, de las cuales dos pacientes fueron derivadas del hospital de Los Angeles en el puerperio y dos del Hospital de Tomé. Como tercera causa de muerte encontramos los problemas anestésicos con un 7,40%.

Se destaca que las 19 pacientes fallecidas por infecciones, 16 corresponden a complicaciones de los abortos sépticos, siendo un 62,20 por ciento septicotemia a perfringens y un 12,50 por ciento a tétanos, patologías que tienen una alta letalidad.

De las pacientes que fallecieron por complicaciones de aborto séptico el 50% tenían el antecedente de abortos provocados con anterioridad y el 50% eran casadas y un 31,25% no tenían el antecedente de abortos provocados con anterioridad y el 50% eran casadas y un 31,25 por ciento no tenían ningún método de planificación, lo que concuerda con la bibliografía revisada y debe tenerse presente para pesquisar los grupos de alto riesgo, donde se debe insistir en los métodos de planificación que permitan disminuir la mortalidad.

Si analizamos el método usado para provocar el aborto vemos que 9 de las 16 muertes por aborto (56%), fueron hechos con sondas y tallos vegetales, métodos muy rudimentarios y altamente peligrosos debido a la alta morbimortalidad que presentan.

Conclusiones

El Servicio de Obstetricia y Ginecología del Hospital de Las Higueras de Talcahuano, es un centro de derivación frecuentemente solicitado en la Octava Región, lo que concentra una gran cantidad de pacientes con patología de alto riesgo en el mismo.

Una primera causa de muerte materna es la infección y de éstas el 84% corresponden a Abortos Sépticos, lo que demuestra la importancia de la prevención del mismo a través de la educación y de la difusión de los métodos para una paternidad responsable. Esto último se confirma plenamente si consideramos que el 50% de las pacientes que murieron por aborto provocado eran casadas.

Junto a estas medidas es necesario seguir manteniendo una actitud que ha sido tradicional en nuestro Servicio cual es la denuncia de la Justicia Ordinaria de todos estos hechos delictuales cada vez que se presenten.

Respecto a las otras infecciones puerperales, el Servicio mantiene un control estricto de las infecciones intrahospitalarias para prevenir y corregir cualquier brote anormal de las mismas.

La segunda causa de muerte materna es el síndrome hipertensivo del embarazo que ha tenido un recrudecimiento notorio desde que se reestructuró el Servicio de Salud de Talcahuano incluyendo a Lirquén y Tomé dentro del mismo. Para prevenir la morbimortalidad por esta causa se han perfeccionado las normas de derivación de estas pacientes de nuestro Servicio y se ha tomado como conducta habitual la hospitalización de ellas hasta el parto. Se requiere la colaboración de los hospitales periféricos para una derivación oportuna de todos los casos detectados.

La tercera causa de muerte materna es la anestesia. Este factor debería disminuir en la medida de cada turno tenga un médico especialista de planta. Cabe destacar que, a pesar de la gran cantidad de anestias de conducción del trabajo de parto y partos hechos por los mismos obstetras, no se han lamentado accidentes en este grupo de pacientes y las dos muertes presentadas en esta revisión acaecieron en pabellón central bajo responsabilidad del Servicio de Anestesia.

Sólo hubo una muerte por hemorragia lo que traduce una buena calidad técnica de atención obstétrica.

TABLA Nº 1

MORTALIDAD MATERNA SEGUN EL LUGAR DE ORIGEN Y SU DISTRIBUCION POR AÑOS. HOSPITAL LAS HIGUERAS, TALCAHUANO

	1978	1979	1980	1981	1982	1983	Total	%
Chillán	1		2	1		2	6	22.22
Los Angeles		2			1	1	4	14.81
Talcahuano	1	1		2	2	5	11	40.74
Concepción			1				1	3.70
Tomé				1		1	2	7.40
Coronel			1				1	3.70
Lebu	1						1	3.70
Hosp. Naval					1		1	3.70
Total	2	3	4	4	4	9	27	100.0

TABLA Nº 2

MORTALIDAD MATERNA DIRECTA Y SU DISTRIBUCION POR CAUSA Y AÑOS HOSPITAL LAS HIGUERAS, TALCAHUANO

	1978	1979	1980	1981	1982	1983	Total	%
Infección	2	3	4	4	1	5	19	70.37
Toxemia	1				1	3	5	18.51
Hemorragia					1		1	3.70
Anestesia					1	1	2	7.40
Total	3	3	4	4	4	9	27	100

34. PATOLOGIA CERVICAL EN MUJERES DE UNA COMUNIDAD RURAL

Drs. Roberto Baechler y Carmen Gloria Silva
(Hospital de Rengo)

El cáncer Cervico-Uterino se describe como una enfermedad progresiva, que evoluciona desde neoplasia intraepitelial hacia un carcinoma in situ, finalizando como Cáncer invasor. En 1981, en nuestro país, el Cáncer de Cuello Uterino constituyó la segunda causa de muerte por tumores malignos en la mujer; se estima que 13 de cada mil mujeres mayores de 15 años presenta una Citología Cervical alterada.

En este estudio se realizó examen clínico y citológico de Cuello Uterino al 41,80% (n = 171) de las mujeres mayores de 15 años que les corresponde atención médica en la Posta Rural Cordillerana, que se ubica a 19 Km. al oriente de la ciudad de Curicó (VII-Región-Chile); a cada paciente se le confeccionó una ficha en la que se consignaba antecedentes socio-económicos y gineco-úterinos.

El 90,60% de la población investigada tenía un ingreso per-capita inferior a los \$2.500 mensuales (Eq. US\$ 20).

Resultados

La distribución por edad de las mujeres estudiadas aparece en la Tabla 1. Del total de mujeres investigadas 136 (79,50%) eran casadas, 18 (10,50%) solteras, 10 (5,90%) viudas y 7 (4,10%) convivían con su compañero sexual; el promedio de edad de la menarquia fue de 13,3 años; el 9,60% se había embarazado en alguna oportunidad; 102 casos (59,60%) tenía como antecedente algún episodio de aborto que en la totalidad de ellos habría sido espontáneo; el 58,50% tuvo su primera relación sexual antes de los 17 años; 126 mujeres (73,70%) narran haber tenido solo un compañero sexual y sólo un 50% refirió haber tenido más de dos compañeros sexuales.

El 510% utilizaba métodos anticonceptivos siendo los dispositivos intrauterinos los más usados.

Los resultados de los exámenes de Citología Cervical se resumen en la Tabla 2.

Se detectó clínicamente a 37 mujeres que presentaban distintos grados de ectropión (21,60%). Se realizó colposcopia a 10 pacientes por presentar un cuello uterino de aspecto sospechoso: 4 de ellas fueron catalogados como cervicitis crónicas, 4 como ectropión, 2 de éstos infectados, a 2 se les practicó biopsia dirigida por haber encontrado imágenes sugerentes de neoplasia las que fueron informadas posteriormente como cervicitis crónica.

Discusión y Comentarios

De la población estudiada, un 58,50% tuvo su primera relación sexual antes de los 17 años; la precocidad junto con la promiscuidad sexual son considerados factores de alto riesgo en el desarrollo del cáncer cervico-uterino.

El 35,90% de las citologías fue informada con marcada reacción inflamatoria; estos procesos inflamatorios son reparados a través de una metaplasia escamosa y es en este tipo de tejido, el estar en presencia de factores mutagénicos, donde se iniciaría el proceso de malignización celular.

Si observamos el alto porcentaje de mujeres que inicia su vida sexual precozmente y que un tercio de los casos presentaba un cuello uterino inflamado, estimamos que las mujeres de esta comunidad rural, en un número elevado, constituyen población de alto riesgo en esta patología, de tal manera que el equipo de salud rural debería, pesquisar los casos de cervicitis precozmente y así tratarlos en forma oportuna y eficaz, ejerciendo una verdadera labor de prevención en el nivel primario de atención.

TABLA 1
DISTRIBUCION POR EDAD DE MUJERES
POSTA RURAL CORDILLERA 1983

EDAD (Años)	Nº	o/o
15 - 24	24	14,0
25 - 34	61	35,7
35 - 44	42	24,6
45 - 54	23	13,5
55 - 64	13	7,6
65 y más	8	4,6
Total	171	100

TABLA 2
INFORME DE CITOLOGIA CERVICAL
POSTA RURAL CORDILLERILLA 1983

	Nº	o/o
Normal	113	66,1
Marcada reacción inflamatoria inespecífica	52	30,4
Marcada Reacción Inflamatoria por Trichomonas	6	3,5
Total	171	100

35. ANALISIS, CLASIFICACION MICROBIOLÓGICA Y VALORACION DE REACCIONES INFLAMATORIAS DE 25.000 EXTENDIDOS CITOLÓGICOS DE CERVIX UTERINO.

Dr. Enzo Pettinelli, T.M. Milena Greco, Ximena Ortega y Cit. Miry Mora
y Elizabeth Sáez
(Servicio de Obstetricia y Ginecología, Hospital Las Higueras, Talcahuano)

La infección cérvico vaginal es la enfermedad mas común del aparato genital y por esto tiene una gran importancia de tipo social, económico y médico.

Una buena proporción de ellas son debidas a malos hábitos higiénicos genitales y/o a enfermedades de transmisión sexual. A estas últimas se las ha relacionado, por sus características epidemiológicas, al cáncer cérvico-uterino. Así en las normas programáticas y acciones de control de cáncer cérvico-uterino, el Ministerio recomienda hacer prevención primaria que consiste en destacar la importancia de hábitos higiene genital de la pareja y tratamiento adecuado de las cérvico-vaginitis. La pesquisa, diagnóstico y tratamiento oportuno de las Displasias y Neoplasias cervicales pre-clínicas corresponde a prevención secundaria.

El objetivo de este trabajo es clasificar y analizar el informe citológico de inflamación, que puede obtenerse desde un punto de vista morfológico y de acuerdo a las características específicas citológicas de cada uno de los agentes etiológicos detectables en un frotis de Papani-

colauo y así contribuir con el informe citológico microbiológico al control del cáncer cérvico-uterino y/o a orientar la labor clínica del Ginecólogo en este aspecto de la prevención del mismo.

Se analizan y clasifican 25.000 frotis cervicales desde un punto de vista inflamatorio infeccioso, correspondiente a un total de 25.000 pacientes, 172 de las cuales tuvieron frotis sospechosos de neoplasia. Solo en un 50,53% se encontraron signos de "bienestar" cérvico vaginal y el resto tenían algún tipo de infección o alteración. En 6,84% de los casos no se pudo identificar flora o signos específicos de inflamación. La infección específica mas importante fue Gardnerella Vaginalis en un 23,35% de los casos. Un tercio de la población tenía algún tipo de infección por agente transmisión sexual. La evidencia citológica de infección por condiloma fue varias veces más frecuente en las pacientes con sospecha de neoplasia. Se discute el modo de información citológica en lo que se refiere a evidencia y sospecha de infección por virus condiloma.

Conclusiones:

1. El frotis cervical no solamente sirve para detectar precozmente el Cáncer Uterino sino que también y a modo complementario sirve para informar el estado cérvico-vaginal microbiológico con un buen rendimiento general.
2. Una alta proporción de la población femenina estudiada tiene algún tipo de inflamación cérvico-vaginal.
3. Un tercio de esta población tiene alguna infección adquirida probablemente por contacto sexual, siendo el agente etiológico mas frecuente la Gardnerella Vaginalis.
4. De todas estas infecciones de transmisión sexual la que se asocia mas frecuentemente con frotis sospechosos de neoplasia es el Condiloma y luego la Monilia.

TABLA Nº 1

FLORA MICROBIOLÓGICA DE ORDEN DE FRECUENCIA EN 25.000 EXAMENES CERVICALES

	Nº Exámenes	%
Bacilos de Döderlein	12.633	50,53
Gardnerella vaginalis	5.839	23,35
Flora mixta	2.663	10,65
Tricomonas	1.519	6,07
Flora cocácea	284	1,13
Tricomonas + Gardnerella y Leptotrix	68	0,27
Monilia	61	0,24
Condiloma	71	0,28
Clamidas	8	0,03
Herpes	2	0,008
No identificables	1.711	6,84
Total	25.000	100,00

TABLA Nº 2

INFECCIONES DE TRANSMISION SEXUAL EN 25.000 FROTIS
CITOLOGICOS CERVICALES

Flora Microbiologica	Nº Exámenes	o/o		
Bacilos de Döderlein	12.633	50,53	} Nº 17.359 69,43o/o	
Flora mixta	2.663	10,65		
Flora cocécea	284	1,13		
Leptotrix	68	0,27		
No identificable	1.711	6,84		
IIS {	Gardnerela vaginalis	5.839	23,35	} Nº 7.641 30,56 o/o
	Tricomonas	1.519	6,07	
	Tricomonas +Gardenrela vag	141	0,56	
	Monilia	61	0,24	
	Condiloma	71	0,28	
	Clamidia	8	0,03	
	Herpes	2	0,008	
Total	25.000	100.00		

36. ESTUDIO COLABORATIVO DE PESO DE NACIMIENTO EN CHILE.

Informe preliminar

Dr. Nelson A. Vargas. Srta. Edith Thomas. Dres. Claudio Méndez, Carmen Díaz
Sergio Vargas, Patricio Dazzarola, Washington Melo, Nathan Pulido, Gerardo Flores
y Julio Montt

(Departamento de Salud Pública, División Oriente, Facultad de Medicina, Universidad de Chile)

Se reune información desde Marzo de 1984, del registro de partos de 9 maternidades de hospitales del Sistema Nacional de Servicios de Salud de Chile, con los siguientes objetivos:

- Establecer el peso de nacimiento (P.N.) promedio y el tipo de parto de los nacidos vivos por sexo, según ciudad y mes.
- Establecer la incidencia de los distintos grupos de P.N.
- Presisar la incidencia de P.N. bajo (PNB), de acuerdo a dos definiciones: P.N. inferior a 2.501 y 2.500 g.

Los datos provienen de Arica, Antofagasta, Coquimbo, Valparaíso (Hosp. Deformes), Santiago (Hosp. San Juan de Dios), Chillán, Temuco, Coyhaique y Punta Arenas.

Se presenta la información de 13.003 partos (alrededor del 12o/o del país), ocurridos entre Marzo y Julio de 1984. Se excluyen 33 por registro incompleto de datos o por sexo indefinido.

Resultados

El 64,6o/o fueron partos normales, el 28,4o/o cesáreas y el 7o/o fórceps u otros. La mayor proporción de partos normales se vió en Arica, Coquimbo y Santiago (70 a 79o/o); la menor proporción en Valparaíso y Punta Arenas (52 a 54o/o), mientras en las restantes ciudades fluctuan entre 62 y 66o/o de partos normales.

El P.N. promedio fue 3.223,8 g (± 563 g). Los hombres pesaron, en promedio, 106 g más que las mujeres (3.276 ± 569 g contra 3.169,7 g ± 550 g).

El análisis de los cinco meses hasta ahora estudiados muestra un descenso gradual del P.N. promedio desde 3.256,2 g en Marzo a 3.208,6 g en Julio.

Se observan P.N. mayores en Arica, Punta Arenas y Coquimbo. A nivel intermedio se ubican Valparaíso, Santiago y Temuco. Los valores más bajos se encuentran en Antofagasta, Chillán y Coyhaique.

La incidencia de PNB inferior a 2.501 g fue de 8,2 % (8,9 en mujeres y 7,5% en hombres). Al definir como PNB aquel inferior a 2.500 g la incidencia bajo a 7,8% (7,2 en hombres y 8,5 % en mujeres). La mayor incidencia se encuentra en Coyhaique.

El estudio está proyectado para continuar recolectando información hasta Febrero de 1985. Se podrá, así, analizar doce meses consecutivos y una cifra esperada superior a los 31.000 partos.

DISTRIBUCION DE NACIMIENTO SEGUN SEXO DE 12.970 NACIDOS VIVOS DE 9 MATERNIDADES DE CHILE. MARZO – JULIO 1984.

Peso (g)	SEXO					
	Mujeres		Hombres		Total	
	Nº	o/o	Nº	o/o	Nº	o/o
1.500	96	1.5	94	1.4	190	1.5
1.501 – 2.000	113	1.8	99	1.5	212	1.6
2.001 – 2.500	356	5.6	302	4.6	658	5.1
2.501 – 3.000	1.477	23.2	1.188	18.0	2.665	20.6
3.001 – 3.500	2.699	42.4	2.607	39.5	5.306	40.9
2.501 – 4.000	1.361	21.4	1.823	27.6	3.184	24.5
4.001 y más	264	4.1	491	7.4	755	5.8
Total	6.366	100.0	6.604	100.0	12.970	100.0

PESO DE NACIMIENTO PROMEDIO MENSUAL E INDICE DE MASCULINIDAD

Mes	N	Peso de Nacimiento Promedio (g)			Razón Hombre por 100 Mujeres
		Hombres	Mujeres	Total	
Marzo	2.511	3.310,7	3.201,2	3.256,2	100,7
Abril	2.468	3.273,3	3.165,8	3.220,0	101,6
Mayo	2.608	3.278,9	3.161,7	3.222,4	107,5
Junio	2.580	3.268,3	3.157,5	3.213,8	103,1
Julio	2.803	3.252,1	3.162,8	3.208,6	105,5
Total	12.970	3.276,0	3.169,7	3.223,8	103,7

37. TABAQUISMO EN LA MUJER Y PESO DEL RECIEN NACIDO

Drs. Ernesto Medina, Carlos Rojas, Roberto Miranda, Adriana Merchak, Marcela Labbé, Fernando González, Rossana Díaz, Jorge Anabalón y Juan Aliaga (Escuela de Salud Pública, Facultad de Medicina Universidad de Chile)

El hábito de fumar, que determina diversos efectos nocivos, produce durante el embarazo un conjunto de trastornos que incluyen una mayor frecuencia de abortos, prematuridad, mortalidad perinatal y retardo en el desarrollo psicomotor del niño. Paralelamente se ha producido, entre nosotros, un significativo aumento del hábito que ha incrementado desde un 24% de mujeres fumadoras en 1971 (1) a 45% en 1983 (2). En este estudio se ha querido cuantificar el efecto sobre el peso del recién nacido que tiene mantener el hábito de fumar durante la gestación e identificar los factores asociados al tabaquismo de la mujer antes y durante el embarazo.

El estudio se realizó en una cohorte de 845 púerperas, madres de nacidos vivos, atendidas en los hospitales J.J. Aguirre y San José de Santiago. La historia de tabaquismo se registró utilizando el cuestionario básico de la American Cancer Society, adaptada por nosotros para el estudio de embarazadas, e incluyó preguntas sobre el hábito antes y durante el embarazo; se registró la historia obstétrica y las características del recién nacido. El instrumento fue validado previamente probándose su consistencia. No hubo rechazos por parte de las entrevistadas. El análisis de las características de las mujeres revela que son similares a las gestantes habituales: a) un 18% eran menores de 20 años y 2,8% mayor de 40 años; b) un 58% tenía algún curso de educación media o niveles superiores de instrucción; c) un 27% de las madres tuvo alguna patología durante el embarazo y d) un 77% de los niños eran deseados.

El hábito de fumar aparece en la tabla 1, apreciándose una alta frecuencia de fumadoras previamente al embarazo y el cambio de conducta que se produce durante la gestación; la prevalencia de fumadoras coincide con la observada en el estudio poblacional de Santiago en 1983 (2). En cambio de hábito depende mayoritariamente del conocimiento que el tabaco produce daño fetal (49%) y de la aparición de intolerancia (39%).

Como se aprecia en la tabla 2, la mantención del hábito de fumar durante el embarazo reduce, en promedio, el peso del recién nacido en 220 gramos y esta pérdida aparece en todos los subgrupos considerados; la disminución del número de cigarrillos determina un descenso menor del peso. Los valores promedio de mujeres que nunca fumaron son similares a la de aquellas que suprimieron el hábito en el embarazo. El hábito de fumar aumenta significativamente la proporción de niños con pesos iguales o inferiores a 2.500 g (de 4,7% en la que no fumaron a 9,6% en las que continuaron) y el diagnóstico de prematuros (5,1% a 11,5%).

El estudio de las características de las mujeres fumadoras, en comparación con las no fumadoras, revela que el hábito de fumar se asocia significativamente con la condición de soltera, un bajo grado de preocupación por los efectos del tabaco y poco conocimiento de los efectos nocivos del cigarrillo e inversamente con la edad; no encontramos asociación con la paridad, el estado nutricional o el nivel socio-económico.

La mantención del hábito durante el embarazo se asocia significativamente a la magnitud del consumo de tabaco previo al embarazo y en forma inversa al nivel de educación, la baja paridad, la condición de hijo deseado y el nivel de preocupación por los efectos del tabaco.

En la tabla 3 se presenta el grado de información que tienen las mujeres gestantes respecto al riesgo del tabaco y el origen de dicha información, destacando la baja frecuencia de mujeres no informadas (2,1%) que corresponde al grupo que, en mayor grado, continúa fumando durante la gestación. No hay diferencias de importancia respecto a la conducta tabáquica durante el embarazo y las fuentes de información, aún cuando destaca el escaso rol que tienen los médicos como fuente de información (12% de las fuentes de información) y la baja frecuencia de supresión del hábito.

Tabla 1

Hábito de fumar de las mujeres encuestadas

	Nº	%
Total	845	100,0
Nunca han fumado	240	28,4
Alguna vez han fumado	605	71,6
Antes del embarazo		
No fumaban	355	42,0
Fumadoras	490	58,0
Diarias	334	39,5
Ocasionales	156	18,5
Conducta de las 490 fumadoras durante el embarazo		
Continúan fumando	52	10,6
Disminuyen el consumo	171	34,9
Suprimen el hábito	267	54,5

Tabla 2

Peso de recién nacidos según hábito de fumar durante el embarazo

Grupos	Peso promedio (g)		
	No fuman	Disminuyen	Mantienen
TOTAL	3.348	3.308	3.128
Varones	3.414	3.367	3.203
Mujeres	3.291	3.239	3.044
Sin patología	3.382	3.362	3.215
Con patología	3.279	3.187	2.963
Enflaquecidas	3.073	2.996	2.940
Normales	3.326	3.289	3.144
Sobrepeso y obesas	3.529	3.470	3.238

Tabla 3

Hábito de fumar y fuentes de información sobre el riesgo del tabaco

Fuentes mencionadas	Antes del embarazo (total de mujeres)		Durante el embarazo (fumadoras previas)			
	Nº	% fumadoras	Nº	%		
				Continúan	Disminuyen	Suprimen
Total	845	59,0	490	10,6	34,9	54,5
Televisión	552	61,5	340	9,4	34,4	56,1
Otros medios	233	59,6	139	6,4	39,5	54,0
Médicos	98	65,3	64	14,0	46,8	39,1
Matronas	192	68,7	132	9,0	37,1	53,8
Otras fuentes	240	51,6	124	10,4	30,6	58,9
No informadas	18	66,8	12	16,6	25,0	58,4

38. EVALUACION DEL RECIEN NACIDO DE PESO BAJO EN LA MATERNIDAD DEL HOSPITAL LAS HIGUERAS DE TALCAHUANO 1983

Drs. Enrique Echeverría y Jorge Haristoy
(Hospital Las Higueras, Talcahuano)

Es conocido que el recién nacido de peso bajo (menos de 2501 gr.) contribuye en un 30 a 50% en la mortalidad fetal tardía y en un 70% de la mortalidad, por lo que disminuir su incidencia repercute favorablemente en los índices biodemográficos que miden el quehacer obstétrico y perinatal.

En nuestro Servicio, se inició en 1974 en colaboración con el Centro Latinoamericano de Perinatología, un estudio diagnóstico de la atención de la Amenaza de Parto Prematuro, para ya desde 1976 hasta la fecha estar absolutamente normatizado, con lo que año tras años se ha ido obteniendo una disminución sostenida del Recien Nacido de Peso Bajo.

El objeto de este trabajo es evaluar los resultados perinatales en este grupo de Recien Nacidos.

Durante el año 1983 la incidencia de recién nacidos de peso bajo (RNPB) en nuestro Servicio fue del 1,7% (prematuros 73,4% y RCIU 26,6%).

Al comparar estos casos con un grupo control de 100 embarazadas con recién nacidos de peso normal, se encontró que el analfabetismo, la desnutrición, el embarazo no controlado y los antecedentes de prematuridad eran más de dos veces superiores en el grupo de RNPB. La presentación distócica (19,7%) y la presencia de meconio en el LA (18,1%) supera tres veces las cifras del Servicio.

El parto por cesárea en el 38,5% de los casos, siendo beneficiados con esta vía los grupos de peso más bajo, fundamentalmente con presentación distócica.

Tanto el Apgar, con la Mortalidad Perinatal y la sobrevida al alta, fue mejorando con el aumento progresivo del peso al nacer.

TABLA 1

INCIDENCIA DE RNPB, PREMATUROS Y RCIU.

	Total de Recien nacidos	Bajo peso	Prematuros	RCIU
Nº	4076	289	212 (73,4%)	77 (26,6%)
%	100 %	7,1%	5,2%	1,9%

TABLA 2

PERDIDAS FETALES Y NEONATALES HASTA EL ALTA SEGUN PESO AL NACER (500 a 2.500 gr.)

Peso (g)	Nº	Mortalidad fetal y neonatal				Sobrevida	
		in utero	7 días	7 días - 28	+ 28 días	n	%
500/1000	26	16	10	-	-	0/10	0
1001/1500	33	5	7	2	2	17/28	60,7
1501/2000	60	5	8	-	-	47/55	85,5
2001/2500	196	4	3	-	-	189/292	98,4

39. ESTUDIO COMPARATIVO DE NACIMIENTOS ANTES Y DESPUES DE LA CREACION DE UN POLICLINICO DE ALTO RIESGO OBSTETRICO. EXPERIENCIA EN EL HOSPITAL DE RENGO

Dr. Alfonso Avila y Aida Sepúlveda, Sra. Roxana Rocha y Sr. Pedro Valenzuela
(Hospital de Rengo)

En la maternidad de Rengo se atienden un promedio de 950 partes anuales, derivando al Hospital Regional un 100% de partos de Alto Riesgo, no manejables para la estructura del Servicio.

Recopilando la experiencia acumulada hemos querido evaluar el impacto de la instalación de este policlínico de Alto Riesgo, comparando los resultados observados un año antes y uno después de la instalación del mismo.

Objetivos: Comparar lo ocurrido con los nacimientos en el Hospital de Rengo antes y después de la instalación del policlínico de Alto Riesgo Obstetrico.

1. Comparar la distribución de RN, según Paridad de la madre.
2. Comparar distribución de RN según peso al nacer.
3. Comparar RN según Apgar al minuto de vida.
4. Comparar RN con asfixia según patología asociada.

Conclusiones

1. No se observan diferencias significativas en la distribución de recién nacidos según paridad de la madre.
2. Se observa una reducción significativa de los con peso inferior a 2000 grs.
3. Se observa una disminución significativa de los nacidos con Apgar bajo al nacer, especialmente a expensas de los mortinatos y de los asfixias Neonatales Moderadas. (Apgar 4-6)
4. Se observa una reducción significativa de los RN con Asfixia Neonatal sin patología asociada.

TABLA 1

DISTRIBUCION DE RECIEN NACIDOS SEGUN PESO AL NACER OCURRIDOS EN EL HOSPITAL DE RENGO ANTES Y DESPUES DE LA CREACION DE UN POLICLINICO DE ARO. AÑOS 1981 y 1982

Peso (g)	1981		1982		Total	
	Nº	o/o	Nº	o/o	Nº	o/o
2000	12	1.3	5	0.5	17	0.9
2000-2499	34	3.6	37	3.7	71	3.6
2500-2999	140	14.9	154	15.2	294	15.1
3000-3999	685	72.7	720	71.3	1405	72.0
4000-4999	59	6.3	85	8.4	144	7.4
4500 y más	11	1.2	9	0.9	20	1.0
Total	941	100	1010	100	1951	100

En la Tabla 1 se observa una reducción del porcentaje de recién nacidos de peso bajo al nacer de un 4,9% a un 4,2%, siendo esta baja a expensas de nacido con peso inferior a 2.000 gr en los que la diferencia es marcada. No existe diferencias significativas en los demás rangos de peso.

TABLA Nº 2

DISTRIBUCION SEGUN APGAR AL MINUTO DE VIDA EN EL HOSPITAL DE RENGO. ANTES Y DES PUES DE LA CREACION DE UN POLICLINICO DE ARO. AÑOS 1981 y 1982.

Apgar al Minuto	1981		1982		Total	
	Nº	o/o	Nº	o/o	Nº	o/o
0	19	2.0	3	0.3	22	1.1
1 - 3	22	2.3	21	2.0	43	2.2
4 - 6	74	7.9	30	3.0	104	5.3
7 - 10	816	86.7	940	93.1	1756	90.0
Ignorado	10	1.1	16	1.6	26	1.3
Total	941	100	1010	100	1951	100

Se observa una reducción porcentual significativa en los mortinatos desde un 2.00/a a un 0.30/o. Los recién nacidos con Asfixia Neonatal se redujeron desde un 10.20/o a un 5.00/o, a expensas especialmente de las asfixias leves. Existe un porcentaje cuyo Apgar es ignorado y corresponde Partos en Domicilio.

40. NACIMIENTOS OCURRIDOS EN EL HOSPITAL DE RENGO (1981 - 1982): ESTUDIO DESCRIPTIVO

Drs. Alfonso Avila, Sylvia Poblete, Aída Sepúlveda, Sra Roxana Rocha y Pedro Valenzuela (Hospital de Rengo)

Introducción

Rengo, comunidad urbano-rural, de 50.000 habitantes, 700/o urbano y 300/o rural, se encuentra ubicado en la provincia de Cachapoal, VI Región. Cuenta con un Hospital tipo IV, de 90 camas de las cuales 24 pertenecen al Servicio de Ginecoobstetricia.

Dentro de la atención a la embarazada, se encuentra, a partir de Abril de 1982, un Policlínico de Alto Riesgo, manejado por médico general con dedicación exclusiva al servicio. El control Prenatal se realiza según normas ministeriales.

En la maternidad de Rengo se atienden un promedio de 950 partos anuales, derivando al Hospital Regional un 100/o de partos de alto Riesgo, no manejables para la estructura del servicio.

Refundiendo la experiencia acumulada, entregamos un estudio descriptivo de lo ocurrido en nuestro servicio durante los años 1981 y 1982.

Objetivo general

Conocer la realidad de lo ocurrido en el servicio de Ginecoobstetricia del Hospital de Rengo en el periodo 1981-1982.

Objetivos Especificos

1. Analizar nacimientos según sexo.
2. Conocer distribución de RN. según peso

Materiales y Metodo

1. Recursos humanos: Médicos y Dos Matronas
2. Recursos Fisicos: Historias Clínicas del Hospital de Rengo.

Metodo: se revisaron las fichas clínicas, confeccionando una tabla maestra, que fue llenada con todas las variables a estudiar.

Peso del recién nacido: Se definió según Normas Técnicas del SNSS.

Edad Materna: Se define como Madre Adolescente a toda aquella cuya edad es igual o menor a 18 años; madre Añosa es toda aquella cuya edad igual o mayor a 35 años.

Paridad Primigesta = 0 Multípara = 1 a 4 = Gran Multípara = 5 o más

Apgar de Nacimiento:

- 0 = Mortinato
- 1-3 = Asfixia Severa
- 4-6 = Asfixia Moderada
- 7-10 = Sin Afixia

Resultados

1. Existe un porcentaje mayor de recién nacidos con peso adecuado que el promedio nacional.
2. Existe un grupo alto de madres adolescentes (menores de 18 años), como de madres añosas (mayores de 35 años).
3. Se observa un porcentaje bajo de grandes multíparas.
4. Existe un porcentaje bajo de asfixias neonatales, especialmente a nivel de los mortinatos.

TABLA Nº 1

**DISTRIBUCION DE RECIEN NACIDOS, SEGUN PESO DE NACIMIENTO,
OCURRIDOS EN EL HOSPITAL DE RENGÓ DURANTE LOS AÑOS 1981 y 1982.**

Peso (g)	Nº	o/o
Menor a 2000	17	0.9
2000 - 2499	71	3.6
2500 - 2999	294	15.1
3000 - 3999	1405	72.0
4000 - 4499	144	7.4
4500 y mas	20	1.0
Total	1951	100

En la tabla 1 se observa un 4,50/o con peso bajo al nacer, un 150/o con peso insuficiente, un 79,40/o con peso adecuado y un 10/o con peso excesivo. En este estudio se obtuvo un mayor porcentaje de niños con peso adecuado que el promedio nacional, ganado a expensas de una disminución de recién nacidos con peso bajo o insuficiente al nacer.

TABLA Nº 2

DISTRIBUCION DE RECIEN NACIDOS, SEGUN TEST DE APGAR AL MINUTO DE VIDA, OCURRIDOS EN EL HOSPITAL DE RENGO DURANTE LOS AÑOS 1981 y 1982.

Apgar al Minuto	Nº	o/o
0	24	1.2
1 - 3	43	2.2
4 - 6	113	5.8
7 - 10	1744	89.4
Desconocido	27	1.4
Total	1951	100

Se obtuvo un 89.40% de Partos sin asfisia. Se constató un 9.20% de Asfisia Neonatales, de las cuales un 1.20% corresponden a Mortinatos, un 2.20% a Asfias Severas y un 5.80% a Asfias Moderadas. Existe un 1.40% de casos en que se desconoce el dato, correspondiendo todos ellos a partos domiciliarios.

41. ESTUDIO ANALITICO DE VARIABLES RELACIONADAS CON INDICE APGAR BAJO EN EL NACIMIENTO

Drs. Alfonso Avila, Sylvia Poblete, Aída Sepúlveda y Sra. Roxana Rocha
(Hospital de Rengo)

El elevado número de complicaciones en el recién nacido, fundamentalmente las lesiones neurológicas relacionadas con el sufrimiento fetal acaecido durante el embarazo o durante el trabajo de parto, da la pauta de la importancia de fijar nuestra atención en este tema.

Es responsabilidad exclusiva del equipo de salud brindar a la madre un hijo vivo y sano, lo que se logra no sólo con una adecuada atención del parto, sino también con una correcta atención prematerna durante el embarazo. Es necesario poner en juego todos los conocimientos clínicos capaces de detectar los mecanismos susceptibles de provocar una disminución de la vitalidad fetal.

Basados en lo anterior hemos querido hacer un estudio analítico de algunas de las variables que influirían o estarían relacionadas con mayor frecuencia, a la aparición de asfisia neonatal. Este estudio se llevo a cabo en el Hospital de Rengo, agrupando los recién nacidos con Asfisia recopilados de los años 1981 y 1982.

Objetivo general

Estudiar algunas variables relacionadas a Asfisia Neonatal: edad Materna, sexo, paridad materna, peso al Nacer, patología concomitante, y presencia de meconio.

Se revisaron las fichas Clínicas, confeccionandose una Tabla Maestra, la que fue llenada con todas las variables a estudiar. Se analizó y estudio la información obtenida tabulándola para su presentación.

Resultado

1. Se observa que hay mayor proporción de recién nacidos (RN) con Apgar bajo en el grupo de madres de 35 y más años.
2. Existiría una leve diferencia por sexos en la distribución de RN con Apgar bajo que son algo mayores en sexo masculino.
3. Las grandes múltiparas constituirían un grupo de alto Riesgo por presentar una mayor concentración de RN con Asfisia.

- El grupo de RN de bajo peso constituye un riesgo altísimo de asfixia neonatal, especialmente el de peso inferior a 200 gramos.
- Las grandes variables asociadas a asfixia neonatal son, en el área de las patologías, la EGD, Hipertensión Arterial, RPO y una miscelánea de menor importancia. Existe un grupo significativo sin patología demostrada.
- Existe un grupo de RN con asfixia que no presenta meconio en el embarazo ni al momento del parto.

TABLA N° 1
DISTRIBUCION DE RECIEN NACIDOS CON APGAR BAJO SEGUN
PARIDAD DE LA MADRE, EN HOSPITAL DE RENGO, AÑOS 1981 y 1982

Paridad Materna	Recién nacidos				Total	
	Apgar Bajo		Normales		Nº	o/o
	Nº	o/o	Nº	o/o	Nº	o/o
Primigesta	53	7,3	670	92,7	723	100
M1 - M4	65	5,8	1049	94,2	1114	100
M5 y +	13	11,4	101	88,6	114	100
Total	131	6,7	1820	93,3	1951	100

Los RN de más alto riesgo de asfixia neonatal son aquellos cuyas madres son grandes multiparas, ya que se observa un porcentaje significativamente mayor de RN con Apgar bajo en ese grupo estudiado (Tabla 1). Se observa solo un 5,8% de los RN hijos de Multiparas con asfixia neonatal, constituyendo este grupo, el de menor riesgo frente a este problema.

TABLA N° 2
DISTRIBUCION DE RECIEN NACIDOS CON APGAR BAJO SEGUN PESO AL NACER,
EN LA MATERNIDAD DEL HOSPITAL DE RENGO. AÑOS 1981 y 1982

Peso (g)	Recién Nacidos				Total	
	Apgar bajo		Normales		Nº	o/o
	Nº	o/o	Nº	o/o	Nº	o/o
2000	8	47,1	9	52,9	17	100
2000-2499	12	16,9	59	83,1	71	100
2500-2999	25	8,5	269	91,5	294	100
3000-3999	175	5,3	1330	94,7	1405	100
4000-4499	8	5,6	136	94,4	144	100
4500 o +	3	15,0	17	85,0	20	100
Total	131	6,7	1820	93,3	1951	100

Se observa un 6,7% de RN con Apgar bajo (Tabla 2). De ellos el grupo de más alto riesgo lo conforman los RN de peso bajo con 22,7% de Apgar bajo en promedio. Especialmente riesgoso es el grupo de RN con peso al nacer inferior a 2000 g., de los cuales obtuvimos un 47,1% con asfixia neonatal. Otro grupo, aunque de menor riesgo que los anteriores, lo constituyen los RN de peso excesivo (superior a 4500 grs.), que en nuestro estudio presentaron un 15,0% de asfixia neonatal.

42. RESULTADOS PERINATALES DEL MANEJO DEL ALTO RIESGO PERINATAL EN LA MATERNIDAD DEL HOSPITAL LAS HIGUERAS DE TALCAHUANO DURANTE EL AÑO 1983

Drs. Enrique Echeverría, Jaques Masoc, Mario González, Arrigo Giuliano y Gonzalo Rodríguez
(Servicio de Obstetricia y Ginecología, Hospital Las Higueras, Talcahuano)

Durante el año 1982 se implementó en la Sección de Alto Riesgo Obstétrico del Hospital Las Higueras de Talcahuano, una nueva ficha para el control ambulatorio de las pacientes derivadas a dicha Unidad, se confeccionó un listado de patologías a las que les asignó un puntaje como modelo de derivación y se realizó un curso de Alto Riesgo Perinatal (ARP) para Matronas y Médicos tanto del Hospital como de aquellos regionalizados con el nuestro. Todas estas medidas contribuyeron a un menor rodaje de la Sección y a una pesquisa y derivación más oportuna de las patologías.

El objetivo de este trabajo es evaluar mediante el análisis de la ficha del policlínico de Alto Riesgo que se termina con los datos del parto del caso clínico, los resultados obstétricos y perinatales durante el año 1983.

Para un total de 4053 partos, se controlaron en la Sección 1204 casos (29,70%) con un promedio de 2,590% controles por pacientes, necesitando hospitalización el 25,70% de ellas.

La concordancia entre el diagnóstico de derivación y el del policlínico de ARP fue del 85,80%.

Durante la exploración de las pacientes se encontró un 17,40% de la con meconio.

En relación al tipo de parto, este fue por cesárea en un 36,0% de los casos, forceps en un 4,0% y espontáneo en un 60,0%.

El porcentaje de Recien Nacido de Peso Bajo fue del 5,50%; de Apgar bajo un 4,40% dando una Mortalidad Perinatal del 5,70% y una incidencia de Infección Puerperal del 2,90%.

TABLA I
PACIENTES CONTRALADAS EN POLICLINICO DE ALTO RIESGO PERINATAL (ARP) 1983

	1 ^{er} Semestre	2 ^o Semestre	Total
Nº Pacientes	526	378	1204
Nº Controles	1296	1827	3123
Promedio Controles por Paciente	2,46	2,69	2,59
Controles Hospitalización	26 (4,90%)	32 (4,70%)	58 (4,80%)
	98 (18,60%)	212 (31,20%)	310 (25,70%)

TABLA 2

**RESULTADOS COMPARATIVOS ARP-SERVICIO DE OBSTETRICIA
Y GINECOLOGIA HOSPITAL LAS HIGUERAS 1983.**

	ARP	SERVICIO
Recién Nacido		
Peso Bajo	5,50/o	7,10/o
Cesárea	360/o	21,40/o
Mortalidad Perinatal	5,70/o	12,20/o
Infección Puerperal	2,90/o	3,30/o

43. INDICADORES DE SALUD PERINATAL EN UN HOSPITAL DE SERVICIOS DELEGADOS

Drs. Raúl Andrés Ortega y María de la Fuente
(Hospital de San Bernardo y Escuela de Salud Pública, Universidad de Chile)

Se presenta un estudio descriptivo de la atención perinatal en la Maternidad del Hospital de San Bernardo, para el año 1983. Los resultados se comparan con los de la Región Metropolitana, Chile u otros centros asistenciales.

Resultados

La circunscripción de San Bernardo registra para el año 1981 las siguientes tasas: natalidad (23,40/oo), mortalidad general (4,90/oo), mortalidad infantil (18,70/oo), mortalidad neonatal (8,20/oo), mortinatalidad (6,30/oo).

Se realizó una acreditación del Servicio de Obstetricia y de la Unidad de Recién Nacidos, obteniéndose 602 y 445 puntos respectivamente, sobre un puntaje máximo de 1000 puntos.

El año 1983 se registraron 4444 partos de los cuales el 5,40/o fueron gemelares. Se registró un 27,50/o de partos distócicos y una motinatalidad de 7,70/o. El 170/o de las madres tenía menos de 20 años y el 4,5 0/o más de 40 años. Las primigestas alcanzaron al 34,20/o. El 750/o de las madres declararon no tener previsión, y un 260/o se atendió como aseguradas.

El 50,10/o de los recién nacidos fue de sexo masculino. El 1,90/o obtuvo Apgar bajo 3 al minuto, recuperándose con Apgar sobre 7, el 530/o de éstos a los 5 minutos. El 6,10/o de los recién nacidos correspondió a niños bajo 2.500 g. La mortalidad (incluyendo aquellos pacientes derivados y fallecidos en otros servicios), alcanzó al 0,90/o. El 500/o de los fallecidos presentó Apgar bajo 3 al minuto.

Se derivó a 44 pacientes, falleciendo el 450/o de ellos. Sólo 20 de los pacientes trasladados fueron recibidos en el Hospital Barros Luco, que es el centro receptor del área Sur, y el resto derivados a centros diversos. El 500/o de los fallecimientos se produce en el Hospital de San Bernardo. (Tabla N° 1).

Comentario

Se realiza la revisión comparada de algunos indicadores de salud, con el fin de evaluar, la atención perinatal en la maternidad del Hospital de San Bernardo, pretendiendo que, sirva de base para evaluaciones futuras, y permita la detección e inicio de investigaciones de problemas más puntuales. Se considera especialmente la condición de centro de atención básica de la maternidad, perteneciente a un hospital de servicios delegados, y con un volumen relativamente importante de partos, buscando objetivar y plantear soluciones a las dificultades que presenta el traslado de pacientes de mayor complejidad. El alto porcentaje de pacinetes trasladados a centros especializados no asignados, su alta mortalidad, y el número de pacientes neona-

tales que fallece en el hospital de San Bernardo, reflejan esta situación.

Los indicadores presentados para el hospital de San Bernardo son, en general, comparables a los existentes en el país. Se consideran sin embargo, por las condiciones señaladas, potencialmente superiores.

Se señala como necesidad urgente, la implementación de un sistema de traslado expedito, basado principalmente en las madres de riesgo. Una solución alternativa, como la implementación de un centro de mayor complejidad en San Bernardo, sería de muy alto costo, aunque de todos modos se muestra necesario mejorar las condiciones existentes, especialmente en lo que se refiere a planta física y personal.

TABLA Nº 1
MORTALIDAD SEGUN PESO Y CONDICION DE TRASLADO.
SAN BERNARDO, 1983.

Peso (g)	Nac.Vivos	Traslados	Traslados Fallecidos	Fallecidos Hospital	Total Fallecidos	Tasa o/o
1000	7	2	2	5	7	100
1001 - 1500	29	11	7	3	10	34,5
1501 - 2000	54	7	5	4	9	16,7
2001 - 2500	179	7	3	4	7	3,9
2501 - 3000	915	6	2	3	5	0,5
3001 - 3500	1893	5	—	—	—	—
3501 - 4000	1115	4	—	1	1	0,1
4001 y más	242	2	1	—	1	0,4
Total	4434	44	20	20	40	9,0

44. ANALISIS DE AUDITORIAS DE MORTALIDAD FETAL TARDIA Y NEONATAL PRECOZ

Drs. Enzo Petinelli, Raúl Romero, Gonzalo Rodríguez y Belia Fanjul
(Servicio de Obstetricia y Ginecología, Hospital Las Higueras, Talcahuano)

En el programa perinatal 1976 -1980, se planteó la necesidad de una estrategia dirigida hacia la disminución de la mortalidad perinatal. En Junio de 1981 con la Directiva Ministerial Nº 5729, se materializó dicha estrategia. Durante el 2º Semestre de 1981, se implementó la Directiva que ordena las Auditorías de Mortalidad Fetal Tardía y Neonatal, en los 27 Servicios de Salud.

Se ha efectuado el siguiente análisis de los registros de muerte fetales tardías y neonatales precoces ocurridas en el año 1983 en el Servicio de Obstetricia y Ginecología del Hospital Las Higueras pretendiendo buscar factores o corregir y etiología para mejor cifras globales de mortalidad perinatal del Servicio de Salud de Talcahuano.

Material y Metodo

Se utilizaron los registros de auditorías de mortalidad fetal tardía y neonatal precoz de partos ocurridos en el Servicio de Obstetricia y Ginecología del Hospital Las Higueras de Talcahuano desde el 1º de Enero al 31 de Diciembre de 1983.

Para la muerte fetal tardía se destacaron tres grupos de acuerdo al lugar de ocurrencia del óbito fetal: 1º MAPE = Muerte fetal anteparto extraclínica; 2º MAPI = Muerte fetal anteparto intra clínica; 3º MIP = Muerte intraparto. Además se considero algunas muertes evita-

bles y otras inevitables (M.F. inevitable: cuando a pesar de cumplir en forma oportuna y adecuada, los controles de embarazo, normas de derivación, vigilancia feto-placentaria ante e intraparto y conducta obstétrica no objetable, se produce el óbito fetal).

Para la mortalidad neonatal precoz se dividieron 4 grupos según responsabilidad potencial de la muerte: 1º Responsabilidad Obstétrica; 2º Responsabilidad Pediátrica; 3º Responsabilidad Materna; 4º Sin responsabilidad.

Resultados

De un total de 4076 Recién Nacidos vivos de peso mayor a 1.000 g. nacidos en el Servicio de Obstetricia y Ginecología del Hospital Las Higueras de Talcahuano en 1983, ocurrieron 28 mortinatos y 25 mortineonatos lo que nos da una mortalidad perinatal corregida de 13,00/oo nacidos vivos.

Si agregamos 13 Recién Nacidos vivos de 500 a 999 g. ocurridos en el mismo período y cuya mortalidad neonatal fue 100 0/o, tendremos una mortalidad perinatal Standard de 16,10/oo.

El 75,50/o de las pacientes eran casadas, el 54,70/o tenían edades que fluctuaban entre los 21 a 30 años y el 54,70/o eran multiparas.

El 71,40/o de los mortinatos ocurrieron fuera del Servicio (MAPE), el 14,30/o en él (MAPI), y el 14,30/o intra parto (MIP). El 60,70/o fueron muertes potencialmente evitables y el 39,3 inevitable. El 35,30/o (6 mortinatos) fueron de embarazos controlados en otras ciudades (Lirquén, Tomé, Concepción).

MAPE.: Mortalidad Anteparto Extraclínica

MAPI.: Mortalidad Anteparto Intraclínica

MIP.: Mortalidad Intraparto.

En las Muertes Fetales Tardías evitables, de responsabilidad obstétrica (12) en 10 (83,30/o) no se cumplieron normas de derivación establecidas. Las causas de muerte más frecuentes fueron: desprendimiento de placenta (5), patología del cordón (5), hipoxia intra uterina (5) y síndrome hipertensivo del embarazo (3) (Tabla 1).

De los 25 casos de muerte neonatal precoz (R.N. vivos \geq 1.000 gr.) 6 fueron responsabilidad obstétrica, 2 pediátrica, 2 materna y 15 sin responsabilidad. El 440/o nació con depresión grave, 160/o moderada y 400/o vigorosa. El 280/o tenía malformaciones incompatibles con la vida (se hizo necropsia sólo en 17 de los 25 (68,00/o). El 68 0/o de los Recién Nacidos murieron en las primeras 48 horas. El 680/o pesó menos de 2.500 gr.

Las causas de muerte mas frecuentes fueron: prematuridad (9), malformaciones (7), sufrimiento fetal agudo (4) (Tabla 2).

Comentario:

La mayoría de los mortinatos ingresaron como tales al Servicio y en ellos se encuentran la mayor parte de aquellos con responsabilidad obstétrica siendo la principal causa una falla en la derivación u/o pesquisa de patología de alto riesgo perinatal, teniendo como agravante el haber dejado de cumplir normas pre establecidas de derivación al Policlínico de A.R.P. Si a esto agregamos algunas muertes neonatales precoces evitables con una derivación más oportuna (previniendo prematuridad y/o Apgar bajos) sacaremos como conclusión la necesidad de enfatizar la detección y derivación oportuna del A.R.P. desde la periferia al Policlínico de A.R.P. del Servicio de Obstetricia y Ginecología del Hospital Higueras. Esto es válido también para Lirquén y Tomé quienes contribuyeron, sin embargo solo con el 1,900/o (23/1204) de las pacientes que concurren a control por A.R.P.

En cuanto a las causas de muerte fetal tardía llama la atención la importancia del síndrome hipertensivo del embarazo y de las causas ovulares como desprendimiento prematuro de placenta y patología del cordón.

En cuanto a las causas de muerte neonatal precoz siguen siendo importantes la prematuridad y el recién nacido con depresión respiratoria grave, la mayoría de ellos sin responsabilidad médica materna y un menor porcentaje susceptible de corregir desde el punto de vista médico-materno.

TABLA 1
MORTALIDAD FETAL TARDIA
CAUSA DE MUERTE Y EVITABILIDAD POTENCIAL

Causa de Muerte	Evitable		Inevitable		Total	
	Nº	o/o	Nº	o/o	Nº	o/o
Desprendimiento de placenta	3		2		5	17,8
Patología de cordón	1		4		5	17,8
Hipoxia intrauterina	4		1		5	17,8
Síndrome Hipertensivo del Embarazo	1		2		3	10,7
Insuficiencia Placentaria Crónica	2				2	7,1
Enfermedad Hemolítica	1				1	-3,6
Diabetes			1		1	3,6
Rotura Uterina	1				1	3,6
Malformaciones			1		1	3,6
Se ignora	4				4	14,3
Total	17		11		28	100,00

2 S.H.E.

1 C.I.E.

TABLA 2
MUERTE NEONATAL PRECOZ, TIPO DE RESPONSABILIDAD
Y CAUSA DE MUERTE

Causas	Responsabilidad											
			Obstetrica		Pediátrica		Maternal		Sin		Total	
	Nº	o/o	Nº	o/o	Nº	o/o	Nº	o/o	Nº	o/o	Nº	o/o
Prematuridad	9/25	36,0	3/9	33,3	—	—	1/9	11,1	5/9	56,8	9	100
Malformaciones Incompatibles con la vida	7/25	28,0	—	—	—	—	—	—	7/7	100	7	100
Asfisia Neonatal	5/25	20,0	3/5	60,0	1/5	20,0	1/5	20,0	—	—	5	100
Muerte Súbita	2/25	8,0	—	—	—	—	—	—	2/2	100	2	100
Total	25	100	6/25	24,0	2/25	8,0	2/25	8,0	15/25	60,0		

I Infección Neonatal

I Enf. Hemolítica Grave

45. ANALISIS DE LA MORTALIDAD NEONATAL AÑO 1983 HOSPITAL LAS HIGUERAS TALCAHUANO

Drs. Ernesto Núñez, Daniel Copaja y Sr. Raúl Aliste
(Hospital Las Higuerras, Servicio de Salud Talcahuano)

Las tasas de mortalidad infantil han ido en el país, en descenso progresivo, en los últimos años, especialmente a expensas de la mortalidad infantil tardía. La mortalidad neonatal, ha experimentado un descenso más gradual.

Sin embargo con la implementación de las Unidades de Neonatología y Obstetricia, este descenso, por lo menos en Talcahuano, se hizo más acentuado, llegando en 1983, a superar el descenso de la mortalidad infantil tardía.

Quisimos hacer un análisis de todos los fallecidos menores de 28 días, nacidos en el Hospital Higuerras (H.H.) en 1983, para poder precisar algunos factores de riesgo susceptibles de ser controlados, a través del análisis de 46 Auditorías de recién nacidos (RN) fallecidos en 1983; todos nacidos en H.H.

Resultados:

a) Análisis de fallecidos

1. Domicilio: Sólo un 89,10/o correspondían al S.S. Talcahuano; 93,50/o con residencia urbana.
2. Lugar del fallecimiento: 4,40/o en su domicilio.
30,40/o pesaron menos de 1.000 g.
71,70/o menos de 2.500 g.
4. Edad gestacional: 60,90/o tenían menos de 34 semanas
5. Tiempo de sobrevida: 15,20/o fallecieron en la primera hora
500/o en el primer día
80,40/o en los primeros 7 días
6. Asfixia: 43,50/o tuvieron asfixia severa
17,40/o asfixia moderada
7. Diagnóstico: A 67,390/o se les hizo necropsia
58,70/o fallecieron por inmadurez o patología asociada a ella.
23,90/o por Malformaciones Congénitas
10,90/o por Infecciones
8. Tipo de Parto: 58,70/o vértice espontáneo
26,10/o presentación podálica
8,70/o parto gemelar
9. Sexo: 60,90/o eran de sexo masculino
10. Patología Materna: 67,30/o sin patología
8,70/o toxemia
11. Ruptura prematura membranas: 28,20/o
12. Control prenatal: 15,20/o sin control
13. Escolaridad madre: 6,50/o analfabetos
34,80/o solo Educación básica
14. Hábitos: 130/o Cigarrillo
2,20/o Alcohólica
15. Edad Paterna : 6,50/o menos de 20 años
16. Escolaridad Paterna: 2,20/o analfabetos
37,00/o sólo escolaridad básica
17. Trabajo Paterno: Cesante 30,40/o
Trabajo ocasional: 19,60/o
18. Hábitos Paternos: Bebedor excesivo 2,20/o
Alcohólico 6,10/o

b) Comparación del total de R.N. con fallecidos:

1. Tipo de parto: vértice 74,80/o contra 58,70/o fallecidos
cesárea 21,20/o contra 15,20/o
podálica 0,40/o contra 26,10/o
2. Edad materna: No hubo diferencias significativas
3. Estado civil: No hubo diferencias
4. Paridad: Mas riesgo desde la multipara de más de 3.

<u>5. PESO</u>	<u>NACIDOS VIVOS:</u>	<u>FALLECIDOS:</u>	<u>TASA 0/oo</u>
500 - 999	14	14	1000.00
1000 - 1499	29	8	275.86
1500 - 1999	48	8	166.66
2000 - 2499	184	4	21.74
2500 - 3999	3570	11	3.08
4000 y +	229	1	4.37
	4074	46	11.29

46. INFLUENCIA DEL TRATAMIENTO DEL PARTO PREMATURO Y DEL RECIEN NACIDO DE PESO BAJO SOBRE LA MORTALIDAD PERINATAL.

Drs. Raúl Romero, Mario Gonzalez C y Enzo Pettinelli
(Servicio de Obstetricia y Ginecología. Hospital Las Higueras Talcahuano)

La prematuridad tiene una gran influencia en la morbilidad y mortalidad perinatal. En 1979 el Centro Latino Americano de Perinatología (C.L.A.P.), propuso a las Maternidades de manejo del parto prematuro y del recién nacido de peso bajo, que podría ser utilizado por ellas, con el objeto de disminuir la mortalidad perinatal originado por la prematuridad (figura 1).

Este programa, antes de ser incorporado a la metodología habitual de manejo de situaciones de alto riesgo, necesariamente debía ser evaluado localmente, considerando las condiciones regionales de cada centro incorporado a él.

El Hospital Las Higueras de Talcahuano, dado sus condiciones de atención y su población beneficiaria casi 100% urbana, se prestaba bien para evaluar los efectos del proyecto.

En los años anteriores a la aplicación del Programa, la prematuridad se había mantenido más o menos estable en cifras superiores al 10%.

El proyecto considera en su cronograma dos etapas bien definidas. a) etapa de diagnóstico, en la cual no hay intervención terapéutica normatizada y b) etapa de intervención terapéutica, durante la cual se realizan las acciones propuestas por el proyecto.

En ambas etapas se evalúan: % de prematuridad, expresada en función del peso bajo al nacer; mortalidad neonatal de los prematuros; mortalidad neonatal precoz, mortalidad fetal tardía y mortalidad perinatal, para el estudio se consideran los recién nacidos de 1.000 g. o más, por recomendación del C.L.A.P.

En la Tabla 1 se muestran los resultados perinatales de ambas etapas del proyecto, los que fueron considerados satisfactorios, incorporando las normas propuestas al manejo habitual de los problemas del parto prematuro.

Figura 1

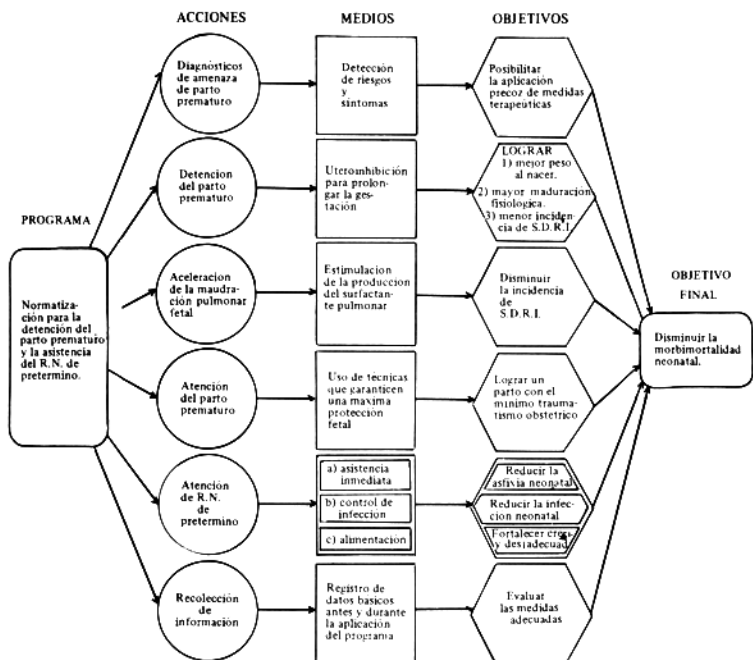


Tabla 1

Etapas	Nº Total de Nacimientos	< 2.500 g.		Tasas de Mortalidad ‰/oo Nacidos							
		Incidencia ‰/o	Letalidad ‰/o	Neonatal Precoz		Fetal		Pennatal			
				Global	< 2.500g	> 2.500g	Global	< 2.500g	> 2.500g	Global	< 2.500g
Diagnóstico 18 Meses	5.798 (1.000gr.)	12.2	96.4	12.8		1.7	7.4		29.3		10.8
					11.0		16.5			9.1	18.4
Intervenc Normativa 18 Meses	6.057 (1.000gr.)	9.7	66.3	8.5		2.3	4.9		17.9		6.9
					6.1		9.5			4.6	1.0

47. CARACTERÍSTICAS DE LA MORBILIDAD DEL NIÑO Y DEL ADOLESCENTE EN EL CONSULTORIO HERNAN ALESSANDRI

Drs. María Inés Romero, Marcela Farraguibel, Hernán Muñoz,
Claudia Lazo y María Antonieta Bezanilla
(Escuela de Salud Pública, Universidad de Chile)

El presente estudio muestra los resultados del análisis de la estructura de morbilidad del Programa del Niño y del Adolescente del Consultorio "Dr. Hernán Alessandri" del Servicio de Salud Metropolitano Oriente, ubicado en la Comuna de Providencia.

Sus objetivos fueron describir la distribución de las consultas

- 1) Según características de las personas: edad, sexo, categoría de beneficiario.,
- 2) Según variación en el tiempo: meses del año, estaciones.
- 3) Según diagnóstico: grupo diagnóstico específico y diagnóstico específico más frecuente en su respectivo grupo.
- 4) Por subgrupos de edad y diagnósticos.

La fuente de información estuvo constituida por la totalidad de las Hojas de Estadística Diaria de los médicos, procesándose todas las consultas del año comprendido entre el 1º Noviembre de 1982 y el 31 Octubre de 1983.

Resultados:

En el período de 1 año estudiado se efectuaron un total de 11.225 consultas en el Programa del Niño y Adolescentes.

Se observa mayor proporción de consultas en menores de 2 años que en conjunto dan cuenta de algo más del 50% de las consultas del programa. Proporcionalmente consultan algo más las mujeres que los varones. Prácticamente la totalidad de los atendidos son beneficiarios legales.

La distribución de las consultas según grupo diagnóstico muestra en primer lugar a Respiratorias (30%), en segundo lugar a Infecciones y Parasitarias con 17% y en tercer lugar a Sistema Nervioso y Organos de los Sentidos con 5,8%.

La distribución según diagnóstico específico muestra que Infecciones Respiratorias Altas ocupan el primer lugar con 21,4%; Bronquitis Aguda el segundo lugar con 5,2% y Diarrea Aguda el tercer lugar con 4,5%.

La importancia relativa de cada causa en su respectivo grupo muestra que en Respiratorias, la mayoría corresponde a virosis (resfrío, gripe) con 69% del total del grupo.

Diarreas y Enteroparasitosis dan cuenta de la mitad de los diagnósticos del grupo de Infecciosas.

En el grupo de Sistema Nervioso y Organos de los sentidos, un 36% corresponde a ojo rojo y un 34% a otitis y otalgias.

La distribución de diagnósticos según Subgrupo de Edad muestra un aumento progresivo desde el menor de un año hacia el escolar de Infecciosas y Parasitarias, Enfermedades del Sistema Nervioso y Organos de los Sentidos y de Enfermedades Génitourinarias. Se muestra, asimismo una disminución progresiva desde el menor de un año hacia el escolar de Enfermedades Nutricionales, Respiratorias y Anomalías Congénitas.

La variación estacional confirma el promedio esperado de Enfermedades Respiratorias en Invierno y de Infecciones Enterales en Verano.

TABLA 1

DISTRIBUCION DE LAS CONSULTAS SEGUN DIAGNOSTICO EN EL PROGRAMA DEL NIÑOS Y DEL ADOLESCENTE

Grupo Diagnóstico	Consultas	
	Nº	o/o
Aparato respiratorio	3.463	30,9
Sano	2.124	18,9
Infecciosas y parasitarias	1.936	17,2
Sistema nervioso y de los órganos sentidos	656	5,8
Glándulas endocrinas nutrición, metabolismo y trastornos de la inmunidad	471	4,2
Piel y tejido celular subcutáneo	414	3,7
Aparato génito-urinario	390	3,5
Mal definidas	337	3,0
Sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo	280	2,5
Traumatismos y envenenamientos	261	2,3
Sangre y órganos hematopoyéticos	247	2,2
Aparato digestivo	251	2,2
Transtornos mentales	143	1,3
Anomalías congénitas	91	0,8
Aparato circulatorio	28	0,3
Tumores	23	0,2
Sin diagnóstico	107	91,0
Total	11.225	100,0

TABLA 2

DISTRIBUCION PORCENTUAL DE LAS CONSULTAS DEL PROGRAMA DEL NIÑO Y ADOLESCENTE SEGUN GRUPO DE CAUSA Y SUBGRUPOS DE EDAD

GRUPOS DE CAUSAS	1 MES	1-11 MESES	12-23 MESES	2-4 AÑOS	5-9 AÑOS	10-14 AÑOS
I Infeciosa y parasitaria	2,4	17,5	26,9	27,2	39,6	16,4
II Tumores	0	1,4	0	0	0	1,8
III Endocrinas, nutrición, metabolismo e inmunitarias	2,4	6,4	6,1	5,8	1,3	1,8
IV Sangre y órganos hematopoyéticos	0	2,8	4,1	1,0	4,7	1,8
V Mentales	0	0,5	0,04	0	2,7	1,8
VI Sistema nervioso y órganos sentidos	0	7,4	5,7	3,9	6,7	18,2
VII Aparato circulatorio	0	0	0	0	2,0	0
VIII Aparato respiratorio	2,4	35,0	31,3	25,2	17,4	10,9
IX Aparato digestivo	0	0,4	2,2	1,9	4,0	1,8
X Aparato genito-urinario	0	1,8	4,3	3,9	3,3	7,3
XI Complicaciones del embarazo, parto, puerperio	0	0	0	0	0	0
XII Piel y tejido celular subcutáneo	0	6,4	7,8	7,8	4,7	9,1
XIII Sistema osteomuscular y tejido conjuntivo	0	0	1,3	6,8	3,3	1,8
XIV Anomalías congénitas	2,4	2,3	0	1,0	0,7	1,8
XV Perinatales	0	0	0	0	0	0
XVI Mal definidas	0	2,3	3,0	4,8	2,7	3,6
XVII Traumatismos y envenenamientos	0	0	2,2	1,9	2,7	5,4
XVIII Sano	90,2	9,2	4,3	7,8	4,0	16,4
TOTAL	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

48. UTILIZACION DE UN FORMULARIO SIMPLE PARA EVALUAR LA CALIDAD DEL CONTROL DE SALUD

Nutr. Teresa Pincheira y Dra. Ana M. Kaempffer
(Instituto Profesional de Chillán y Escuela de Salud Pública, Universidad de Chile)

Con el fin de evaluar la calidad de la atención del control de salud y algunas actividades complementarias a él, relacionando el cumplimiento de las normas locales y el impacto de éstas en la prevención de patología como la desnutrición, diarrea, sarampión y coqueluche, se elaboró un instrumento de evaluación, confiable y de fácil manejo, que pudiese ser utilizado en cualquier consultorio y en cualquier momento y cuya estructura permitirá elaborar con facilidad programas de computación (Tabla 1)

El instrumento propuesto se aplicó en el estudio logitudinal retrospectivo de 500 niños correspondiente a una muestra calculada con 20% de precisión y 90% de confianza de un universo de 2.807 niños asignados de 12 a 23 meses a los cuatro Consultorios urbanos de Chillán, dependientes del Servicio de Salud de Ñuble (se eligió este grupo para tener ellos, a lo menos, un año de estudio y poder evaluar entre otros el cumplimiento e impacto de la vacuna sarampión).

Como cada Consultorio tiene diferente cantidad de población asignada se hizo afijación proporcional. La selección de los niños se hizo en tarjetero por muestreo sistemático, con espaciamiento igual a cinco y número de arranque al azar.

La información requerida se obtuvo de la revisión de fichas clínicas, tarjeta de control de salud y tarjeta de control de desnutridos cuando correspondía. La recolección se hizo en el formulario propuesto que fue probado antes de convertirse en definitivo.

Todo el análisis se hizo basado en las normas programáticas locales y en el caso de desnutrición se identificaron grupos adverso y favorable al control de salud basado en el trabajo de Gloria Jones que hace clasificación según factores socioeconómicos, biodemográficos y psicosociales usando en nuestro estudio las variables escolaridad de la madre, edad de la madre y cumplimiento de asistencia al control de salud respectivamente.

Todos los registros y análisis de educación específica se hacen basados en contenidos: alimentación, lactancia materna, prevención de diarreas o higiene.

Se estima que, para que una actividad obtenga el impacto esperado, se debe cumplir con el 80% o más de ellas. Desde ese punto de vista, se analizan las asociaciones relacionadas con cumplimiento de normas.

Resultados

Las características de la muestra y los resultados se resumen en las tablas 2,3 y 4.

La frecuencia de desnutrición es 25,50% en relación edad, peso del patrón Sempé., el índice de recaídas de 650% y el índice de recuperación es de 36,70%. El cumplimiento de asistencia es similar en los diferentes grados de desnutrición. Aproximadamente un 560% en cada uno de los grados asisten 800% o más a sus controles de desnutrición. Los niños desnutridos leves, con esa asistencia, recuperan más rápidamente que los que tienen menos asistencia ($P. < 0,05$).

Las diferencias disminuyen en los niños desnutridos moderados y avanzados ($P. < 0,10$). El tiempo de recuperación es menor en los desnutridos leves a igual grado de cumplimiento de asistencia. Al hacer la tipificación de grupos se encuentran 10 niños que cumplen las características de grupo adverso y 150 de grupo favorable a la intervención de salud.

TABLA 1

FORMULARIO DEL ESTUDIO DENOMINADO
"IMPACTO DEL CUMPLIMIENTO DEL CONTROL DE SALUD EN MORBILIDAD
PREVENIBLE DEL NIÑO"

I PARTE

Número	Nº de diag. de alto riesgo	
Nº de ficha clínica	Nº anamnesis para diag. A.R.	
Edad actual	Nº educ. de grupo otras - especific.	
Edad de ingreso	Nº visitas domiciliarias	
Ficha de R.N.	Nº dosis de vacuna triple	
Sexo	Nº dosis antisarampión	
Edad de la Mad.	Nº dosis vitamina D	
Escol. de la Mad.	Nº de diarreas	
	Edad de la primera diarrea	
	Nº de educ. especific. previa	
	Ha tenido sarampión	Edad
	Ha tenido coqueleuche	Edad

II PARTE

Variable	Edad en meses													
	R.N.	1	2	3	4	5	6	7	8	10	12	15	18	21
Peso														
Talla														
Diag. est. nutritivo														
Exámen segmentario														
Diag. des. psicomotor														
Indic. de alimentación														
Educación específica														
Instrumento														

III PARTE (Solo para desnutrido)

Nombre		Edad primer diag.	Nº de episodios
Grado de desn.	meses	Controles progr.	Controles realiz.
D ₁			
D ₂			
D ₃			

Nota: En la segunda parte responda con "Si" o "No", según corresponda. En "Instrumento", escriba las dos primeras letras del "instrumento que aparece consignado y coloque "no" si éste no está registrado.

TABLA Nº 2

**CARACTERÍSTICAS DE LA MUESTRA Y ASOCIACION SIGNIFICATIVA
CON DESNUTRICION DEL NIÑO.**

Características	Frecuencia (0/o)	Asociación
Bajo peso de nacimiento < 2.500 grs.	6,8	Si*
Analfabetismo materno	4,4	Si*
Escolaridad técnico profesional	5,2	No
Edad materna < 20 años	16	No
Edad materna > 35 años	11	No

*P < 0,01

TABLA 3

**CUMPLIMIENTO DE NORMAS DE CONTROL Y ASOCIACION SIGNIFICATIVAS
CON DESNUTRICION E INCIDENCIA DE DIARREAS, COQUELICHE Y
SARAMPION**

Norma	Cumplimiento (0/o)	Asociación
Ingreso a control en el primer mes de vida	49,2	No
Ficha recién nacido incorporada en ficha clínica	44,2	No
Asistencia 800/o o más de los Controles	69,4	No
Controles de salud con 800/o o más de atención	9,8	Si**
Colocación de Vit. D ₂ (2,7 dosis \bar{x} por niño	96	No
Diagnóstico de riesgo sobre total de controles	8	Si *
Visita domiciliaria	41	Si (inversa) *
Educación específica de grupo a la madre	25,4	Si *
Incidencia de diarrea	31,4	Si*
Incidencia de sarampión	1,2	Si*
Incidencia de coqueluche	1,2	Si*

* P < 0,01

** P < 0.05

TABLA 4

CUMPLIMIENTO PORCENTUAL POR MES Y POR ITEM DE LOS CONTROLES REALIZADOS

ITEM	MESES												
	0	1	2	3	4	5	6	8	10	12	15	18	21
Peso	100,0	100,0	100,0	99,7	100,0	100,0	99,8	100,0	100,0	100,0	99,7	100,0	100,0
Talla	46,7	99,2	99,5	98,7	98,7	98,4	98,2	100,0	99,8	99,6	98,6	99,1	100,0
DEN	16,7	95,0	97,2	96,9	96,9	96,4	96,6	97,5	96,6	97,2	97,0	98,1	98,9
Exseg	74,8	24,5	24,0	23,6	24,6	22,5	23,0	30,1	31,4	32,3	35,9	26,2	24,5
DSM	67,1	2,2	27,1	4,2	2,6	34,1	1,6	33,3	2,7	32,3	27,4	30,8	24,5
INDAL	85,4	98,1	96,6	96,1	97,7	96,4	95,5	95,3	96,8	96,3	95,7	96,7	97,9
EDIND	2,8	11,7	13,7	8,9	15,3	12,4	14,3	8,8	17,7	17,0	19,8	17,3	12,8
INT	94,7	97,8	97,4	95,5	97,4	95,9	94,8	95,1	93,9	94,4	94,6	91,6	93,6
No Control- les realizados	246	359	387	381	386	387	440	445	440	464	386	214	94
No Niños	500	500	500	500	500	500	500	500	500	500	385	231	103
o/o Asistencia	49,2	71,8	77,4	76,2	77,2	77,4	88,0	89,0	88,0	92,8	95,6	92,6	91,3

D.E.N. = Diagnóstico de Estado Nutritivo
 D.S.N. = Diagnóstico de desarrollo psicomotor.
 Ed. Ind. = Educación individual (específica)

Ex. Seg. = Examen Segmentario
 INDAL = Indicación de alimentación
 Inst. = Instrumento

49. CONDUCTAS DE HIGIENE EN EL HOGAR Y ESTRATOS SOCIALES DE LAS MADRES DE LACTANTES EN SEGUIMIENTO LONGITUDINAL

Enf. Ana María Naranjo
(Consultorio Oscar Bonilla, Arica)
Servicio Municipal de Salud,

El problema de la falta de higiene es un fenómeno que afecta por sus consecuencias, el crecimiento y desarrollo del niño, sobre todo en el período del lactante, ya que constituye una etapa de mayor susceptibilidad a enfermar y a morir.

Sabemos que todos los grupos etarios son importantes en el crecimiento y desarrollo por lo que se ha tomado conciencia que a medida que se resuelven acciones prioritarias de fomento de la salud y prevención de enfermedades se podrá llegar a un desarrollo máximo en salud.

El tema estudiado considero que es de gran importancia en la salud pública por lo que se deberían continuar realizando investigaciones; más aún, por los constantes cambios sociales y políticos que tienden a modificar muchos aspectos de la salud poblacional.

Considerando lo anterior, este trabajo pretende lograr los siguientes objetivos:

- 1) Establecer la relación que existe entre los estratos sociales y las conductas de higiene en lactantes de 2 - 23 meses en Consultorio "Oscar Bonilla" de Arica.
- 2) Demostrar la importancia de la educación individual y grupal continua en los distintos grupos sociales que asisten a Consultorio.
- 3) Demostrar el aumento de conductas positivas con el aumento de educación.

Material y Metodo:

Se empleó una muestra de lactantes en control tomados al azar considerando un total de 20 niños, a los cuales se les aplicó una encuesta de medición de Conductas en el Hogar, a cada conducta (10), se le aplicó un puntaje de acuerdo a la importancia y a la relación directa que existe con la salud del niño.

Se trabajó con un grupo tradicional y uno experimental, de 10 niños cada uno; a los cuales se les aplicó 1 y 3 Unidades Educativas, respectivamente. A ambos se les aplicó la encuesta en el hogar antes y después de las charlas.

Para los efectos del presente trabajó, se consideraron los 2 grupos y se clasificaron las conductas en positivas y negativas, según el puntaje total obtenido en la encuesta.

La distribución porcentual de los lactantes en estudio según estrato social fué la siguiente:

CUADRO Nº 1
(n = 20)

ESTRATO	o/o
Alto	--
Meido Alto	5,0
Medio	15,0
Medio Bajo	65,0
Bajo	15,0
TOTAL	100,0

Cabe hacer notar que en esta población no existe estrato alto, debido a que el sector es popular.

Se utilizó para este efecto la Clasificación Social de Maurice Graffar adaptada a la realidad chilena.

Análisis e Interpretación de los datos

Al observar la relación que existe entre estratos sociales y conductas de higiene en el hogar, se vió que las conductas positivas y negativas se encuentran en todos los estratos, lo que demuestra que la falta de higiene o la presencia de esta, es independiente de la pertenencia a un estrato social determinado.

Al analizar los cambios de conducta con 1 y 3 Unidades Educativas de higiene, se aprecia que existe mayor cambio de conductas negativas o positivas en el grupo con 3 charlas, lo que comprueba la importancia de la educación por todo el equipo de salud sobre higiene en cada contacto con la madre del niño en control.

Finalmente, y a pesar de lo antes señalado, tendría que destacar que existen 2 aspectos importantes cuya influencia debe ser considerada en el grupo estudiado en el estrato Medio Bajo y Bajo, que mantuvieron sus conductas negativas a pesar de la educación entregada y que son:

- 1) Existía un 85^o/o de las viviendas con el agua potable al día; el otro 15^o/o tenía en el momento de la encuesta el suministro cortado por falta de pago.
- 2) Un 50^o/o vivía en viviendas propias, un 45^o/o eran "allegados" y un 5^o/o arrendaba piezas.

Se concluye que:

- 1) Se demostró en el grupo estudiado, que la falta de higiene no se presenta solamente en los estratos bajos, sino que se presenta en todos los estratos estudiados.
- 2) Se comprobó que existían más cambios de conductas negativas a positivas cuando existía mayor educación, o dicho de otra manera, a más educación más conductas positivas.
- 3) Podrían existir otras variables condicionantes a la falta de higiene como serían factores de tipo cultural, social, de trabajo y condiciones de la vivienda.
- 4) Un análisis más exhaustivo del tema podría considerar el grado de influencia de variables sociales, culturales, de trabajo y condiciones de la vivienda sobre la falta de higiene.

50. CARACTERISTICAS DE LA CONSULTA MEDICA PEDIATRICA Y CONTROLES MEDICOS DEL CONSULTORIO O'HIGGINS - 1983

Dr. Héctor Suárez y Enf. Gabriela Reyes
(dirección de Atención Primaria, Servicio de Salud Concepción-Arauco)

Objetivos

Conocer la estructura de la Consulta de Morbilidad y controles médicos de Pediatría de un Consultorio de Atención Primaria de Concepción.

Objetivos Específicos:

- 1) Describir la distribución de Consultas Médicas en Pediatría, según los 17 grupos de diagnósticos.
- 2) Describir la distribución de Consulta Médica, según grupos etáreos y por grupo de diagnóstico.
- 3) Examinar las cifras totales y sus porcentuales de las atenciones en Adulto, Pediatría y de la Mujer (Universo 68.306, tomado el 7,2^o/o 4.958)
- 4) Describir la importancia relativa que representan las Consultas médicas del Programa Infantil dadas a morbilidad general, control Salud y Control al Desnutrido.

Material y Metodo

Se realizó un estudio de las consultas médicas pediátricas registradas en las hojas diarias del médico del Consultorio O'Higgins durante 1983:

- Universo y Muestra: El universo estuvo constituido por la cantidad de 33.914 Consultas Médicas de Pediatría y la muestra analizada corresponde a un 7.20/o del total, esto es 2.426 consultas.
- Variables analizadas: 17 grandes grupos de causas, 17 grandes grupos de causas de morbilidad y por grupos etáreos, y distribución de consultas programas.

Resultados

Se muestran en las tablas 1 a 4

TABLA 1
TIPOS DE PATOLOGIA SEGUN GRUPOS DE EDAD

	-1	1-4	5-9	10-14	Total
Infecciosas y Parasitarias	72	60	162	102	396
Tumores	1	1	1	-	3
Glandulas Metabólicas-Nutrición	11	18	21	7	57
Sangre	10	12	14	4	40
Transtornos Mentales	2	-	2	12	16
Sistema Nervioso	48	15	49	50	132
Aparato Circulatorio	-	-	-	1	1
Aparato Respiratorio	268	214	375	178	1.027
Aparato Digestivo	14	4	28	24	70
Aparato Génitourinario	4	7	18	28	57
Complicaciones del Embarazo	1	-	-	-	1
Piel	65	33	51	48	197
Osteomuscular	-	-	2	8	11
Anomalias Congénitas	16	4	13	6	39
Perinatales	19	1	1	1	22
Mal definidas	15	17	22	35	89
Traumatismos	6	8	16	18	48

TABLA 2
DISTRIBUCION DE CONSULTAS MEDICAS SEGUN PROGRAMAS
INFANTIL - ADULTO - DE LA MUJER; ENERO A DICIEMBRE 1983.

Programas	Nº	o/o
Total	4.958	100.0
P. Adulto	2.027	40.8
P. Infantil	2.426	48.9
P. de la mujer	506	10.2

TABLA 3

DISTRIBUCION DE CONSULTAS MEDICAS DEL PROGRAMA INFANTIL
ENERO A DICIEMBRE 1983.

	No	o/o
Total	2.426	100.0
Morb. General	2.152	88.7
Control Salud	248	10.2
Control Desnutridos	26	1.0

TABLA 4

DISTRIBUCION DE LA CONSULTA MEDICA INFANTIL SEGUN TIPO
DE ATENCION AÑO 1983.

Mes	Tipo de Atención						Total
	Morbilidad		Control Salud		Contr.Desntr.		
	Nuevo	Repetida	Nuevo	Repetida	Nuevo	Repetida	
Enero	131	34	19	5	2	—	191
Febrero	74	104	5	9	1	1	194
Marzo	82	127	22	11	4	7	253
Abril	47	141	7	8	—	5	208
Mayo	29	124	8	8	2	1	172
Junio	38	133	10	18	1	1	201
Julio	34	113	3	8	—	—	158
Agosto	32	171	10	14	—	1	228
Septiembre	14	158	5	19	—	—	196
Octubre	28	168	3	21	—	—	220
Noviembre	29	140	5	16	—	—	190
Diciembre	17	184	5	9	—	—	215
Total	555	1597	102	146	10	16	2426

51. EVALUACION DE UN SISTEMA DE SELECCION DE PACIENTES PEDIATRICOS

Drs. Jorge Gutiérrez, Francisco Olivari, Marcia Santana, Srs. Ilse López,
Luis Gutiérrez, Sergio Pérez y Dra. Haydee Sepúlveda
(Consultorio La Pincoya, Servicio Metropolitano Norte)

El Consultorio La Pincoya es un establecimiento de Atención Primaria, dependiente del Servicio de Salud Metropolitano Norte. Tiene asignado una población estimada en 62.000 habitantes (1984), de los cuales el 95% es beneficiario y el 31,12% son menores de 15 años. En ocasiones la demanda de atención médica es superior a los recursos médicos disponibles. Con el fin de satisfacerla plenamente, evitar rechazos, racionalizar la hora de llegada del paciente, derivación oportuna del enfermo grave, despacho rápido de la morbilidad menos grave, permitir que el médico atienda sin presión la morbilidad más compleja y evitar esperas prolongadas del público para su atención, en la Unidad de Pediatría, desde abril de 1983, se implantó un "Sistema de Selección de Pacientes". (S.S.P.)

El S.S.P. es una atención ambulatoria prestada al niño enfermo con fines de recuperación, actividad que es realizada por médicos, en la cual se efectúa un interrogatorio calificándose el tipo de patología del consultante: si se trata de pacientes con patología simple se indica tratamiento de inmediato, refiriéndolo a su domicilio con indicaciones precisas; aquellos que requieren atención especializada son derivados a las unidades correspondientes (clínicas de tratamientos y curaciones, policlínicas de especialidades, Servicio de Urgencia, Laboratorio, Servicio de Radiología, etc.). Las acciones realizadas son registradas posteriormente en la ficha clínica e informe diario de actividades.

Los menores de 1 año, preferentemente, reciben atención por el Sistema Tradicional (S.T.) refiriéndoseles dentro del mismo consultorio y comprende anamnesis, examen físico, exámenes complementarios, diagnósticos, tratamiento y registro. Con el fin de evaluar el funcionamiento del Sistema mencionado se diseñó un estudio prospectivo y comparativo cuyos objetivos son:

- Comparar el grado de aceptabilidad de las madres o cuidadores por S.S.P., con la aceptabilidad por el S.T. de atención.
- Conocer y comparar la opinión de la madre o cuidadora respecto al tiempo de espera y

Se compara un grupo de niños atendidos por S.S.P. (grupo en estudio) con un grupo de niños que recibió la S.T. (grupo control). Del total de pacientes atendidos en el mes de enero de 1984 se tomó una muestra 124 niños del grupo en estudio y 80 del grupo control. Al tercer día de practicada la atención médica se efectuó una visita domiciliaria, por estudiantes de medicina, en la cual la madre o cuidadora respondió a un cuestionario especialmente diseñado.

Resultados

Se destaca que los niños menores de 4 años en su mayoría reciben la atención médica por el Sistema Tradicional (81,20%) cifra que alcanza al 48,40% de los consultantes en el S.S.P. La situación observada se debe a que el S.T. se destina deliberadamente, de preferencia, a los más pequeños, diferencia que resulta ser estadísticamente significativa.

La conformidad de la madre con el tipo de atención recibida e indirectamente la aceptabilidad por el Sistema de Selección es bastante sorprendente al observar las cifras de la tabla 1 que señala que poco más de las tres cuartas partes de las madres o cuidadoras de los niños que se atendieron por el "Sistema de Selección" (76,60%) declaran sentirse "muy conformes o conformes" con el tipo de atención recibida, cifra que alcanza en el Sistema Tradicional a poco más de la mitad (56,30%), diferencia que resulta ser estadísticamente significativa.

El 23,40% de los niños, son atendidos en forma inmediata en el Sistema de Selección, situación que lo caracteriza, cifra que se eleva a un 58,10% al incluir a aquellas que refieren haber esperado "muy poco tiempo" para recibir la atención. En el Sistema Tradicional el tiempo de espera es señalado por las madres o cuidadoras como "un rato largo o mucho rato" en un (82,50%), opiniones que resulta estadísticamente significativa. (Tabla 2)

En cuanto a la rapidez del examen clínico sólo un 47,60/o del grupo en estudio la califica de lenta; esta cifra se eleva al 71,20/o en el grupo del Sistema Tradicional, debido a que en éste se atiende preferentemente a los niños menores, a aquellos con patologías más graves, lo que hace más minucioso y por ende más lento. La diferencia entre ambas cifras es estadísticamente significativa, corroborando que la atención es más acuciosa cuando el caso lo requiere.

La opinión de la madre o cuidadora en relación a la "forma en que examinaron al niño" se efectuó "cuidadosamente" en el 78,70/o de los consultantes atendidos en el Sistema Tradicional, en el 66,90/o de los atendidos en el Sistema de Selección, "a la rápida" en un 17,50/o y 210/o respectivamente, no estableciéndose diferencias significativas entre ambos sistemas de atención. La única diferencia destacable está entre aquellas que refieren que "no lo examinaron", 12,10/o en el grupo en estudio y un 3,80/o en el grupo control, lo que se explica por la definición que aplica la madre al concepto "examen físico" (desvestir, auscultar, antropometría, colocar termómetro, tomar pulso, tomar presión, etc.), todo lo cual no se justifica en casos de patología diagnosticable a simple vista, como ser infecciones menores (conjuntivitis, estomatitis, algorra, etc.) controles de exámenes, etc.

En relación a la conducta de la madre o cuidadora frente a las indicaciones se revela que "sigue las indicaciones" el 91,90/o de los atendidos en el Sistema de Selección, el 83,70/o de los atendidos en el Sistema Tradicional, no estableciéndose diferencias significativas entre ambos sistemas de atención. Los pacientes que "no siguen las indicaciones", son sólo 2,40/o y 3,80/o respectivamente, "agrega otras indicaciones" el 5,70/o de los atendidos en el Sistema de Selección y 12,50/o de los atendidos en el Sistema Tradicional, que presumen una patología más compleja.

La evolución del niño al 3er día de efectuada la consulta, oportunidad en que se realizó la visita domiciliaria con la aplicación de la encuesta, el 88,70/o de los atendidos en el Sistema de Selección "mejoró" o siguió igual" cifra que alcanza al 83,70/o de los atendidos en el Sistema Tradicional, no existiendo diferencias estadísticamente significativas entre ambos sistemas de atención.

TABLA Nº 1
CONFORMIDAD DE LA MADRE POR LA ATENCION QUE RECIBIO
EL NIÑO. CONSULTORIO LA PINCOYA 1984.

Sistema de Atención	Muy conforme o conforme		Disconforme o muy disconforme		Total	
	Nº	o/o	Nº	o/o	Nº	o/o
Selección	95	76,6	29	23,4	124	100,0
Tradicional	45	56,3	35	43,7	80	100,0
Total	140	68,6	64	31,4	204	100,0

TABLA 2
**TIEMPO DE ESPERA PARA RECIBIR LA ATENCION
 CONSULTORIO LA PINCOYA. 1984**

Tiempo	S. Selección		S. Tradicional	
	Nº	o/o	Nº	o/o
Lo Atendieron de Inmediato	29	23.4	2	2.5
Muy poco Tiempo (Menos 1/2 hora)	43	34.7	12	15.0
Un Rato Largo (Entre 1/2 y 1 hora)	22	17.7	24	30.0
Mucho rato (Más de 1 hora)	30	24.2	42	52.5
T O T A L	124	100.0	80	100.0

52. REINGRESO EN LACTANTES HOSPITALIZADOS

Drs. Carlos Almazán, L. Barrueto, L. Céspedes, G. Burgos, G. Cartes,
 W. Aranda y W. Romero
 (Hospital Exequiel Gonzalez Cortes, Santiago)

Motivados por la observación de ocurrencia del hecho de haber atendido a un número de niños que experimentaban el acontecimiento de ser hospitalizados y reincidir en ello en corto plazo decidimos describir el hecho y en cierta medida dimensionarlo la que nos pareció por una parte importante en frecuencia, además de trascendencia para el futuro del niño, así como para el servicio que lo alberga.

El presente trabajo se realizó en las unidades de lactantes I y II del Servicio de Medicina del Hospital Infantil Exequiel Gonzalez Cortés durante el período de un año, entre el 1º de Diciembre de 1982 y el de Noviembre de 1983.

Para nuestros fines y en forma totalmente local definimos como reingreso a todo aquel lactante que habiendo estado hospitalizado en algún servicio Pediátrico por más de 24 horas durante los últimos 3 días, reincidiera de hecho en nuestro servicio; una vez catalogado como tal, su historia Clínica fue revisada por alguno de los médicos participantes en el trabajo y vertidos los datos en un protocolo previamente diseñado para nuestros fines.

Resultados:

Se logró recopilar un total de 203 fichas de reingresos. Respecto del sexo, 131 fueron hombres (64,5º/o) y 72 mujeres (35,5º/o). Las edades fluctuaron entre 22 días y 38 meses agrupándose el 80º/o de ellos entre los 1 y 9 meses de vida.

Se tabulan un total de 15 variables que nos parecieron de importancia desde el punto de vista socio-cultural Clínico y epidemiológico dentro de los cuales resaltamos:

- a) Tabla 1 en la que se destaca el hecho anamnésico de haber estado hospitalizado en el período de Recién Nacidos. Vemos que de los 203 lactantes rehospitalizados, 84 de ellos (41,4º/o) permanecieron hospitalizados en su período neonatal siendo las causas más frecuentes: ictericia (27,3º/o); prematurez (17,2º/o); síndrome de dificultad respiratoria (12,5º/o); infecciones (10,9º/o) y malformaciones (incluyendo cardíacas) (17,1º/o).

- b) Tabulamos a continuación el estado nutricional de estos niños en cada una de las 2 hospitalizaciones revisadas (Tabla 2) y vemos que en la primera hospitalización hay un total de 86 niños eutroficos (42^o/o) en tanto que en la rehospitalización esta cifra baja a 73 (35^o/o). Se desprende además que los casos con desnutrición grave aumentan de 16 (8^o/o) a 31 (15^o/o). Fallecen 3 niños posterior al reingreso.

Otras variables descritas y no incluidas en este resumen son nivel socio-económico del grupo familiar, edad de los padres, causas clínicas subyacentes, grado de cumplimiento de las indicaciones de alta etc.

Quisimos, en esta primera etapa de la investigación emprendida describir un hecho que nos pareció de importancia epidemiológica y que logramos dimensionarlo en nuestro servicio durante el período de un año (8,84^o/o). Tabulamos algunas variables para nosotros de interés en cuanto a influir en el riesgo de reingresar de cada lactante expuesto al hecho de ser hospitalizado y nos planteamos algunas interrogantes que nos motiva a seguir en la línea del trabajo para lograr resolverlas en futuras investigaciones.

TABLA 1

PRINCIPALES CUADROS CLINICOS DESCRITOS EN 84 NIÑOS HOSPITALIZADOS EN PERIODO DE RECIEN NACIDOS DE 203 LACTANTES Y REHOSPITALIZADOS EN UN AÑO PERIODO: 1^o DICIEMBRE 1982- 31 NOVIEMBRE DE 1983.

84 Recién Nacidos Hospitalizados = 41.4^o/o

Cuadro Clínico	Nº	o/o
Ictericia	35	27.3
Prematurez	22	17.2
S.D.R. *	16	12.5
Infecciosos **	14	10.9
Malf. Cardiacas	13	10.1
Otras Malformaciones ***	9	7
Aberraciones Cromosómicas	7	5.5
Broncunemopatías	7	5.5
Metabólicas ****	4	3.1
Traumáticas	1	0.8
Total	128	100^o/o

* No se separa causa del S.D.R.

** Infecciones (14)

Sepsis	= 5
Infecciones ocular	= 6
Artritis Sept.	= 1
Diarrea Aguda	= 1
Conjuntivitis Purulante	= 1
14	= 14

*** Malformaciones (9)

Múltiples	= 2
Doble Diafr. Int.	= 2
Hidrocefalia	= 1
Mielomeningocele	= 1
Fisura Palatina	= 1
Malform. Digestiva	= 1
Hernia	= 1
9	= 9

**** Metabólicas (4)

Hipoglicemia	= 2
Anemia	= 2
4	= 4

TABLA 2

COMPARACION DEL ESTADO NUTRICIONAL AL EGRESO DE LA HOSPITALIZACION PRECEDENTE Y LA REHOSPITALIZACION EN 203 LACTANTES REHOSPITALIZADOS EN UN AÑO

Estado Nutritivo	Hosp. Precedente		Hosp. Actual	
	Nº Casos	%	Nº Casos	%
Eutrofos	86	42	73	35
Desnut. leve	51	26	52	27
Desnut. moderada	31	15	31	15
Desnut. Grave	16	8	31	15
No Consignados	19	9	13	6
Fallecidos	--	0	3	2
Total	203	100	203	100

53. ORGANIZACION DE LA ATENCION DE REHABILITACION EN EL INSTITUTO DE REHABILITACION INFANTIL DE SANTIAGO DE LA SOCIEDAD PRO-AYUDA AL NIÑO LISIADO

Drs. María Antonieta Blanco y Nieves Hernández y Sta. Ana Román
(Instituto de Rehabilitación Infantil de la Sociedad Pro-Ayuda al Niño Lisiado)

Desde su fundación en Agosto de 1947, la Sociedad Pro-Ayuda del Niño Lisiado, sociedad benéfica, sin fines de lucro, de tipo voluntario, ha estado comprometido con la rehabilitación de los niños inválidos.

Hasta 1979 su Instituto de Rehabilitación Infantil funcionó en un pequeño local en Huérfanos 2681. A partir de 1980 y con la ayuda de las campañas Teletón, la Sociedad cuenta con cuatro Institutos en Santiago, Concepción, Antofagasta y Valparaíso.

En Chile, como en la mayoría de los países en desarrollo, el niño inválido tiene dificultades para su integración tanto a nivel escolar como comunitario, e incluso, a veces, a nivel de su propia familia.

Los médicos, generalmente formados para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades de curso y evolución conocidas, muestran poco interés por los problemas multifactoriales de los inválidos.

Sin embargo, el grupo de enfermedades invalidantes de los niños y el número de niños inválidos tiende a aumentar. Se estima que el 10% de la población mundial presenta algún tipo de invalidez físico y/o sensorial.

La mejor atención pre, peri y postnatal, permitiendo la sobrevida de muchos niños, es probablemente uno de los factores de aumento de la invalidez infantil, de tal modo que estas patologías constituyen un problema de Salud Pública y por lo tanto es necesario abordar su prevención y organizar su atención.

Estos antecedentes, brevemente comentados en este resumen nos motivan para presentar este trabajo.

Se presenta:

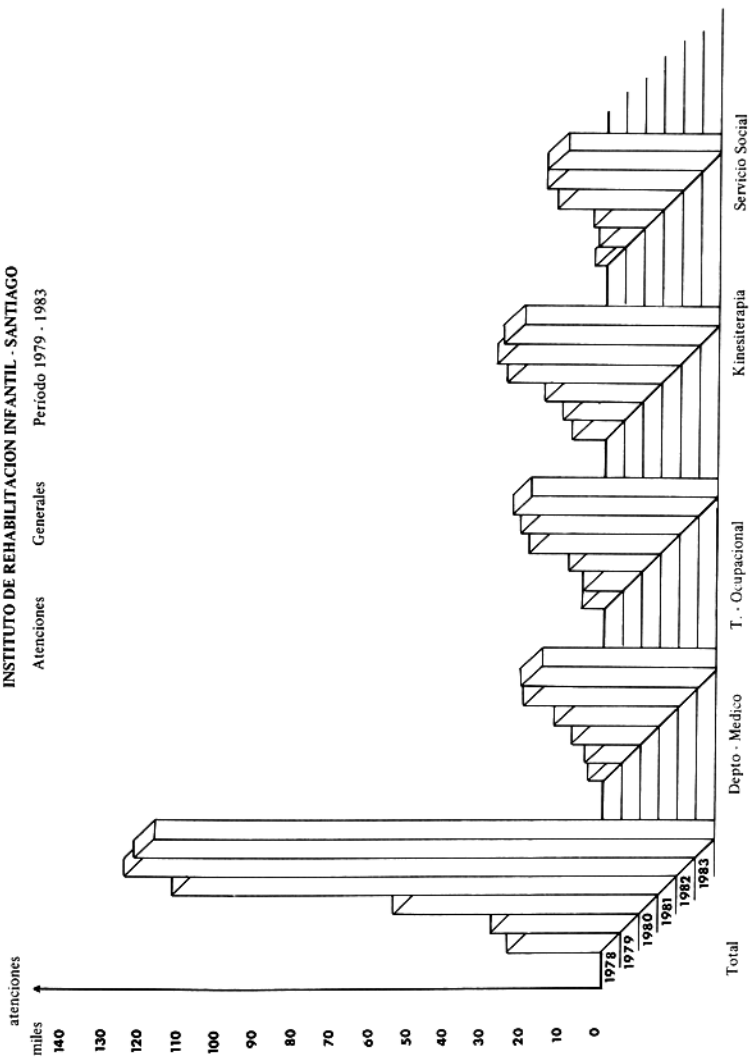
- a) La organización de este tipo de atención médica prestada a personas de 0 a 18 años con enfermedades invalidantes de los sistemas neurológico, muscular y esquelético.
- b) El aumento y diversificación de los servicios prestados en los últimos cinco años 1979-1984. En relación al punto a) se analiza el tipo de atención médica que damos referidos a los niveles primario, secundario y terciario de atención en Rehabilitación Infantil y la forma en que la damos.

Para la presentación de los enunciados se describen y comparan:

1. Recursos humanos (técnicos)
 - Número de policlínicos.
 - Rendimiento por hora asignada a los diferentes policlínicos.
 - Incidencias de patologías en primera consulta
 - Formas de atención.
2. Protección a la familia de nuestros pacientes.
3. Docencia.
4. Extensión.

INSTITUTO DE REHABILITACION INFANTIL - SANTIAGO

Atenciones Generales Período 1979 - 1983



54. CARACTERÍSTICAS QUE RODEAN A LA SOLICITUD DE PROTECCION Y A LA CESION EN ADOPCION DE LOS MENORES DE UN AÑO.

Dra. Victoria Gassibe
(Casa Nacional del Niño)

Es difícil explicar porque los padres abandonan física y/o moralmente a sus hijos. Hasta el momento, estudios que existen en la literatura nacional y extranjera mencionan varias características como baja relación de personas activas en la familia, excesivo número de hijos, promiscuidad, hacinamiento, ausencia del padre, trabajo de la madre, etc., muchas de las cuales se relacionan con la situación socioeconómica; pero pueden existir otros factores que no necesariamente se asocian a esta condición, como son el embarazo indeseado, la inestabilidad conyugal, etc., factores que pueden estar presentes en la familia, generando el concepto de "familia de alto riesgo".

Un niño nacido de embarazo indeseado, que generalmente es producido de una relación extramarital, tiene mayor riesgo de ser descuidado, maltratado e incluso abandonado, habitualmente dado por el estigma de ser madre soltera. Además de lo anterior, madres que tienen poco apoyo del progenitor durante el embarazo y preveen algo similar para después del parto, las lleva a abandonar a sus hijos o a cederlos en adopción. El matrimonio no es una condición absoluta para la estabilidad familiar, sin embargo parece ser que la ruptura de la familia en situación de convivencia tiene mayores efectos adversos para los niños, especialmente en lo económico. "En América Latina en donde se cuenta con un 70% de parejas no casadas, con uno o más niños, existe una alta proporción de mujeres que se encuentran solas para dar el sustento a sus hijos". ("Los niños abandonados" Documento Año Internacional del Niño 1979).

Se revisaron 55 fichas de solicitud de protección y 52 fichas de cesión en adopción de los menores de un año ingresados a Casa Nacional del Niño entre Agosto 1983 y Agosto 1984. Se utilizaron los datos del cuestionario de ingreso, aplicados por un sistema social, que incluye las características epidemiológicas básicas del menor como sexo, edad, además de causas de ingreso, antecedentes del parto y antecedentes mórbidos. Entre los antecedentes familiares se incluye edad de los padres, estado civil, instrucción, actividad, tipo de relación entre los progenitores, número de hijos de la mujer y si éstos son de igual o distinto progenitor: además, a través de la encuesta se trata de visualizar la actitud de los padres frente a este hijo.

El promedio de edad de ingreso de los menores en el caso de adopción es de 15.9 días \pm 21, 8 y en el de protección, 6,7 meses \pm 33. En cuanto a distribución por sexo, son varones 52% del primer grupo y 56,7% del segundo.

La edad de la madre en el grupo de los cedidos es de 23 años \pm 4.8 y en los protegidos 24 años \pm 7.5 siendo la diferencia estadísticamente significativa; en el caso del padre para el primer grupo fue de 30,0 \pm 9 y para el segundo 30,8 \pm 10 diferencia no significativa.

En cuanto al estado civil en el caso de la adopción el 90,3% eran solteras y 9,7% separadas, y las madres de hijos en protección 80% solteras, 10,9% casadas y 9,1% separadas.

El 33,4% de las madres cuyos hijos se encontraban en protección eran analfabetas, en cambio en adopción sólo 5,8%; 50% de las mujeres que cedían sus hijos en adopción se encontraban en niveles de instrucción de enseñanza media.

Un 64% de las relaciones entre los progenitores en el caso de la protección fue considerada estable, y en el caso de la cesión 53,9% siendo esta sólo de convivencia corta (menos 1 año).

El incesto se dió en ambos grupos, siendo de 2% en protección y 3,8% en adopción. La violación ocurrió en 6% del primer grupo y 9,6% del segundo. En cuanto a los antecedentes mórbidos de la madre de los niños para los que se solicitó protección el 40,4% de éstas tenían alguna patología neuropsiquiátrica y un 46,2% no tenían antecedentes, contrastando con las madres que cedían sus hijos en adopción en que 96,2 no los tenían. En el caso del padre en el primer grupo el 20% era alcohólico y en el segundo 5,8%.

En el grupo de menores cedidos el 61,3% de sus madres tenían una actividad remunerada y en los de protección el 35,9%.

Las tres primeras causas de ingreso de los niños para los que se solicitó protección fueron: peligro físico-moral (16,30/o), incapacidad protectora de la madre, que se asoció al problema socioeconómico (150/o) y la incapacidad psíquica de la madre (13,80/o).

El promedio de hijos en el grupo de protección fue de $3 \pm 1,5$ y en el grupo de adopción 2 ± 1 ; en el primer grupo el 53,20/o son de distinto progenitor y en el segundo el 90,20/o. En 17,30/o de los casos de niños cedidos en adopción el padre propuso maniobras abortivas, no registrándose en el caso del grupo de protección.

Conclusiones

Las madres de los niños cedidos en adopción son en promedio más jóvenes.

Solo existió unión legal de los progenitores en el grupo de niños para los que solicitó protección y ésta fue de sólo un 10,90/o.

El nivel de instrucción fue mejor en el grupo de madres en el caso de los niños cedidos.

Las madres de los menores cedidos son más sanas, pero esto puede estar dado porque ocultan el antecedente mórbido para que acepten al menor. La alta proporción de patologías neuropsiquiátricas causa de ingreso (peligro físico-moral).

Las madres que ceden en adopción a sus hijos tienen en mayor proporción una actividad remunerada, por lo que estos podrían ser un "estorbo", lo que las lleva a tomar la decisión de cederlo.

El promedio de hijos de las madres que solicitan protección es mayor.

Los hijos de madres que ceden en adopción son en 90,20/o de distinto progenitor lo que apoya una relación inestable.

La actitud frente al hijo de las madres que cedieron en adopción fue generalmente de preocupación por el futuro, contrastando con la actitud irresponsable de las madres de hijos para los cuales solicitó protección quienes generalmente los abandonan, o el tribunal solicita la protección por peligro físico-moral lo que se asocia generalmente maltrato.

Este trabajo pretende ser un primer paso en la investigación y análisis de la familia del niño desamparado, intentando identificar los factores de riesgo que llevaría la situación de abandono infantil.

TABLA Nº 1

DISTRIBUCION DE LAS MADRES SEGUN GRUPO ETARIO
EN LOS SISTEMAS DE PROTECCION Y ADOPCION CASA NACIONAL
(AGOSTO - 83 AGOSTO - 84)

Sistemas Grupo Etario (años)	Protección		Adopción	
	Nº	o/o	Nº	o/o
10 - 14	6	10.9	1	1.9
15 - 19	10	18,2	12	23.1
20 - 24	17	30.9	22	42.3
25 - 29	7	12.7	10	19.2
30 - 34	9	16.4	7	13.5
35 - 39	5	9.1	—	—
40 y más	1	1.8	—	—
Total	55	100.0	52	100.0

\bar{X} edad madre (Protección) 24 ± 7.5

\bar{X} Edad madre (Adopción) 23 ± 4.8

$\chi^2/2 = 0.005$ (t) = 4.3 Significativo

TABLA No 2

NIVEL DE INSTRUCCION DE LA MADRE EN LOS SISTEMAS DE PROTECCION Y ADOPCION CASA NACIONAL (AGOSTO - 83 AGOSTO 84)

Sistema Instrucción	Protección		Adopción	
	Nº	o/o	Nº	o/o
1º - 2º Básico	3	5.9	—	—
3º - 4º Básico	12	23.5	5	9.6
5º - 6º Básico	10	19.6	6	11.5
7º - 8º Básico	2	3.9	11	21.2
1º - 2º Medio	2	3.9	14	26.9
3º - 4º Medio	5	9.8	12	23.1
Universitario	—	—	1	1.9
Analfabeto	17	33.4	3	5.8
Total	51	100.0	52	100.0

Sin Información
Protección 4

55. PERFIL DE SALUD DE LOS ESCOLARES DE PRIMER AÑO BASICO EN CONSULTORIO CAUTIN 1983.

Enf. Myriam Durán y Educ. Scheny Osorio
(Dirección de Atención Primaria, Servicio de Salud Antofagasta)

La comisión Mixta Regional de Salud y Educación de la II Región Antofagasta, organizada en 1982, se fijó entre otros la meta de realizar los controles de salud escolar por los profesionales enfermeras a los alumnos de 1º año Básico de todos los establecimientos educacionales Fiscales de la Región.

Cumpliendo indicaciones de esta Comisión, en 1983, el equipo de enfermeras del Consultorio Cautín programó la actividad en coordinación con los profesores coordinadores de Salud de las 8 escuelas asignadas al Sector.

Para efecto de este informe se atenderá como control de salud la atención sistemática proporcionada al niño escolar de 1º año básico a fin de conocer su crecimiento y desarrollo, estado nutricional, detección de patologías que pueden afectar su unidad biosíquica.

A través de los controles de Salud se obtuvieron resultados que configuran el perfil de salud de nuestra comunidad escolar de 1º año básico del sector consultorio Cautín, quedando de manifiesto problemas relevantes que con una determinada acción pueden ser superados.

Para dar un buen cumplimiento a la actividad de control escolar se realizaron las siguientes acciones:

- 1) Aplicación de encuesta de salud dirigida a los apoderados y profesores.
- 2) Asistencia de los alumnos en compañía de su apoderado para ampliar información con respecto al niño y entregar de inmediato el diagnóstico de salud.
- 3) Examen de Salud propiamente tal, utilizando la ficha Escolar ad-hoc.

Este trabajo se centró en el análisis de la ficha de salud de los escolares, en un total de 566 alumnos controlados.

Resultados

- 1) En general el grado de asistencia al control fué de un 90.4º/o considerándose óptimo y el 9.6 º/o podría deberse a inasistencia de alumnos a desinterés de los padres por concurrir al examen

- 2) De los 566 alumnos de 1^{er} año de las 8 escuelas asignadas al Consultorio y controlados, se les detectó que en un 19.10/o tenía sobre peso, 17.00/o Pediculosis, 13.10/o problema de agudeza visual, 10.20/o enuresis primaria, 6.70/o problemas posturales, 6.50/o problemas de agudeza auditiva, 3.20/o desnutrición leve Peso talla, y 1.60/o Problemas genitales.

Los resultados obtenidos permiten sugerir:

- 1) Elaborar un programa educativo en conjunto (Salud-Educación) dirigido a la familia a objeto de modificar hábitos alimenticios e higiénicos para lograr un nivel óptimo de salud.
- 2) Revisar las disposiciones sanitarias relativas a control de enfermedades parasitarias en las escuelas.
- 3) Profundizar y conocer las causales que llevan al problema de enuresis primaria detectada específicamente en una escuela.

Este trabajo sintetiza dos aspectos. Por un lado resume los resultados de una actividad efectuada en un Consultorio general urbano de la ciudad de Antofagasta (Consultorio Cautín) y por otro delinea un marco de acción a futuro en los Establecimientos Escolares a través de la Comisión Sectorial Mixta Salud Educación con el objeto de mejorar la calidad de vida de nuestros niños.

TABLA 1

GRADO DE CUMPLIMIENTO DE LA ACTIVIDAD CONTROL DE SALUD ESCOLAR EN ALUMNOS DE 1º AÑOS BASICO, ESCUELAS DEL SECTOR CONSULTORIO CAUTIN 1983.

Escuela	Número Matrícula	Número Controles	Realizados (0/o)
D- 90	93	86	92.5
D- 65	199	164	82.4
E-56	38	37	97.4
E-84	62	59	95.2
E-79	66	64	97.0
F-78	36	27	75.0
E-67	84	81	96.4
E-81	48	48	100.0
Total	626	566	90.4

TABLA 2

PREVALENCIA DE PROBLEMAS DE SALUD EN LOS ESCOLARES INVESTIGADOS

Problemas	o/o
Sobrepeso	19.1
Pediculosis	17.0
Trastornos de agudeza visual	13.1
Enuresis primaria	10.2
Problemas posturales	6.7
Trastornos de agudeza auditiva	6.5
Desnutrición (peso-talla)	1.6
Problemas genitales	1.6

56. LA CONSTITUCION DEL HOGAR Y LOS TRASTORNOS DE CONDUCTA Y APRENDIZAJE DEL ESCOLAR.

Enf. Pamela Vivanco, Sra. Ilse López, Enf. Helga Hermsilla y Alicia Leiva
(Colegio de Enfermeras de Chile)

Las alteraciones físicas y mentales de adulto, generalmente comienzan a desarrollarse en la edad escolar, de allí la importancia de su pesquisa y tratamiento oportuno.

Dentro del programa de salud infantil se incluye el "control de salud" como una actividad importante, sin embargo, son numerosos los Servicios de Salud en que ella no se realiza o está a cargo de personal no profesional que se limita a mediciones de parámetros de crecimiento y desarrollo que son insuficientes para clasificarlos como un control adecuado. Con mayor razón la detección de problemas conductuales o de aprendizaje son frecuentes. El niño es llevado a la consulta médica por propia iniciativa de la madre o enviado desde el colegio por situaciones de hecho.

Algunas de estas razones motivaron un convenio entre el Colegio de Enfermeras de Chile A.G. y la I. Municipalidad de La Florida en que tres Enfermeras realizan la actividad "Control Salud" en los escolares de las Escuelas municipales de la Comuna.

Después de haber realizado 4500 controles se pudo detectar una serie de aspectos inquietantes: cerca del 20% de los niños provienen de hogares en que falta uno o ambos progenitores; un 27% de los escolares presentan alteraciones de aprendizaje y/o de conducta; la mayoría de las madres que acompañan a sus hijos al control presentan temores frente a la crianza y formación de sus hijos, más aún, cuando éstos presentan conductas inesperadas buscan en el profesional, orientación para resolver o afrontar estas situaciones.

El estudio que se presenta trata de: a) establecer relación entre los trastornos de aprendizaje y conducta con el tipo de hogar del que provienen los niños; b) comparar el grupo de niños que presentan problemas con los que no los presentan, en cuanto a algunas variables demográficas, de salud y de rendimiento escolar.

Basados en autores como Montenegro que establece "en cuanto a otros factores relacionados con el desarrollo del menor en situación irregular cabe destacar la importancia de los problemas de escolaridad (bajo rendimiento y repitencia) la mala conducta en el colegio (expulsiones, y en especial el trabajo prematuro". J. Eliziche concluye que "tanto en el caso del crecimiento y desarrollo y más aún en el terreno del rendimiento escolar, los factores ambientales, socioculturales y económicos ejercen un papel de alta trascendencia". Finalmente L. Cariola demuestra la importancia de considerar los elementos estructurales de la familia en el rendimiento escolar y en otros comportamientos.

En este estudio el universo está constituido por 6276 escolares de 23 escuelas, que cursan 1º, 4º y 8º básico de la enseñanza regular. Se tomó una muestra en dos etapas: la 1ª para seleccionar 10 de las 23 escuelas previamente clasificadas en dos grupos de acuerdo al número de alumnos; la 2ª para seleccionar 1050 alumnos lo que significa una muestra del 16.7% del total.

Se trata de un estudio de casos y controles. Los "casos" son 209 niños provenientes de hogares mal constituidos (aquel en que falta uno de los padres, ya sea por situación de "madre soltera", abandono de hogar de uno o ambos progenitores, fallecimiento de uno de ellos) Los "controles" es un grupo de niños de igual tamaño pero provenientes de hogares aparentemente bien constituidos. Este grupo fue obtenido por emparejamiento con cada uno de los "casos" de acuerdo a las variables que supuestamente podían influir en el rendimiento escolar: sexo, nivel socio económico, asfixia al nacer, prematuridad, desnutrición ocurrida en el primer año de vida y desnutrición actual del menor.

Los datos se obtuvieron a través del examen de salud del niño y entrevistas a la madre o persona a cargo del escolar y al escolar mismo.

Resultados:

Según se puede observar en la tabla 1 los grupos de casos y controles son perfectamente comparables en todas aquellas variables que supuestamente podían influir en el rendimiento escolar.

Los trastornos de aprendizaje, ya sean solos o acompañados de trastornos de conducta son 1,9 veces más frecuentes en niños provenientes de hogares mal constituidos (13,2^o/o) que en el grupo control (7,1^o/o); la diferencia resulta significativa al 1^o/o

Los niños con trastornos de conducta, sean éstos solos o acompañados de trastornos de aprendizaje se observan casi el doble más frecuentes entre los niños de hogar mal constituido (16,4^o/o y 8,7^o/o respectivamente), diferencia significativa al 5^o/o.

El tipo de hogar parece no influir cuando se trata de un solo tipo de problema, ya que las proporciones son semejantes entre casos y controles en cuanto a:

"Sólo trastorno de aprendizaje" (5,9^o/o y 6,2^o/o) respectivamente.

"Sólo trastorno de conducta" (9,4^o/o y 7,7^o/o) respectivamente.

En cambio, ambos juntos se da en un 7,4^o/o de los casos y sólo 1^o/o de los controles.

Los niños desnutridos al momento del examen y con hogar mal constituido presentan trastornos de aprendizaje y/o conducta en una proporción 1,96 veces mayor que los desnutridos pero de hogar bien constituido.

Como era de esperar los rendimientos escolares "suficientes e insuficientes" son más frecuentes entre niños con problemas de conducta y/o aprendizaje.

Resultó significativamente mayor la proporción de niños entre 1 y 10 años con problema (22,6^o/o) y con hogar mal constituido. En el grupo control la proporción sólo es de 14,8^o/o.

No parecen ser factores diferenciales el sexo, el nivel socio económico. La Anorexia al nacer y la desnutrición en el 1^{er} año de vida.

TABLA Nº 1

PORCENTAJE DE ESCOLARES CON PROBLEMAS DE APRENDIZAJE Y/O CONDUCTA SEGUN TIPO DE HOGAR COMUNA FLORIDA 1983.

Trastorno	Hogar mal Constituido	Hogar bien Constituido
	Nº 209	Nº 209
Aprendizaje con o sin trast. de conducta	13.2	7.1
Conducta con o sin trast. de aprendizaje	16.4	8.7
Sólo Aprendizaje	5.9	6.2
Sólo conducta	9.4	7.7
Ambos	7.4	1.0

TABLA Nº 2

NIÑOS CON PROBLEMAS DE APRENDIZAJE Y/O CONDUCTA SEGUN RENDIMIENTO ESCOLAR

Rendimiento	G. Estudio		G. Control	
	Nº	o/o	Nº	o/o
Insuficiente	8	17.8	3	9.4
Suficiente	23	51.1	18	56.3
Bueno	12	26.7	10	31.2
Muy Bueno	2	4.4	1	3.1
Total	45	100.0	32	100.0

57. CARACTERISTICAS DE LA POBLACION DE 12 a 18 AÑOS ATENDIDA EN UN ESTABLECIMIENTO DE ATENCION PRIMARIA 1984.

Drs. Patricia Montenegro y Elba Maureira
(Servicio de Salud Metropolitano Norte)

Se trata del estudio prospectivo de 166 jóvenes entre 12 y 18 años, atendidos en el Consultorio 2 dependiente del Servicio de Salud Metropolitano Norte entre los meses de Mayo y Agosto del presente año.

Se dividieron en dos subgrupos de 12 a 14 años y otro de 15 a 18 años y se describen las siguientes características: distribución por sexo, escolaridad, consulta solo o acompañado, el o los motivos de la consulta, hábitos, hobbies, rendimiento escolar, patología oral, diagnóstico final, evaluación nutricional, necesidad de exámenes o interconsultas y finalmente, la capacidad resolutoria de este consultorio de atención Primaria.

Dentro de los resultados llama la atención el poco interés por tener un hobby o actividad extraescolar, la importancia que adquieren en ambos grupos la patología osteomuscular, las enfermedades mentales y los del sistema nervioso y órganos de los sentidos.

Por otro lado, la alta necesidad de exámenes, especialmente para el grupo mayor de 15 años lo que conlleva a una relativa capacidad resolutoria para este grupo.

58. CONOCIMIENTOS ACERCA DE LA SEXUALIDAD EN PROFESORES Y ALUMNOS DEL LICEO DE CURANILAHUE

Drs. Gian Pallini, Juan Monsalve, David Silva y Mauricio Tapia
(Hospital de Curanilahue)

Curanilahue, Comunidad rural, es un poblado cuya principal fuente de trabajo es la minería de carbón. Pertenecce a la Provincia de Arauco, VIII Región, y depende del Servicio de Salud Concepción-Arauco. Cuenta con una población de aproximadamente 30.000 habitantes con un 90% de población urbana y 10% de población rural. Existe en el campo educacional, un Liceo que alberga aproximadamente 1.500 alumnos de enseñanza media contando con una dotación de 45 profesores para las distintas asignaturas. Dado que la Provincia de Arauco cuenta con índices económicos que la ubican entre las más pobres del país, y sus niveles culturales son bajísimos es que consideramos que se trataría de una población de alto riesgo, frente a medidas evasivas tales como el alcohol, tabaco y drogadicción.

Basado en lo anterior y viendo nuestras posibilidades de educar en estos terrenos hemos querido determinar el nivel de conocimientos existentes en relación a Sexualidad en alumnos de 4º años de E.M. y profesores del Liceo de Curanilahue, ya que estos representan los mayores exponentes culturales del pueblo. Consideramos que estableciendo ésto, obtendríamos una visión aproximada del nivel inicial que contamos para iniciar la educación en estas áreas.

Objetivos y Métodos

- a) Generales: Determinar el nivel de conocimientos en alumnos de 4º E.M. y profesores acerca de sexualidad en el Liceo de Curanilahue.
- b) Específicos:
 - 1.- Analizar comparativamente el promedio de conocimientos en alumnos de 4º E.M. y profesores acerca de la sexualidad en el Liceo de Curanilahue.
 - 2.- Analizar comparativamente cada ítem propuestos acerca de sexualidad entre profesores y alumnos de 4º E.M. del Liceo de Curanilahue.

Se conto con 4 médicos generales, y con formularios de preguntas acerca del tema, suficientes para encuestar al 100% de la población propuesta, proporcionada por el Departamento de Educación Municipal (DEM) de Curanilahue.

Durante el mes de junio de 1984, se probó la encuesta en el 20% de la muestra a estudiar no observándose defectos técnicos que dificultaran su desarrollo.

- Durante ese mismo mes se aplica en todos los 40s años de E.M. del Liceo de Curanilahue, completando un total de 129 alumnos encuestados. Paralelamente se aplicó a todos los Profesores del Liceo con un total de 44 docentes encuestados.
- La supervisión del certamen a cargo de los Médicos autores de este Trabajo.
- Posteriormente la información fué procesada y tabulada,

Resultados

- 1) En el estudio realizado se evidencia un nivel aceptable de conocimientos generales acerca de la sexualidad en los profesores del Liceo de Curanilahue; sin embargo las nociones del tema mostradas por los alumnos son mínimas. estimandose que en general, carecen de conocimientos en relación a sexualidad.
- 2) Existen escasos conocimientos en relación a anatomía de la reproducción, desconociendo, en su mayoría, los principales componentes de los aparatos reproductores, tanto femenino como masculino.
- 3) La célula reproductora, tanto masculina como femenina es reconocida por la mayor parte de la muestra estudiada.
- 4) En relación a la menstruación se observa que el alumnado tiene escasos conocimientos acerca de ella, en tanto los profesores muestran un buen nivel de conocimiento. Este mismo fenómeno se observa en relación a espermiogénesis y ogénesis.

Conclusiones (Continuación)

- 5) Los alumnos desconocen el concepto de eyaculación, orgasmo y coito, en tanto los profesores muestran buen nivel de conocimientos en relación a estos tópicos.
- 6) Aún cuando en general se aprecia un conocimiento adecuado del concepto de masturbación, no se la reconoce como un fenómeno normal y se le atribuye múltiples consecuencias negativas al organismo. Lo anterior se observa tanto en alumnos como profesores.
- 7) Es interesante destacar que alumnos al término de su enseñanza media no identifica el período más fértil del ciclo menstrual.
- 8) Es fundamental proporcionar a los estudiantes un conocimiento más acabado acerca de sexualidad, no a nivel de enseñanza media, sino a partir de la enseñanza básica, ya que esto podría evitar una gran cantidad de embarazo no deseado y un enfoque responsable de la sexualidad.

TABLA I

DISTRIBUCION DE ALUMNOS DE 4º AÑOS DE ENSEÑANZA MEDIA Y PROFESORES DEL LICEO DE CURANILAHUE SEGUN PORCENTAJE DE RESPUESTAS CORRECTAS EN RELACION A CONOCIMIENTOS ACERCA DE SEXUALIDAD JUNIO DE 1984.

Porcentaje respuestas correctas	Profesores		Alumnos		Total	
	Nº	o/o	Nº	o/o	Nº	o/o
<25	0	0	49	35,7	46	26,6
25-49	6	13,6	59	45,7	65	37,6
50-74	21	47,7	22	17,0	43	24,9
75-85	7	15,9	1	0,8	8	4,6
>85	10	22,7	1	0,8	11	6,4
Total	44	100	129	100	173	100

Se observa que un 38.60/o de profesores alcanzó un nivel de respuestas correctas superior a 740/o, versus un 1.60/o de los alumnos que alcanzó ese nivel.

Existe un 470/o de profesores que no alcanzó un nivel de 50 - 740/o de respuestas correctas versus un 17.10/o de alumnos en la misma situación.

Se aprecia sólo un 13.60/o de profesores que no alcanzó un 500/o de respuestas co-observándose que ninguno tuvo menos de 250/o de aciertos. En los alumnos, en cambio, el 81.40/o no alcanzó un 500/o de respuestas correctas, con un 35.70/o que ni siquiera alcanzó un 250/o de aciertos. Este resultado es calificado como pésimo, considerando que se trata de alumnos de 4º año de enseñanza media.

59. MORBILIDAD DEL ADOLESCENTE UNIVERSITARIO: EXPERIENCIA DEL SERVICIO MEDICO DE ALUMNOS DE LA UNIVERSIDAD DE CHILE.

Enf. Edita Peña y Edith Cornejo, Dr. Enrique del Solar y Srs.
Griselda Muñoz y Ricardo Contreras.
(Escuela de Salud Pública Servicio de Alumnos, Universidad de Chile)

Empeñados en una línea de investigación para conocer la problemática de salud del adolescente, nos parece de interés para la Salud Pública conocer la situación del adolescente universitario en lo que a morbilidad consultada se refiere y poder identificar riesgos de enfermedad crónica a los que pueden estar expuestos. El estudio que se presenta, describe la estructura de la morbilidad de los jóvenes de 16 a 19 años que consultaron durante 1983, al Servicio Médico y Dental de Alumnos de la Universidad de Chile (SEMDA).

Se estudiaron las historias clínicas de todos los alumnos de la U. de Chile e Instituto Profesional Santiago que consultaron a dicho servicio entre el 1º de enero y 31 de diciembre de 1983 (843 adolescentes). El grupo se caracterizó según sexo, diagnóstico por grupos de causas clasificados según C.I.E. 1975, concentración de consultas, antecedentes familiares de riesgo de enfermedad crónica, duración de cada episodio de enfermedad (tiempo transcurrido entre la primera y última consulta por la misma causa) y derivación a exámenes, interconsultas, radiología, hospitalización. Dado que un alumno pudo consultar por varias causas en el año, las proporciones se calcularon del total de alumnos por sexo para cada grupo de causas.

Resultados

La proporción de consultantes se distribuyó en 52,70/o hombres y 47,30/o mujeres. El 970/o tenía 18 y 19 años, idéntico porcentaje en ambos grupos, por lo que la edad fue considerada constante (Tabla 1). El 300/o consultó por enfermedades del sistema nervioso y órganos de los sentidos; 21.60/o por trastornos mentales; 1 de cada 5 por enfermedades respiratorias; 160/o por enfermedades sistema osteomuscular, 150/o por traumatismos y el 140/o por enfermedades infecciosas y parasitarias, algo más del 10/o por tumores. En las muchachas: el 420/o consultó por enf. respiratoria, 330/o por enfermedades del sistema nervioso y órganos de los sentidos; más de la cuarta parte por trastornos mentales y el 1.30/o por tumores, 16.80/o control de Salud y 40/o Planificación familiar. En los varones 260/o enfermedades del sistema nervioso y órganos de los sentidos, 220/o respiratoria; 170/o traumatismos y 1.10/o por tumores y 16.40/o por Control de Salud (Tabla 2).

En 1983 SEMDA atendió 38.131 consultas de las cuales 3.100 correspondieron al grupo en estudio (8.120/o). Estos se distribuyeron en una 93,20/o por enfermedad, 60/o control de salud y 0.80/o por Planificación Familiar. La mayor importancia relativa se observa en los trastornos mentales 180/o; le siguen las enfermedades del sistema nervioso y órganos de los sentidos, 170/o; infecciosas y parasitarias, 9.20/o; respiratoria, 8.70/o; traumatismos, 8.30/o y las genitourinarias 80/o. Estos siete grupos reúnen el 790/o del total de consultas por morbilidad (Tabla 2). Entre los episodios que duraron más de un día, el 91,70/o de las enf. de las glándulas endocrinas, el 770/o de los trastornos mentales y de las enfermedades de la piel, más del 500/o del resto de causas duraron 15 días y más, salvo las digestivas en que el 690/o de los episodios duró entre 1 y 7 días. Destaca la proporción de "signos y síntomas mal defini-

dos" en que casi un 55% tuvo una duración de 15 días y más. En la mayoría de los "grupos de causas" más del 50% de los episodios no meritaban una nueva consulta al servicio.

El 87,9% de los varones y el 77,9% de los jóvenes tuvo una concentración de 1 a 5 consultas en el año; el 3,3% de los hombres y el 9,5% de las mujeres, 11 y más. Con respecto a la presencia de antecedentes familiares de enfermedad crónica predomina en ambos sexos la hipertensión arterial y diabetes 43,8% y 31,2% respectivamente en los hombres y 25,0% ambas enfermedades en las mujeres. En este grupo el 20,6% tiene antecedentes de cáncer en los familiares. A uno de cada cuatro consultantes les solicito exámenes, al 12% Radiografía, sólo el 1,1% de los varones y el 0,2% de las mujeres requirieron hospitalización.

TABLA 1

CARACTERISTICAS DE LOS ADOLESCENTES CONSULTANTES SEGUN SEXO, EDAD, CONCENTRACION DE CONSULTA Y ANTECEDENTES FAMILIARES Y TIPO DISTRIBUCION DEL TOTAL DE CONSULTA. SEMDA, 1983.

Características de los Adolescentes consultantes	Hombres		Mujeres		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Edad 16 - 17	13	2.9	11	2.8	24	2.8
(años) 18 -19	432	97.1	387	97.2	819	97.2
Total	445	100.0	398	100.0	843	100.0
Concentración de consultas						
1 - 5	391	87.9	310	77.9	701	83.2
6 - 10	39	8.8	50	12.6	89	10.5
11 y más	15	3.3	38	9.5	53	6.3
Total	445	100.0	398	100.0	843	100.0
Antecedentes Familiares*						
Hipertensión	7	43.8	17	25.0	24	28.6
Diabetes	5	31.2	17	25.0	22	26.2
Cancer	—	—	14	20.6	14	16.6
Otros	4	25	20	29.4	24	28.6
Total	16	100.0	68	100.0	84	100.0
Tipo de Consulta						
Morbilidad	372	83.6	315	79.2	687	81.5
Control salud	73	16.4	67	16.8	140	16.6
Planificación Familiar	—	—	16	4.0	16	1.9
Total	445	100.0	398	100.0	843	100.0
Distribucion de Consultas Totales						
Morbilidad					2.896	93.4
Control Salud					188	6.1
Planificación Familiar					16	0.5
Total					3.100	100.0

*Corresponde al total de adolescentes que consultaron con antecedentes familiares registrados.

TABLA 2

DISTRIBUCION PORCENTUAL DE ADOLESCENTES CONSULTANTES SEGUN GRUPOS DE CAUSA Y SEXO, SEMDA 1983.

Grupo de Causas	Hombres	Mujeres	Total	Consultas
	N = 445	N = 398	N = 843	N = 2.896
Infecciones Parasitarias	11.0	17.0	14.0	9.2
Tumores	1.1	1.3	1.3	0.9
Glandulas Endocrinas Nutrición				
Metabolicas Inmunitarias	0.4	5.8	3.0	1.3
Sangre y Organos Hemtopoyet.	—	0.8	0.4	0.3
Trastornos Mentales	15.9	27.9	21.6	18.1
Sistema Nervioso y Organos de los Sentidos	26.4	33.6	29.8	17.6
Aparto Circulatorio	4.3	2.3	3.3	1.8
Aparato Respiratorio	22.3	42.3	19.8	8.7
Aparato Digestivo	5.9	6.5	6.3	2.5
Aparato Génitourinario	6.7	17.1	11.6	6.7
Embarazo Parto y Puerperio	—	0.25	0.1	0.03
Piel y Tejido Celular	10.1	12.0	11.0	11.1
Sistema Osteomuscular y				
Conjuntivo	14.3	17.8	15.7	8.0
Anomalias Congénitas	1.0	1.5	0.8	0.4
Mal Definidas	11.5	13.9	12.1	5.1
Traumatismos y Violencias	16.9	12.1	14.7	8.3

60. DESCRIPCION COMPARATIVA DE LA ESTRUCTURA DE MORBILIDAD DEL ADOLESCENTE EN EL SECTOR ORIENTE DE SANTIAGO, 1982-1984.

Dres, Matilde Maddaleno; Ramón Florenzano U., Daniel Alvo; Germán Larraín y
Guillermo Adriasola
(Facultad de Medicina, División Oriente, Universidad de Chile)

El conocimiento de las necesidades de salud del adolescente es primordial para organizar la atención de salud y planificar la asignación de recursos. La recolección de esta información se hace difícil dado que la atención de este grupo etario está hoy fragmentada entre los programas infantil y del adulto, por lo que los estudios tienen gran variabilidad según cual sea la fuente de información utilizada.

En el área Oriente de Santiago se han implementado diferentes modalidades de atención de salud del adolescente en el nivel primario. Así por ejemplo en el Consultorio La Faena existe una unidad de adolescencia que atiende adolescentes de ambos sexos entre los 10-19 años a cargo de un especialista y en el Centro de Adolescencia de Las Condes se realiza una atención integral por un equipo multidisciplinario.

El presente trabajo tiene como objetivo describir las características sociodemográficas de esta población adolescente, describir la morbilidad, hábitos de vida y de consumo de sustancias químicas de los adolescentes atendidos y comparar los hallazgos en ambos establecimientos.

Se confeccionó una ficha clínica standard aplicada en la atención de adolescentes en ambos centros y se analizaron 400 fichas consecutivas.

Los resultados muestran a un adolescente con una edad promedio de 14,8 años, una escolaridad de 8º año básico, inserto en una familia numerosa (6,5 personas por familia), donde el 61º/o percibe problemas familiares.

El principal grupo de motivos de consulta corresponden al grupo de mentales, ginecoobstétricos, endocrinos, nutrición en orden descendiente.

El Centro de Las Condes concentra mayor consulta patológica mental que el de La Faena.

El consumo de sustancias es semejante al de los estudios de población estudiantil: 10-13º/o de consumo frecuente de alcohol y 4-6º/o de uso frecuente de marihuana. En la discusión se comenta la utilidad de recolección uniforme de información, y también como la exploración conjunta de los problemas biológicos junto con los problemas psicosociales de este grupo etario permite reconocer las verdaderas necesidades de salud del adolescente.

TABLA 1

DISTRIBUCION PORCENTUAL DE LAS CONSULTAS POR DIAGNOSTICO EN DOS CONSULTORIOS DEL AREA ORIENTE DE SANTIAGO

Grupos de Causas	Consultorios %/o		Total %/o
	La Faena	Las Condes	
1. Mentales	40	62	51
2. Ginecoobstétricas	22	10	16
3. Endocrinas, nutrición, metabolismo	24	8	16
4. Infecciosos y parasitarios	28	4	16
5. Piel y subcutáneo	24	6	15
6. SNC y organos de los sentidos	26	2	14
7. Aparato respiratorio	16	2	9
8. Accidentes - Violencias	16	—	5
9. Osteomuscular - conjuntivo	6	2	4
10. Aparato Digestivo	6	—	3
11. Aparato Urinario	6	—	3
12. Otras	2	2	2

61. PREVALENCIA Y FACTORES CONDICIONANTES DE LA OBESIDAD EN ADOLESCENTES DE CHILLAN.

Nutr. María Angélica Mardones, Dr. Eduardo Atalah y Sra. Ilse López
(Instituto Profesional de Chillán, Departamento de Nutrición, División
Norte, Facultad de Medicina, Universidad de Chile y Escuela de Salud Pública de la
Universidad de Chile)

La obesidad es un problema nutricional frecuente en nuestra población, afectando a distintos grupos étnicos, por lo cual se intuye que los factores condicionantes no son privativos de un determinado nivel de vida.

La obesidad rara vez es producida por una sola causa, constituyendo la mayoría de las veces un síndrome multifactorial.

Es necesario conocer los factores que la determinan, para poder orientar las acciones de prevención y control. Con este propósito se estudió la prevalencia de obesidad en 1.147 adolescentes del sexo femenino de 15 a 18 años, pertenecientes a la enseñanza media fiscal y particular de Chillán, y por otra parte se estudiaron algunos factores condicionantes mediante el método de Casos y Controles; 150 niñas obesas (peso-talla-edad según Jelliffe 120^o/o, y masa grasa estimada por pliegues cutáneos según Durmin 30^o/o) en relación a igual número de niñas normales (peso-talla-edad 90-110^o/o y masa grasa 20 a 26^o/o) pertenecientes al nivel socioeconómico medio y bajo.

Se determinó la ingesta energética por encuesta de tendencia de consumo cuantificada, la actividad física mediante encuesta recordatoria de 3 días y antecedentes familiares de obesidad a través de los datos antropométricos de los progenitores.

Se encontró una Prevalencia de obesidad de 13,3^o/o el que sumado al sobrepeso nos dió un 30^o/o de malnutrición por exceso.

La ingesta energética de las obesas (2.478 ± 607 Kcal) fue significativamente mayor ($p < 0.001$) que las normales (2.163 ± 646 Kcal). Inversamente el gasto energético fue menor en los casos (1.805 ± 532 Kcal) respecto a los controles (1.998 ± 737 Kcal), lo que determina un balance positivo de 673 y 165 Kcal respectivamente. Los antecedentes de obesidad también son marcadamente diferentes en ambos grupos: 80.8^o/o vs 36.9^o/o ($p < 0.01$). Un 77.8^o/o de las obesas presentaron una ingesta superior a las recomendaciones y a su propio gasto energético. En obesas de baja ingesta energética (14.0^o/o) los antecedentes familiares de obesidad son mucho más frecuentes ($p < 0.001$).

Se concluye que la obesidad es multicausal y por lo tanto, deben considerarse los diferentes factores condicionantes en los programas de prevención y tratamiento.

TABLA N° 1

ESTADO NUTRITIVO DE ADOLESCENTES DE ENSEÑANZA MEDIA, CHILLAN, SEGUN PESO/ TALLA/EDAD DE JELLIFFE 1983.

Estado Nutritivo	Nº	o/o
Normal	710	62.0
Sobrepeso	192	16.7
Obesas	153	13.3
Enflaquecidas*	92	8.0
Total	1.147	100.0

*Enflaquecidas = Desnutrición I-II-III

TABLA Nº 2

**CARACTERISTICAS GENERALES DE 300 ADOLESCENTES DE ENSEÑANZA
MEDIA FISCAL Y PARTICULAR DE CHILLAN 1983.**

	n	Normales	n	Obesas	t p
Peso (Kg)	150	49.9 ± 4.4	150	64.0 ± 8.4	<0.01
Talla (cm.)	150	155.5 ± 5.2	150	154.8 ± 6.3	N.S.
Peso/Talla (o/o)	150	99.6 ± 6.0	150	130.1 ± 11.3	<0.01
Recomend. (Kcal)	150	1904 ± 167	150	1877 ± 175	N.S.
Ingesta (Kcal)	150	2163 ± 646	150	2478 ± 607	<0.001
Ingesta vs. Recomend. o/o	150	114.0 ± 34.3	150	132.0 ± 33.9	<0.001
Gasto energético (Kcal)	137	1998 ± 737	135	1805 ± 532	<0.01

**62. PERFIL BIODEMOGRAFICO Y SOCIAL DE LA EMBARAZADA ADOLESCENTE
EN CONTROL PRENATAL EN VALDIVIA.**

Matr. Estela Arcos y Marta Santana
(Instituto de Enfermería Materna, Facultad de Medicina, Universidad Austral)

El embarazo en mujeres de 16 años y menos es un factor de alto riesgo obstétrico y perinatal, lo que ha sido demostrado por numerosas publicaciones tanto nacionales, como internacionales.

En el Consultorio Gil de Castro el ingreso a control prenatal de embarazadas precoces ha tenido una tendencia descendente en el quinquenio 1979 - 1983 (9,5 a 9,20/o).

Sin embargo, las tasas de morbilidad obstétricas y de mortalidad fetal y neonatal son altas en comparación a las que presentan gestantes de 20-29 años.

Estas razones han despertado la necesidad de conocer el perfil biodemográfico y social de la embarazada adolescente, con el fin de desarrollar acciones de fomento y protección que contribuyen a disminuir estos riesgos.

Este estudio consideró a todas las embarazadas de 16 años y menos que ingresaron a control prenatal en el Consultorio Gil de Castro entre el 10 de Abril de 1983 al 31 de Marzo de 1984, logrando un total de 73 embarazadas (5.060/o de la población total de embarazadas ingresadas en el mismo periodo).

La recolección de información se realizó en base a una encuesta, aplicada durante el control prenatal, por las autoras del trabajo a 66 mujeres; las 7 restantes se trasladan después del primer control a otras comunas. Se diseñó un formulario para vaciar la información, instrumento que fue probado previamente a modo de ensayo en población similar, lo que permitió correcciones antes de su aplicación definitiva.

Las variables estudiadas fueron las siguientes:

- 1) Propias de la gestante: edad, estado civil, ocupación, previsión, procedencia, escolaridad, menarquía, paridad, abortos previos, tipo de aborto, edad en que inició actividad sexual, Nº de compañeros sexuales, planificación del embarazo, uso previo de métodos anticonceptivos, persona que lo recomendó, lugar donde adquirió los conocimientos, tamaño ideal de la familia, intervalo intergestacional adecuado, edad óptima para embarazarse, razones por las que se debe limitar la familia, edad de la adolescente al separarse y/o fallecer los padres, planes futuros de ocupación, matrimoniales y de crianza del hijo.

- 2) Del progenitor: edad, escolaridad, ocupación, aceptabilidad del embarazo.
- 3) De la vivienda: agua, luz, alcantarillado, Nº de piezas, Nº de camas.
- 4) Del grupo familiar: Nº de personas que componen el grupo familiar, ingresos, estado civil de los padres, ocupación de los padres, edad y estado civil de la madre cuando tuvo su primer hijo, antecedentes de nacimientos ilegítimos en la familia, aceptabilidad del embarazo por parte de los padres y grupo familiar.

La información fue procesada en un computador Digital 2020, utilizando el paquete SPSS. Para los análisis se calcularon estadígrafos de posición y de dispersión.

Resultados

A través de este trabajo podemos inferir que los aspectos de mayor relevancia en la problemática estudiada son los siguientes:

- 1) En la adolescente embarazada preocupa fundamentalmente los embarazos a edad inferior a 15 años, la baja escolaridad, la ilegitimidad del futuro hijo, la ausencia de beneficios legales por el alto porcentaje sin ocupación y por lo tanto sin previsión. Por otra parte es importante considerar que inician a edades muy temprana la relación sexual, con bajo nivel de conocimientos sobre métodos anticonceptivos, pero con un concepto bien definido de la familia pequeña.
- 2) Del progenitor se destaca el bajo promedio de edad y escolaridad, ocupación inestables o sin ocupación y la buena aceptabilidad del embarazo.
- 3) Del núcleo familiar es importante la baja escolaridad de los padres, el alto porcentaje de fallecimiento o separación de los padres; el antecedente de soltería y baja edad en la madre al tener su primer hijo, como también la buena aceptabilidad de los padres frente al embarazo del adolescente.

Finalmente, podemos concluir que a pesar de la tendencia descendente observada, el perfil permite identificar un grupo susceptible de alto riesgo biológico y social, que constituye además un problema de salud pública eminentemente urbano. Por lo anterior, se hace necesario formular e implementar programas de atención prenatal, paternidad responsable y educación orientados específicamente hacia los adolescentes.

TABLA 1

**PERFIL BIODEMOGRAFICO Y DE ACTITUD FRENTE AL PROCESO REPRODUCTIVO
Y PATERNIDAD RESPONSABLE. ADOLESCENTE EMBARAZADAS CONSULTORIO
GIL DE CASTRO. VALDIVIA 1983 - 1984.**

Variable	Rango	o/o	- X
Edad	15 años y <	35.9	15.5 años
Escolaridad	7 años y <	74.5	6.3 años
Estado civil	Soltera	68.8	
Ocupación	Sin ocupación	59.4	
Previsión	Sin previsión	95.3	
Procedencia	Urbana	85.9	
Paridad	Nulípara	87.5	
Antec. de aborto	Si	3.1	
Edad de la menarquia	11 años y <	14.3	12.4 años
Edad inicio actividad sexual	14 años y <	50.8	
Nº de compañeros sexuales	más de 1	20.3	
Conocimiento sobre MAC	Si	34.4	
Uso de MAC previo al embarazo	Si	8.1	
Fuente de información de MAC	Matrona	3.1	
Tamaño de la Familia	1 - 2 hijos	68.3	
Razones por la que se de limitar el Nº hijo	Socioeconómico	78.1	
Intervalo intergestacional adecuado	1 año y <	23.4	
Uso de MAC Posterior embarazo	No sabe	7.8	
	No	7.8	
Edad óptima al 1er embarazo	20 años y más	51.6	

TABLA N° 2

PERFIL SOCIODEMOGRAFICO DEL PROGENITOR Y NUCLEO FAMILIAR. ADOLESCENTES EMBARAZADAS CONSULTORIOS GIL DE CASTRO, VALDIVIA 1983 - 1984

Variable	Rango	o/o	\bar{x}
Edad progenitor	19 años y <	40.0	21.1 años
Ocupación progenitor	Cesante estudiante	28.1 10.9	
Escolaridad progenitor	7 años y <	41.0	8.5 años
Aceptabilidad del embarazo	Si	70.3	
Nº de personas del grupo familiar	6 y <	64.5	6 personas
Ingresos económicos	\$ 5.000 y <	51.9	\$ 5.819
Estado civil de los padres	casados Separados Viudos	57.8 15.1 13.6	
Edad adolescente al separarse los padres	8 años y <	80.0	5.6 años
Edad adolescente al fallecer padres	7 años y <	44.4	8.6 años
Escolaridad Madre	7 años y <	83.7	4.6 años
Escolaridad Padre	7 años y <	82.5	5 años
Ocupación Padre	Obrero	14.1	
Ocupación Madre	Dueña de casa	60.9	
Est. Civil Madre al tener primer hijo	Soltera	53.1	
Edad de la Madre al tener primer hijo	16 años y < 17 - 19 años	29.1 30.9	18.9 años
Aceptabilidad del embarazo por los padres	Madre (51) Padre (Si)	75.0 50.0	

63. EMBARAZO Y PARTO EN ADOLESCENTES EN EL AREA DE TALCAHUANO 1978-1983.

Drs. Mario González y Enzo Pettinelli
(Servicio de Obstetricia y Ginecología, Hospital Las Higueras, Talcahuano)

El problema de la adolescente embarazada y en trance de parto como factor de alto riesgo, preocupa a la especialidad de Gineco-Obstetricia desde hace ya varias decadas y constituye un problema de Salud Pública de relevante actualidad.

El aumento de la población de adolescentes y la proporción creciente de las que quedan embarazadas ha dirigido la atención hacia este sector de nuestra población de mujeres en edad fértil.

El mayor peligro de prematurez, la concentración de patologías en este grupo de gestantes y la idea preconcebida de un mayor porcentaje de operación cesárea en ellas, nos motivó a estudiar lo ocurrido en el Area de Talcahuano con las gestantes de 15 y menos años, entre los años 1978 y 1983.

Se analizaron 216 fichas correspondientes al total de adolescentes de 15 y menos años, que tuvieron su parto en el Servicio de Obstetricia del Hospital "Las Higueras" Talcahuano, entre enero de 1978 y diciembre de 1983.

Se comprueba un aumento de un 51% del número de partos en gestantes precoces en la decada 1968-1978 y un incremento constante, a pesar de la disminución en cifras absolutas del número total de partos en los años 1982 y 1983.

Se hace evidente el riesgo de prematurez en gestantes precoces si se compara el 11,98% de recién nacidos de peso inferior 2.500 g. en el grupo estudiado con el 8,33% de recién nacido de peso bajo, como promedio para el período analizado.

Cabe mencionar que el porcentaje de recién nacido de peso bajo ha disminuido a un 8,53% en los años 1982 y 1983.

Se establece que el 35,82% de las Gestantes de 15 y menos años presentan algún tipo de patología durante el embarazo y que el 45,83% de estas resuelven su parto por operación cesárea con el evidente riesgo de complicación en puerperio.

Se concluye que a pesar del buen pronóstico materno y fetal, las gestantes adolescentes deben ser consideradas de riesgo, por la concentración de patología la prematurez y el impacto social que tienen la problemática analizada.

TABLA Nº 1
PARTOS EN GESTANTES PRECOCES 1978 - 1983

	Totales	Nº Partos	
		Gestantes Precoces	%
1968	3.111	14	0.44
1978	4.073	39	0.95
1979	4.300	30	0.69
1980	4.630	30	0.64
1981	4.726	35	0.74
1982	4.561	42	0.92
1983	4.053	40	0.98

TABLA Nº 2

DISTRIBUCION SEGUN PESO DEL RECIEN NACIDO EN GESTANTES PRECOCES.

Peso (g)	Nº	o/o	
1.000 - 1.499	1	0,46	
1.500 - 1.999	5	2,30	11,98 o/o
2.000 - 2.499	20	9,22	
2.500 - 2.999	66	30,42	
3.000 - 3.499	86	39,63	88,02 o/o
3.500 - 3.999	38	17,51	
4.000 - 4.499	1	0,46	
Total	217	100,00 o/o	

o/o de Recién Nacidos de peso bajo 2.500 g.

En el Servicio 1978 - 1983 = 8,33

64. ESTUDIO NUTRICIONAL DE LA POBLACION INFANTIL DE TALTAL.

Dr. Eduardo Focacci, Enf. Luis González y Nutr. Isa Verdugo
(Hospital de Taltal)

La desnutrición en el niño continúa siendo uno de los problemas de salud más importantes del país y esta población puede considerarse de gran riesgo en relación con los diferentes cuadros mórbidos. Este estudio pretende:

- Diagnósticar el Estado Nutritivo de la totalidad de los menores de 6 años de la comuna de Taltal.
- Evaluación comparativa del estado nutricional según tabla de Sempé Peso/Edad y tabla Peso/Talla del Ministerio de Salud.
- Estudiar las variables intervinientes.

El universo fué la totalidad de los menores, entre 1 mes a 6 años, en control un nuestro hospital en el pte. año. Todos fueron medidos y pesados por 2 auxiliares experimentados, con 2 instrumentos calibrados e igual técnica operatoria. Se encuestó a todos los desnutridos (145) y al doble de éstos (290) elegidos al azar de la población eutrófica.

Resultados:

Del total de 1.020 menores de 6 años el 47% (480) fueron varones. Según Sempé se encontraron 113 (11,1%) desnutridos. Aplicando la tabla P/T el total de desnutridos alcanzó a 43 (4,2%).

El 35,9% de las madres de niños desnutridos eran menores de 20 años y el 21,4% era mayor de 35 años en relación con el 12,4% y 13,8% respectivamente en el grupo control.

El 38,6% de las madres de los desnutridos eran solteras; en los eutróficos solo el 17,9%. Un 68,3% no tenían escolaridad o solo alcanzaban nivel básico; en los eutróficos se observó en el 52,8%.

En relación con la paridad no se observó diferencia significativa en ambos grupos; sin embargo el 50,3% de las madres de desnutridos fueron enflaquecidas durante el embarazo y el 10,3% no se controló regularmente el embarazo; a diferencia del 15,5% y 0,7% respectivamente en las madres de los eutróficos. El 36,8% de los desnutridos presentó al nacer un peso de 2.500 o menos y el 18,6% midió menos de 45 cms. en relación con el 16,6% y 4,8% respectivamente en el grupo control.

El 24,10/o de los desnutridos no recibió lactancia materna en relación con el 9,30/o de los eutróficos y el 41,90/o de los desnutridos a los 7 meses aún no recibía papilla en comparación con el 6,50/o del grupo control. La encuesta nutricional demostró que sólo el 29,70/o de los desnutridos tenía un aporte proteico-calórico adecuado; en los eutróficos este porcentaje fué de 64,20/o . El 600/o de las madres de desnutridos tiene el antecedente de algún hijo desnutrido; en relación con el 310/o del otro grupo.

El 73,80/o del grupo de desnutridos declara ingresos familiares de \$6.000 o menos y el 690/o pertenecen al índice CAS 1 y 2; en los eutróficos estos porcentajes fueron de 53,20/o y 41,50/o respectivamente. El 600/o de los padres de los desnutridos son indigentes; en los eutróficos éste porcentaje es de 36,20/o.

Existe un 22,80/o de desnutridos que presentan controles irregulares de salud y el 33,10/o están atrasados con su vacunograma en relación con el 6,60/o y el 19,70/o de los eutróficos respectivamente. El 67,60/o de los desnutridos ha presentado enfermedades intercurrentes, con un 31,60/o de cuadros digestivos en comparación con el 47,90/o y 13,90/o respectivamente en los eutróficos.

La diferencia porcentual de desnutridos es significativa según la tabla aplicada, siendo mayor en la de Sempé P/E, demostrándose una vez más la enorme dificultad para uniformar criterios al respecto.

Las edades extremas estarían favoreciendo la prevalencia de desnutrición, en forma independiente de la paridad, sin embargo el estado civil y escolaridad se relacionan directamente con la mayor desnutrición. La influencia negativa de los indicadores socioeconómicos se evidencia a través del mayor porcentaje de índice CAS 1-2, indigencia y el antecedente de otros menores desnutridos en el mismo grupo familiar.

La ingesta alimentaria inadecuada (encuesta nutricional, ausencia lactancia materna y retardo en aportar alimentación complementaria) además del limitante económico está favorecida por barreras culturales. Existe relación directa desnutrición/embarazo según se constata por la concordancia entre embarazo no controlado, gestante enflaquecida, lactancia materna y bajo peso y talla de nacimiento.

La desnutrición es un factor que incide negativamente en la salud de los población; es así como se controlan irregularmente, presentan vacunograma atrasado y padecen de enfermedades intercurrentes y cuadros digestivos con mucha mayor frecuencia que la población eutrófica.

TABLA 1

ESTADO NUTRICIONAL DE LA POBLACION INFANTIL DE TALTAL SEGUN
TABLA SEMPE P/E

Grupos Etereos	Eutróficos			Desnutridos			Sobrepeso			Total
	Varones	mujeres	total	varones	mujeres	total	varones	mujeres	total	
0 - 5 ms	21	19	40	5	6	11	18	8	26	77
6 ms - 11 ms.	37	35	72	2	7	9	15	8	23	104
12 ms. - 23 ms.	50	64	114	14	9	23	11	21	32	169
2 a - 5 años	213	221	434	34	36	70	60	106	166	670
Total	321	339	660	55	58	113	104	143	247	1.020

TABLA 2

ESTADO NUTRICIONAL DE LA POBLACION INFANTIL DE TALTAL SEGUN TABLA MINISTERIO SALUD P/T.

Grupos	Eutróficos		Desnutridos			Sobrepeso		Total		
	varones	mujeres	total	varones	mujeres	total	varones	mujeres	total	
0 - 5 ms.	33	23	56	4	2	6	7	8	15	77
6 - 11 ms.	36	32	68	—	3	3	18	15	33	104
12 - 23 ms.	63	69	132	3	2	5	9	23	32	169
2 - 4 años	232	258	490	19	10	29	56	95	151	670
Total	364	382	746	26	17	43	90	141	231	1.020

65. SITUACION NUTRICIONAL DE GRUPOS MARGINALES: EXPERIENCIA EN EL CAMPAMENTO SILVA HENRIQUEZ DE SANTIAGO

Dra. Haydee López, Ricardo Yanjari y Gonzalo Vargas, Sra. Natacha Solovera, Cristian Toro, P. Gómez y O. Cabezas
(Colegio Médico de Chile, Regional Santiago)

El principal desafío que enfrentan los servicios de salud en los países en desarrollo y específicamente en Chile, es el de lograr una situación de equidad en los niveles de salud. Ello se traduce en la meta de lograr "Salud para todos", aunque sería más deseable explicitar si lo que se busca es "Salud igual para todos" o "Salud para todos, dentro de las posibilidades de cada uno".

En nuestro país esta explicación de las metas deseadas, explica las frecuentes polémicas en cuanto a los niveles de salud alcanzados. Es así como oficialmente se exhiben los promedios nacionales o regionales, señalando que ya se han logrado las metas que el país se ha propuesto. Sin embargo, la población, y particularmente la población empobrecida, vive a diario una realidad diferente, y los equipos de salud que trabajan a nivel poblacional, enfrentan situaciones muy divergentes a los promedios.

En este trabajo se presentan los resultados de algunas investigaciones que muestran la real situación de salud de los sectores más pobres y cuál es la cobertura que tienen algunas actividades del ex-SNS en estos sectores. Uno de estos trabajos es un autodiagnóstico realizado por un grupo de monitores de salud en el Campamento Silva Henríquez.

Además se aportan datos estadísticos socio económicos que permiten explicar los hallazgos en la situación nutricional deteriorada, de los grupos marginales.

Los resultados de estas investigaciones, permiten afirmar que la situación nutricional de las poblaciones pobres difiere mucho de los promedios nacionales o regionales. También llama la atención que la cobertura de los servicios de salud es cercana al 75%, sin considerar que al interior de esta cifra se encubre un 20% de población sin sus controles al día. El nivel de inasistencia es semejante en poblaciones de niños desnutridos que de eutróficos, lo que revela un pobre trabajo de los consultorios en actividades de terreno. Por último, es probable que en esta baja accesibilidad influya el cobro de las actividades de morbilidad, lo que aleja a los beneficiarios del conjunto de actividades que entrega el Consultorio.

TABLA 1

**DESNUTRICION POR GRUPOS DE EDAD EN CAMPAMENTOS
Y POBLACIONES LA FLORIDA 1982.**

Desnutridos	Campamentos		Poblaciones	
	Nº	o/o	Nº	o/o
Menores de 1	58	8.2	104	4.3
1 año	96	14.8	204	8.7
2 - 5 años	189	9.5	485	7.8
Total	343	10.3	793	7.2

TABLA 2

**DESNUTRICION SEGUN GRUPOS DE EDAD AUDITORIA DE
TARJETAS DE CONTROL CAMPAMENTO SILVA HENRIQUEZ 1984**

	Eutrofos		Desnutridos		Total
	Nº	o/o	Nº	o/o	
0 - 11 meses	49	79	13	21	62
12 - 23 meses	44	62	27	38	71
2 - 5 años	117	74	41	26	158
Total	210	72	81	28	291

**66. EVALUACION NUTRICIONAL DE MENORES EN SITUACION IRREGULAR. POLI-
CLINICO DIEGO PORTALES DE CORDAM, 1983.**

Drs. Victoria Gassibe, Gonzalo Azócar y Luis Eduardo Amman
(Policlinico Diego Portales de CORDAM)

Menor en situación irregular es aquel que presenta insuficiencia de los elementos fundamentales para su desarrollo biopsicosocial normal. Se ha definido a éstos como a un grupo de alto riesgo, ya que reúnen una gran cantidad de factores que los hacen más susceptibles de enfermar, Nos ha interesado evaluar el estado nutricional de estos menores protegidos por el Servicio Nacional de Menores e instituciones afines, quienes pretenden solucionar el problema del bajo aporte de nutrientes y la de privación afectiva-cultural a la que estan expuestos.

Se estudiaron 1.191 fichas clínicas de menores de 0-12 años que asistieron a control de salud en un año calendario al policlinico Diego Portales de CORDAM. Su Utilizaron los datos antropométricos consignados y se compararon con las tablas de Sempé en las siguientes relaciones: peso/edad; talla/edad y peso/talla, diferenciados según sexo. Además se consignaron patologías concomitantes. El 46,7º/o fueron pacientes varones y 53,3º/o fueron mujeres. Separados en grupos de edad, 4,2º/o fueron menores de 2 años, 31,8º/o entre dos y seis años y 64º/o de seis a doce años.

El 87,4% de los menores se encontraban normales en la relación peso/talla, 10,7% con sobrepeso y obesidad y 1,9% con desnutrición leve.

Según peso/edad, 71,9% estaban alrededor del promedio normal, 15,1% desnutridos —siendo leves al 12,2% de éstos— 13% obesos y sobrepeso.

El sobrepeso y la obesidad fueron mas frecuentes en el sexo femenino siendo esta diferencia estadísticamente significativa para las relaciones peso/talla y peso/edad.

En cuanto a la relación talla/edad, 60,2% fueron normales, 20,6% con déficit leve, 10,9% con déficit moderado y 3% con déficit grave. Un 5,3% estaba sobre la talla normal; 58,3% de las niñas y 62,2% de los varones tenían talla normal; 35,9% de las niñas y 32,9% de los varones tuvieron talla baja, por último un 5,8% de las niñas y un 4,9% de los varones estuvieron sobre la talla esperada no siendo estas diferencias estadísticamente significativas.

Podemos concluir:

Un 87,4% de normalidad en la relación peso/talla es una cifra muy similar a la encontrada en la población general lo que confirma la eficacia de las instituciones protectoras tales como SENAME.

La existencia de un 34,5% de los niños bajo la talla esperada para su edad, nos habla de un déficit antiguo de nutrientes —antes de ingresar al sistema de protección— parámetro difícil de recuperar e influido por las características genéticas de nuestra población.

En cuanto a la relación peso/edad, el 15% está bajo el peso esperado dado probablemente por un compromiso estatural —desnutrición crónica—.

Encontramos una mayor parte de sobrepesos y obesos en el sexo femenino, lo cual se debe posiblemente a factores infraestructurales de estas instituciones.

La mayoría de los niños desnutridos existentes en nuestra muestra fueron leves —fácil y rápida recuperación— y aquellos que están sobre la normalidad fueron en su mayoría sobrepeso, lo cual no representan un factor de riesgo por sí mismo.

No tuvimos asociación entre patologías crónicas y desnutrición lo cual explicarse, ya que estos niños concurrían "a control sano", y la privación social, impide conocer las patologías anteriores de estos niños.

Este trabajo pretende colaborar con el conocimiento acerca de un grupo de niños, que se encuentran marginados de la sociedad, quienes presentan una patología médico-social que les es propia y que cobra importancia con la desaparición de otros problemas de salud.

TABLA I

ESTADO NUTRICIONAL, SEGUN RELACION PESO/TALLA, EN NIÑOS DE 12 AÑOS CONTROLADOS EN POLICLINICO "DIEGO PORTALES" SANTIAGO, 1983.

Edad	Obesos		Sobrepeso		Normal		Desnutric. Leve		Desnutric. Moderada		Desnutric. Grave		Total	
	Nº	o/o	Nº	o/o	Nº	o/o	Nº	o/o	Nº	o/o	Nº	o/o	Nº	o/o
0 a 2 años	4	8	5	10	38	76	3	6	0	0	0	0	50	100
2 a 6 años	18	4,7	26	6,9	328	86,5	7	1,8	0	0	0	0	379	100
6 a 12 años	26	3,4	49	6,4	674	88,5	13	1,7	0	0	0	0	762	100
Total	48	4,0	80	6,7	1040	87,4	23	1,9	0	0	0	0	1191	100

TABLA 2

DEFERENCIA POR SEXO DEL ESTADO NUTRICIONAL, SEGUN RELACION PESO/TALLA, DE LA MUESTRA EN ESTUDIO. POLICLINICO "DIEGO PORTALES". SANTIAGO, 1983.

Estado Nutritivo	Hombres		Mujeres		Total	
	Nº	o/o	Nº	o/o	Nº	o/o
Obeso	15	31,2	33	68,8	48	100
Sobrepeso	21	26,2	59	73,8	80	100
Normal	510	49	530	51	1040	100
Desnutrición leve	10	43,5	13	56,5	23	100
Desnutrición moderada	0	0	0	0	0	0
Desnutrición grave	0	0	0	0	0	0
Total	556	46,7	635	53,3	1191	100

67. RENDIMIENTO NUTRICIONAL DE CENTROS ABIERTOS EN BIO-BIO

Dr. Iván Alvarez y Nutr. Sílvia Cárcamo
(Dirección de Atención Primaria, Servicio de Salud Bio-Bio)



Los Centros Abiertos son establecimientos que administrativamente dependen de la Fundación de Ayuda a la Comunidad, organismos en que participa el voluntariado femenino y está integrado a la Municipalidad de cada comuna. A estos establecimientos ingresan niños menores de seis años por problemas socioeconómicos y nutricionales los cuales son seleccionados por el equipo de salud para lo cual existe una coordinación entre los ejecutivos de la Fundación de Ayuda a la Comunidad y el equipo de salud que coordina el Programa.

El trabajo tuvo como objetivo general, contribuir a la disminución de la desnutrición infantil en la Comuna de Los Angeles a través de los servicios que prestan los Centros Abiertos y como objetivos específicos. 1) Establecer un seguimiento de los niños desnutridos menores de seis años en siete Centros Abiertos de la Comuna de Los Angeles 2) Efectuar en ellos una evaluación nutricional periódica por el equipo de salud y 3) Determinar el grado de recuperación nutricional de los desnutridos menores de seis años asistentes a siete Centros Abiertos Comuna de Los Angeles, año 1983.

Se presenta el resultado en progreso nutricional obtenido por 113 niños menores de seis años con diverso grado de desnutrición que durante el año 1983 asistieron a Centros Abiertos de la Comuna de Los Angeles de los cuales seis corresponden a la ciudad de Los Angeles y uno a una Localidad rural, Millantú. Para determinar el grado de desnutrición se usó la Tabla de Sempé (Peso/Edad)

Resultados

Se muestran en las tablas 1 y 2

TABLA 1
PORCENTAJE DE AUMENTO DE PESO DE NIÑOS MENORES DE DOS AÑOS
ASISTENTES A CENTROS ABIERTOS COMUNA LOS ANGELES 1983

	0 ^o /o	-25 ^o /o	26-50 ^o /o	51-100 ^o /o	más 100 ^o /o	Total
Desnutrición leve	3	—	3	9	22	37
Desnutrición Moderada	2	1	3	5	4	15
Desnutrición Avanzada	5	1	8	15	27	56
				26,7 ^o /o	48 ^o /o	
					75 ^o /o	

TABLA 2
PORCENTAJE DE ALZA DE PESO EN PRE ESCOLARES DESNUTRIDOS
ASISTENTES A CENTROS ABIERTOS EN LA COMUNA DE LOS ANGELES 1983.

	0 ^o /o	-25 ^o /o	26-50 ^o /o	51-100 ^o /o	más 100 ^o /o	Total
Desnutrición leve	8	5	3	15	15	46
Desnutrición Moderada	2	1	—	5	2	10
Desnutrición avanzada	—	—	—	1	—	1
Total	10	6	3	21	17	57
				36,8 ^o /o	30 ^o /o	
					66,6 ^o /o	

Los Centros Abiertos de la Comuna de Los Angeles son establecimientos que entregan importantes aportes en la lucha contra la desnutrición infantil.

El bajo costo que representa su mantención, el cual es aportado por la Fundación de Ayuda a la Comunidad, lo hace aplicable en cualquier parte del país.

En la Comuna de Los Angeles durante el año 1983 se atendieron a 113 niños menores de seis años con diversos grados de desnutrición.

De los 113 niños atendidos (23) el 20^o/o alcanzó la normalidad nutritiva.

En el grupo de los desnutridos menores de seis años, 9 (16^o/o) alcanzó una total recuperación

Entre los preescolares, 14 (24^o/o) obtuvo una completa recuperación en lograr una total recuperación nutritiva.

Se presenta esta experiencia por los favorables resultados obtenidos, como un ejemplo de lo que es posible obtener a través de un programa de salud intersectorial y para incentivar su aplicación en otras partes del país en los cuales los Centros Abiertos tienen otra orientación.

68. RENDIMIENTO NUTRICIONAL DEL CENTRO DE RECUPERACION NUTRICIONAL DEL SERVICIO DE SALUD DE BIO-BIO EN YUMBEL

Dr. Iván Álvarez y Nutr. Sílvia Carcamo
(Dirección de Atención Primaria, Servicio de Salud Bio-Bios)

El Centro de Recuperación Nutricional ubicado en el Hospital de Yumbel, ocupa una sección de este establecimiento que se acondicionó en forma especial para este objetivo; tiene cuatro salas con capacidad para 26 cunas. A este Centro ingresan niños desnutridos enviados de todos los establecimientos del Servicio de Salud de Bio Bio según normas especialmente preparadas.

Los objetivos específicos de este trabajo fueron: 1) Establecer un seguimiento de los niños desnutridos ingresados al Centro de Recuperación Nutricional de Yumbel 2) Efectuar en ellos una evaluación nutricional periódica. 3) Determinar el grado de recuperación nutricional de los desnutridos ingresados a este Centro, el tiempo y costo para obtener la normalidad nutricional.

Se presentan los resultados obtenidos en recuperación nutricional de 42 niños menores de dos años desnutridos ingresados al Centro de Recuperación Nutricional de Yumbel desde Septiembre 1983 y Julio 1984. En todos ellos se estableció un seguimiento a través de una historia clínica individual y una evaluación nutricional periódica que hizo la nutricionista por la tabla de Sempé. A todos ellos se les administró fórmulas calóricas especialmente programadas por la nutricionista desde 120 a 200 calorías por Kg de peso.

Resultados

TABLA 1

LACTANTES RECUPERADOS Y DADOS DE ALTA DEL CENTRO NUTRICIONAL DE YUMBEL

	Número	o/o
Altas por Eutrofia	15	88,2
Altas solicitadas	1	5,8
Fallecidos	1	5,8
Total	17	100,0

Han egresado 17 niños de Septiembre 1983 a Julio 1984, lo que representa el 40,4% de los ingresos, de los cuales 15,35,7% de los ingresos, lo han hecho con normalidad nutritiva.

TABLA 2

PORCENTAJE DE ALZA DE PESO EN LACTANTES EGRESADOS EUTROFICOS DEL CENTRO RECUPERACION NUTRICIONAL DE YUMBEL

Porcentaje de Alza de Peso	Número	o/o
100 - 149%o	3	20
150 - 199%o	6	40
200 - 299%o	3	20
Más de 300%o	3	20
Total	15	100

El Centro de Recuperación Nutricional del Servicio de Salud de Bio Bio ubicado en el Hospital de Yumbel ha demostrado utilidad en la recuperación de lactantes desnutridos. Desde Septiembre 1983 a Julio 1984 han ingresado al Centro 42 lactantes desnutridos, moderados 42,80% y avanzados el 50%

En este período han logrado la normalidad nutritiva 15 niños lo que presenta el 35,70% de los ingresos. Todos los niños recuperados tuvieron considerables alzas de peso, en su mayoría sobre un 500%. El tiempo necesario para obtener la normalidad nutritiva fue como promedio 121 días en los desnutridos moderados y 133 días en los desnutridos avanzados. Se destaca la frecuencia e importancia de la patología intercurrente que ha ocasionado múltiples hospitalizaciones dificultando una más pronta recuperación. Después de su alta del Centro, entre 5 a 7 meses, el 730% según la Tabla de Sempe y el 930% según Tabla Peso Talla continuaba eutrófico.

Se enfatiza el bajo costo que ha significado para el Servicio el funcionamiento de este Centro. Se presenta esta experiencia por el favorable resultado obtenido cual es susceptibles de ser mejorado, y por la posibilidad de ser aplicado en otras partes de Chile con una realidad similar.

69. APROVECHAMIENTO DEL PROGRAMA DE ALIMENTACION COMPLEMENTARIA EN ESCOLARES URBANOS Y RURALES DE ÑUBLE

Nutr. Nora Plaza y Dra. Ana M. Kaempffer
(Depto. Salud, Nutrición y Diética, Instituto Profesional de Chillán y Escuela de Salud Pública, Facultad de Medicina, Universidad de Chile).

A nivel nacional se desarrolla el Programa "Alimentación Complementaria del Escolar", cuyo objetivo es suplir deficiencias alimentarias y mejorar la nutrición de los niños provenientes de los sectores de más escasos recursos. Esto le significa al estado chileno, realizar inversiones anuales superiores a los US\$ 80.000.000. Sin embargo, su rendimiento sólo ha sido conocido en términos de número de raciones entregadas por año y no de real impacto en la situación nutricional de los beneficiarios.

Por las razones señaladas y con el propósito de contribuir al desarrollo de programas de salud, se realizó este trabajo. Se deseaba conocer el comportamiento del criterio de selección en relación al estado nutritivo, el impacto del programa y explorar algunos aspectos del nivel de vida de los escolares y su relación con la situación nutricional.

Se estudió una muestra de 742 escolares de ambos sexos de hasta 12 años de edad, que representaban el 1000% de un universo de 828 niños elegidos al azar, con confianza de 950% y precisión de 40%. Niños provenían de 12 escuelas básicas fiscales de Ñuble: 4 urbanas periféricas y 8 rurales, todas ubicadas en sectores de muy escasos recursos.

Mediante antropometría se evaluó la situación nutricional en marzo de 1980 y 1982, utilizando la clasificación integrada de Peso/Edad, Talla/Edad, Peso/Talla, el criterio de Gómez y tabla SEMPE.

Se utilizó un cuestionario estructurado, diversos registros escolares e información proporcionada por directores de escuelas, profesores y los mismos escolares.

Se calculó ingreso per cápita mensual (Ingresos/número de personas) el que incluyó: total de ingresos en el mes, más el monto por producción casera de alimentos. Esta producción se registró aproximadamente en Kgs. y para determinar el monto de ingresos por ese concepto se elaboró una tabla de frecuencia de consumo de valores comerciales de los distintos alimentos según tamaño del grupo familiar.

Resultados:

Descripción General: La edad media de los niños era de 9,3 años y la razón de masculinidad de 1.1. La residencia se ubicaba en el 590% en sectores rurales y en un 410% en zonas urbanas periféricas de Chillán. La escolaridad paterna, en el 510% era inferior a 4º básico y apenas el 3,30% alcanzaba 1º medio o más. Similar escolaridad, aunque algo inferior, presenta-

ron las madres. En junio de 1982, el 82% de las familias tenía ingresos per cápita menor a \$ 900 y el 18% percibía cifras iguales y superiores a ésta. El 30% de las madres realizaba oficios menores remunerados, y el 59% de las familias registró producción casera de alimentos. Estos dos aspectos ocasionaban que sólo un 0,49% de las familias no registraran ingresos en ese mes, a pesar de la cesantía paterna (8,1%). La producción de alimentos modificaba el ingreso per cápita en distintas proporciones, y en el 20% de las familias llegó a constituir el 100% de los ingresos de ese mes.

Análisis particular. En 1980, en 742 niños se encontró un 36% de desnutrición total, 11% de sobrepeso y 3,3% de obesidad. El déficit afectaba más a menores de 8 años y el exceso a las damas de 8 y más años. Se disponía para ese total, de 278 raciones de almuerzo (37%), pero de 265 desnutridos sólo 96 recibían almuerzo al igual que el 40% de los sobrepeso y el 24% de los obesos.

En 1982, la desnutrición total era de 25% el sobrepeso de 13% y la obesidad de 7%. El déficit y el exceso afectaban a varones y damas igual que en 1980. Para los 742 niños se disponía de 187 almuerzos (25%) pero de 183 desnutridos existentes sólo 45 recibían almuerzo, así como el 30% de los sobrepeso y el 19% de los obesos.

La poco racional distribución del recurso alimenticio observada tenía su origen en el criterio de selección del beneficiario, el que obedecía a normas de aplicación nacional. Se operaba de acuerdo a estratificación social (índice CAS) y se daba prioridad a los índices 1,2 y 3 si eran menor de 10 años, no considerándose el estado nutricional del escolar.

La aplicación del criterio de selección, ofrecía resultados diferentes si se observaba en sectores urbanos o rurales, explicables por diferencias del medio ambiente que al parecer no discriminaban la pauta de clasificación de estratificación social.

La tasa de desnutrición total disminuyó de 36% a 25% entre 1980 y 1982, pero fundamentalmente a expensas de lo ocurrido en el sector rural, donde la desnutrición, en igual período se redujo de 38% a 21%.

Así como el criterio de selección del beneficiario condicionaba el aprovechamiento e impacto del programa alimentario, la producción casera de alimentos, al parecer se comportó como factor condicionante directo de la situación nutricional e indirecto del impacto del programa, porque éste suple necesidades.

Las diferencias observadas entre proporción de desnutridos y producción casera de alimentos eran estadísticamente significativas, $p \leq 0,01$.

La demanda de atención médica de las madres por problemas de salud de su hijo, considerada como reflejo de actitud y conducta en relación a escolaridad de éstas, se observó que aumentaba, según aumentaba la escolaridad materna. Las diferencias tenían significación estadística a un $p < 0,001$.

TABLA Nº 1
DISTRIBUCIÓN ALMUERZO ESCOLAR SEGUN
AÑO Y ESTADO NUTRITIVO

Estado Nutritivo	1980			1982		
	con almuerzo o/o n= 278	sin almuerzo o/o n= 464	Total Nº - o/o	con almuerzo o/o n= 187	sin almuerzo o/o n= 555	Total Nº - o/o
Normal	39,0	61,0	374-50,0	25,0	75,0	413-56,0
Desnutrido	36,0	64,0	265-36,0	25,0	75,0	183-25,0
Sobrepeso	40,0	60,0	78,11,0	30,0	70,0	93-13,0
Obeso	24,0	76,0	25-3,30	19,0	81,0	54- 7,0
Total	37,0	63,0	742-100	25,0	75,0	742-100

TABLA Nº 2

DISTRIBUCION DE DESNUTRICION SEGUN AÑO, SECTOR Y ESTRATIFICACION SOCIAL

Indice Estratific. Social	1980						1982					
	Urbanos			Rurales			Urbanos			Rurales		
	No	o/o	Tot.	No	o/o	Tot.	No	o/o	Tot.	No	o/o	Tot.
1	13	34,0	38	51	43,0	120	13	34,0	38	27	18,0	146
2	21	29,0	73	46	37,0	126	24	31,0	77	32	24,0	131
3	26	30,0	86	51	40,0	127	21	25,0	83	24	20,0	118
4	28	34,0	83	15	30,0	50	28	33,0	84	7	20,0	35
5	11	46,0	24	3	20,0	15	5	23,0	22	3	38,0	8
Total	99	33,0	304	166	38,0	438	90	30,0	304	93	21,0	438

* Desnutrición total

TABLA 3

DESNUTRICION SEGUN PRODUCCION DE ALIMENTOS

Producción de Alimentos	Desnutrición				Total	
	Si		No		No	o/o
	No	o/o	No	o/o		
Si	93	21,0	345	79,0	438	59,0
No	90	30,0	214	70,0	304	41,0
Total	183	25,0	559	75,0	742	100

p · 0,01

TABLA 4

DEMANDA ATENCION MEDICA SI EL HIJO TIENE UN PROBLEMA DE SALUD SEGUN ESCOLARIDAD MATERNA

Escolaridad Materna	Demanda Atención Médica				Total	
	Si		No		No	o/o
	No	o/o	No	o/o		
4º - Básico	93	34,0	182	66,0	275	65,0
4º - 8º Básico	89	67,0	44	33,0	133	31,0
1º Medio y más	14	82,0	3	18,0	17	4,0
Total	196	46,0	229	54,0	425	100

p · 0,001

70. CONOCIMIENTOS ALIMENTARIOS DE PROFESORES DE EDUCACION BASICA EN LA PROVINCIA DE CHILOE.

Nitr. Arturo Pinto, Dr. Zenobio Cárdenas y Dr. Víctor Hermosilla
(Hospital de Achao y Consultorio Curaco de Velez)

Se estudia, por primera vez en la provincia, una muestra de 145 profesores de Educación Básica de diferentes comunas, para medir el nivel que tienen en conocimientos de nutrición y alimentación.

A través de un Test de Diagnóstico se concluye que el grupo estudiado sólo tiene regulares conocimientos en un 48,20%, mientras que solo un 6,90% tiene un nivel bueno. Estos resultados son levemente mejores que los obtenidos en otras provincias. Se establece que son mejores los resultados a favor de los profesores cuyo título profesional es de origen universitario en relación a los profesores cuyo título es de Escuela Normal. El estudio separado por comunas concluyó que Queilen tiene un mejor nivel que el resto de comunas estudiadas, un 14,80% de sus profesores tiene un nivel bueno de conocimientos; por otra parte, en esa comuna no hubo profesores que se ubicaran en un nivel malo. También se determina que los profesores que se desempeñan en el sector rural tienen un mejor nivel que los del sector urbano, estableciéndose que un 22,80% de los profesores rurales tiene un nivel más que regular, por sobre un 15,90% del sector urbano y no hubo profesores urbanos con un nivel bueno, mientras que un 9,90% del sector rural se ubicó en ese nivel.

Finalmente se establece que existe gran interés, por parte de los profesores, en profundizar en las materias evaluadas. Se sugiere que a nivel de COMSE se planifique de acuerdo a esos objetivos.

TABLA 1

DISTRIBUCION DE PROFESORES POR COMUNA

Comuna	Total		Rural		Urbano	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Curaco de Velez	30	(20,65)	22	(15,2)	8	(5,6)
Queilen	27	(18,65)	27	(18,6)	---	---
Quemchi	12	(8,30)	12	(8,3)	---	---
Quinchao	76	(52,40)	40	(27,6)	36	(24,8)
	145	(100,0)	101	(69,6)	44	(30,4)

TABLA 2

NIVEL DE CONOCIMIENTOS DE PROFESORES DE EDUCACION BASICA

Calificación	Total		Rural		Urbano	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Bueno	10	6,9	10	9,9	---	---
Más que regular	30	20,8	23	22,8	7	15,9
Regular	70	48,2	46	45,5	24	54,6
Insuficiente	28	19,3	19	18,8	10	22,7
Malo	7	4,8	3	3,0	3	6,8
Total	145	100,0	101	100,0	44	100,0

71. EVALUACION DE LOS SERVICIOS DIETETICOS DE LECHE EN EL SERVICIO DE SALUD METROPOLITANO OCCIDENTE.

Nutr. Rosa Cárdenas y Mireya Marambio y Dr. Luis Roos
(Servicio de Salud Metropolitano Occidente)

La alimentación racional de la población y especialmente de los lactantes conforme a los conceptos modernos de la ciencia de la Nutrición, junto con la supervisión permanente del proceso de preparación y manejo de las mamaderas, tendientes a evitar la contaminación o la descomposición de este alimento básico para el desarrollo normal de los niños sanos y la recuperación de la salud de aquellos con algún grado de déficit nutricional, constituyen los dos pilares de la salud en el campo de la pediatría.

En esta presentación se pretende exponer un sistema de acreditación y control, aplicados a los Servicios Dietéticos de Leche (SEDILES) que funcionan en el área geográfica de nuestro Servicio de Salud.

Nuestro campo de investigación abarca a los establecimientos hospitalarios: San Juan de Dios, Félix Bulnes, Melipilla, Talagante y a los Centros de CONIN: Pudahuel, Renca y Melipilla.

En ellos se aplica un formulario de acreditación, elaborado sobre la base de normas técnicas y administrativas de la Secretaría Regional Metropolitana de Salud y completado en cuanto a control Sanitario.

El puntaje asignado a cada pregunta es igual a uno, no aplicando ponderación, con el objeto de asegurar absoluta objetividad, evitando apreciaciones personales, aunque no todos los rubros tienen igual importancia.

El cuestionario consta de 168 preguntas distribuidas en las siguientes áreas: Planta física, Equipamiento e Implementación, Cumplimiento de Normas Técnicas, Requisitos de Personal, Registros y Coordinación.

El tiempo de aplicación es de 30 minutos aproximadamente y permite la comparación con los resultados de las visitas anteriores.

El número de puntos medidos en cada establecimiento es diferente, de acuerdo a su complejidad.

Resultados

Los resultados comparativos de acreditación hechos a distancia de 6 o más meses, señalaron un aumento del número de puntos positivos en la 2ª y 3ª aplicación del formulario, relacionados con la implementación, abastecimiento y capacitación del personal.

Sin embargo debemos señalar ciertos aspectos que consideramos fundamentales y que hasta ahora no han podido resolverse favorablemente.

- a) En los SEDILES de nuestros hospitales. Se ha logrado mejorar los aspectos de esterilización, provisión de elementos de trabajo y capacitación del personal; el cambio de la estructura física de los edificios queda como tarea del futuro, al igual que la dotación con ciertos elementos que faltan o escasean (ropa esterilizada) y la instalación de control bacteriológico regular y sistemático de mamaderas, el control de salud periódico y capacitación permanente del personal.
- b) En los SEDILES DE CONIN. A su vez reconociendo los progresos logrados en los otros rubros, debemos señalar la urgencia de solucionar los siguientes problemas:
 - Proceder a esterilización inicial y terminal de las mamaderas mediante calor húmedo (autoclave) o seco (pupinel).
 - Someter a control bacteriológico periódico de las mamaderas.
 - Capacitar al personal (curso auxiliar SEDILE).
 - Proceder a examen de Salud semestral del personal.

ACREDITACION DE LOS SEDILES EN EL S.S. METROPOLITANO OCCIDENTE

Establecimientos Hospitalarios	1º Acreditación			2º Acreditación		
	Positivo	Negativo	Total	Positivo	Negativo	Total
San Juan de Dios	91	61	152	109	45	152
Felix Bulnes: Pediatría	108	55	163	134	29	163
Neonatología	112	28	140	115	25	140
Talagante	77	50	127	79	48	127
Melipilla	103	57	160	119	41	160

TABLA Nº 2

MEJORAMIENTO OBSERVADO POR RUBRO Y POR ESTABLECIMIENTO HOSPITALARIOS S.S.M.O. 1983 - 1984

Establecimientos	Planta Fisc.		Equipam.		Normas		Personal		Registros		Coordinac.	
	1ºAC	2ºAC	1ºAC	2ºAC	1ºAC	2ºAC	1ºAC	2ºAC	1ºAC	2ºAC	1ºAC	2ºAC
San Juan de Dios	22	24	28	34	34	43	2	2	4	5	1	1
F. Bulnes Pediatría	29	34	32	47	36	42	4	4	6	6	1	1
Neonatología	30	31	31	33	40	40	4	4	6	6	1	1
Talagante	17	19	23	27	27	23	3	5	5	5	2	2
Melipilla	30	32	33	41	31	37	2	2	5	5	2	2

72. PREVALENCIA DE ENFERMEDAD DESCOMPRESIVA AGUDA ENTRE LOS BUZOS MARISCADORES CON CAPACITACION Y SIN ESTA EN EL PUERTO DE TALTAL

Dr. Mohamed Danilla y Eduardo Focacci
(Hospital de Taltal)

El carácter masivo que ha alcanzado en nuestro país durante los últimos años, la actividad Subacuática profesional y deportivo recreativo, ha traído aparejada la presentación de enfermedades variadas, provocadas por las especiales características del medio marino y el uso incompetente y descontrolado de las complejas tecnologías que permiten la sobrevida submarina del buceador.

Uno de los accidentes que ocupa un lugar importante es la **enfermedad por descompresión inadecuada**. La prevalencia de este accidente es alta en nuestro país, pero no se dispone de una cuantificación objetiva de la magnitud del problema, dado principalmente por la marcada dispersión y aislamiento de los lugares de trabajo submarino en que estos se producen.

La forma aguda es la presentación más conocida de este síndrome clínico dividiéndose en: I.- Leves: Formas cutáneas, osteoarticulares y II.- Graves: Formas neurológicas y broncopulmonares.

El propósito de este trabajo es demostrar la alta prevalencia de esta enfermedad en los buzos mariscadores del puerto de Taltal, capacitados con su licencia reglamentaria y no capacitados (licencia de ayudante buzo), dado que como médicos clínicos la hemos tratado en

numerosas oportunidades, pero ignorando la real magnitud del problema, situación que se repite en el resto del país.

Se realizó una encuesta a la totalidad de los buzos trabajando activamente en la comuna de Taltal, registrados en la Capitanía de Puerto local, entre los períodos de junio al mes de agosto de 1984, obteniéndose un total de 40 encuestados, desglosados en 22 buzos capacitados y 18 no capacitados; la encuesta mencionada fue aplicada directamente por los autores del trabajo. Esta tenía los siguientes puntos a) Individualización, b) Capacitación, c) Tipo de buceo, d) Accidentes del buceo y características especiales del accidente.

Resultados :

De los 22 buzos capacitados, 12 de éstos habrán presentado el accidente (55%) y de los 18 no capacitados, 10 lo habrán tenido (56%). Respecto al número de veces que presentaron el accidente, en ambos grupos existe un porcentaje mayoritario de 70% que le ocurrió en una oportunidad y un escaso porcentaje dos o tres veces.

En cuanto a gravedad del accidente, en el 50% de los Buzos no capacitados, el fue considerado de tipo grave y en los capacitados un 33%. Secuelas permanentes se observaron solamente en el grupo de los no capacitados (20%). En cuanto a tratamiento recibido, el 100% en ambos grupos como primera medida, practica la autoinmersión, revirtiendo con esta medida el 50% de los casos y el resto debe consultar al Servicio Médico local, cediendo la sintomatología, con tratamiento médico sólo o combinado (descompresión en el mar) 40% y necesitando sólo un 10% de cámaras hiperbáricas en centros especializados (derivación a Antofagasta).

En este trabajo queda demostrada la alta prevalencia de la Enfermedad Descompresiva Aguda, entre los buzos mariscadores, no existiendo diferencias por la capacitación recibida.

La capacitación solamente da una tendencia a que los casos sean en su mayoría leves y no presentan por lo tanto secuelas permanentes.

Esto plantearía que la capacitación recibida para obtener licencia de buzos mariscadores propiamente tal, no los hace competentes en cuanto a conocimiento de tecnologías de sobrieda submarina. Esto podría deberse a que el curso capacitador y exámenes por organismos fiscalizadores es realizado en una sola oportunidad, no existiendo posteriormente técnicas de refuerzo del aprendizaje obtenido, quizás por la lejanía y dispersión de estos trabajadores y también a su constante peregrinaje por caletas y puertos; todo esto dificultaría el reforzamiento de lo aprendido. Afortunadamente existe una tendencia a presentar en una sola oportunidad el accidente, lo que hace pensar en que toman mayores precauciones para evitar repeticiones, explicando esto que se aprende con la experiencia del accidente y no por la capacitación, ya que en ambos grupos no hubo diferencia en la reiteración del accidente.

73. ESTUDIO DEL MEDIO AMBIENTE EN MONTE AGUILA Y CAMBIOS FAVORABLES EN EL SANEAMIENTO BASICO

Dr. Santiago Ismael Herrera
(Consultorio General Rural de Monte Aguila, Servicio de Salud Bio-Bio)

El binomio Salud Enfermedad, puede verse afectado negativamente por múltiples variables, siendo una de las más importantes el Medio Ambiente, que es todo lo que nos rodea (aire, vegetación, agua, terrenos de cultivo, alimentación, animales, vivienda, etc.). Este medio ambiente debe ser protegido para que no se transforme en adverso a las familias y a la comunidad.

El saneamiento básico, en su conjunto de medidas, nos permite preservar a las familias y a la comunidad de las enfermedades que se producen a causa del medio ambiente que los rodea.

En este trabajo se hace un estudio de la Comunidad de Monte Aguila, pueblo rural de la VIII Región, perteneciente al Servicio de Salud Bio-Bio, analizando lo encontrado en el año 1982/1983, después de aplicar encuestas a la población y de aplicar estrategias tendientes a mejorar estos factores.

En abril de 1982, se encuestó a toda la población de Monte Aguila y de acuerdo a los resultados se fijó un Plan de Trabajo para solucionar los problemas más importantes en el saneamiento básico de la población.

Para lograr el objetivo fue necesario actualizar, en el año 1983, la encuesta aplicada a todas las familias del territorio atendido por el Consultorio General Rural de Monte Aguila, que nos entregó toda la información sobre sus habitantes y el medio ambiente en que habitan.

Los resultados de la encuesta, fueron sumados y se sacó porcentaje de cada variable analizada, entre las que se destacan: la calidad del agua, eliminación de excretas, disposición de basura, estudio de las viviendas, etc.

Los resultados se entregan en las Tablas 1 y 2.

Podemos concluir, al hacer este análisis de lo encontrado en 1982 - 1983, que el saneamiento básico en la población de Monte Aguila, ha mejorado como se demuestra en este estudio.

Que la Educación Sanitaria es primordial para lograr cambios importantes en el saneamiento básico de una Comunidad.

Que los cambios más importantes y significativos han sido obtenidos después de realizar una intensa campaña de acción comunitaria, a los grupos afectados, con la Comunidad en general, destacándose:

- a) **Abastecimiento de Agua:** De un 71% que poseía agua potable en 1982, se ha elevado a un 98,2%, el abastecimiento en nuestra Población en el año 1983.
- b) **Disposición de Excretas:** Se ha erradicado en un 90,5% la eliminación de Excretas al aire libre, y acequias,.
- c) **Disposición de Basuras:** Se ha mejorado la disposición Inicial y Final de basura de 1982 a 1983 en un 92,6%.



TABLA 1
LA CALIDAD DEL ABASTECIMIENTO DE AGUA AÑOS 1982 - 1983

Origen	1982		1983		Variación
	Nº	%	Nº	%	%
Canal o Río	15	1,4	10	0,8	-0,6
Pozo o Noria	244	22,0	188	23,6	1,6
Pozo c/Bomba	63	5,6	79	6,5	0,9
Agua Potable	786	71,0	844	69,1	-1,9
T O T A L	1.108	100	1.221	100	

Ha disminuido la cantidad de agua deficitario (canal o río) de 15 a 10 familias y han aumentado en forma importante la captación de agua de pozo con bomba y agua potable (74 familias).

TABLA 2
DISPOSICION DE EXCRETAS, AÑOS 1982-1983

Sistema	1982		1983		Variación Porcentual
	Nº	%	Nº	%	%
Alcantarillado	00	00	00	00	00
Letrina Sanitaria	141	12,8	148	12,2	-0,6
Letrina c/Acequia	12	1,0	0	0	- 1
Pozo Negro	896	80,9	1.065	87,2	6,3
Campo Abierto	59	5,3	8	0,6	-4,7
T O T A L	1.108	100	1.221	1000	

Ha habido un mejoramiento en la eliminación de excretas de 1982 a 1983. Desapareció la letrina con acequia, disminuyó la eliminación de campo libre, de 49 a 8 familias (estas últimas viven aisladas en el campo, y aumentó el número de letrinas sanitarias.

74. INFLUENCIA DE LOS FACTORES DEL AMBIENTE EN LA INCIDENCIA DE ENFERMEDADES ENTERICAS EN LA CIUDAD DE SAN CARLOS.

Dra. Sonia Cerda, Ing. Francisco Unda, Dra. Ana M. Kaempffer, Guillermo Parr y Julián Mascareño.
(Servicio de Salud Nuble y Escuela de Salud Pública, Universidad de Chile)

Los conocimientos empíricos y/o teóricos a nivel nacional, sobre problemas relacionados con el ambiente en general, son parciales o discontinuos.

Dada esta situación y ante la imposibilidad de plantear un estudio sobre estas materias a nivel nacional y ni siquiera a nivel del área del Servicio Salud de Nuble, se eligió la ciudad de San Carlos que es una comunidad relativamente cerrada para fines de atención de Salud, y posee una escasa población flotante.

Este estudio tuvo como propósito:

Analizar las relaciones entre los diversos factores ambientales y la incidencia de algunas afecciones entéricas en la ciudad de San Carlos, y ponderar la importancia de aquellos factores Ambientales y Culturales que demuestran asociación en la incidencia de enfermedades gastrointestinales.

La investigación postula las siguientes hipótesis:

- que existe asociación entre frecuencia de enfermedades entéricas agudas y la existencia de algunos Factores Adversos en el ambiente Físico y Sociocultural, y
- que existe asociación entre frecuencia de enfermedades entéricas agudas, grado de escolaridad y el tipo de agente de Salud que se utiliza para resolver este tipo de problema.

Su diseño corresponde a un estudio de incidencia de enfermedades gastrointestinales de una muestra aleatoria sistemática de 697 viviendas de la ciudad de San Carlos y con un total de 3.301 personas investigadas. La muestra corresponde al 16% del total de las viviendas existentes en la ciudad de San Carlos, según dato de 1981 del Comité de Acción Social de la Ilustre Municipalidad de San Carlos. La encuesta se realizó entre el 14 y 28 de febrero de 1982, abarcando un total de 15 días.

Se destacan los siguientes resultados:

- Al cuantificar la incidencia de enfermedades entéricas en la población estudiada, ella alcanzó valores de 10,5%; al relacionarlo con la variable edad y ajustarlo a un año de edad, los casos de enfermedades entéricas que se presentan van de 13 casos por año de edad en el grupo de los menores de 1 año, mientras que los mayores de 65 años presentan 1.05 casos por año de edad.

Análisis de los Resultados Ambientales, considerados aisladamente:

- En los Factores Ambientales vinculados al abastecimiento de agua de las personas encuestadas en la ciudad de San Carlos, se ha constatado que el 87,4% tiene un sistema aceptable para agua. Al medir la asociación entre enfermedades entéricas y este factor ambiental, se encontró una diferencia estadísticamente significativa ($p < 0.005$).
- La eliminación de excretas como factor ambiental presenta en San Carlos una conexión a la red de alcantarillado del 39,4% (no existiendo matriz para el 58,2% de la población y un 2,4% no se ha conectado por motivos diversos). Encontramos que entre enfermedades entéricas y sistema de eliminación de excretas hay una alta asociación ($p < 0.001$).
- Referente a factores de conservación y protección de alimentos se ha tomado uno de los parámetros más representativos, como es la necesidad de "Recinto exclusivo para cocina en la vivienda", encontrándose asociación significativa entre la incidencia de enfermedades entéricas y modalidades de recinto de cocina.

Se presentan variables agrupadas que corresponden a resumen de "Calidad Sanitaria de las Viviendas" y al resumen de la "Calidad Sanitaria de los Alimentos" y sus respectivas frecuencias de enfermedades entéricas.

En la "Calidad Sanitaria de las Viviendas" (Tabla N° 1) se encuentra que sólo el 45,2% de las viviendas son clasificadas como de buena calidad, y al relacionar este dato con las enfermedades entéricas encontramos diferencias estadísticamente significativas ($p < 0.001$), observándose entre enfermedades entéricas y la calidad sanitaria de las viviendas, mayor inciden-

cia de éstas a medida que va deteriorando el factor vivienda.

La "Calidad Sanitaria de los Alimentos" (Tabla Nº 2), entrega porcentajes que corresponden sólo a un 23,1% de Buena Calidad Sanitaria de los Alimentos. Al relacionar esta variable con enfermedades entéricas, se encontró una asociación estadísticamente significativa ($p < 0.001$) entre la incidencia de enfermedades entéricas a medida que desmejora la "Calidad Sanitaria de los Alimentos".

Al analizar la variable Agente de Salud y tratar de relacionarla con nivel de escolaridad, tenemos que explicitar algunos datos previos. De las personas que enfermaron (348) el 47,5% no consultó, y de los que consultaron (183) sólo el 48,6% resuelve su problema con el Agente adecuado. Al cuantificar la asociación entre escolaridad de las madres de niños menores de 15 años (87) que fueron llevados a la consulta por enfermedades entéricas, se observa que en el grupo de madres que declaró tener escolaridad media, se presentó el mayor porcentaje de consulta a "Médico o Enfermera" y globalmente, al medir asociación entre escolaridad y Agente de Salud, resultó estadísticamente significativa ($p < 0.005$).

Por el contrario, al medir asociación entre grado de escolaridad de mayores de 15 años que enfermaron y Agente de Salud que otorgó la consulta, se observa que el porcentaje más alto (43,8%) consultó a farmacia. Al medir la asociación entre escolaridad y Agente de Salud, las diferencias encontradas no fueron estadísticamente significativas.

La incidencia global de enfermedades entéricas encontradas fue de 10.5% y esta es más elevada en los menores de 1 año.

Al ponderar la importancia de aquellos factores ambientales que muestran asociación con las enfermedades entéricas, considerados aisladamente, los de más alta significación son el sistema de abastecimiento de agua, el sistema de eliminación de excretas, y la modalidad de recinto de cocina de la vivienda. Y considerados integradamente en "Calidad Sanitaria de la Vivienda" y "Calidad Sanitaria de los Alimentos" encontramos que se demuestra la hipótesis de asociación entre frecuencia de enfermedades entéricas y la existencia de algunos factores adversos en el ambiente físico.

TABLA Nº 1

FRECUENCIA DE ENFERMEDADES ENTERICAS SEGUN CALIDAD SANITARIA DE LAS VIVIENDAS DE LAS PERSONAS ENCUESTADAS

Resumen de Calidad Sanitaria de las Viviendas	Enfermedades Entéricas				Total	
	Sí		No		Nº	%
	Nº	%	Nº	%		
Buena	121	8,1	1.370	91,9	1.491	100,0
Regular	99	10,0	888	90,0	987	100,0
Mala	128	15,6	695	84,4	823	100,0
Total	348	10,5	2.953	89,5	3.301	100,0

TABLA Nº 2

FRECUENCIA DE ENFERMEDADES ENTERICAS SEGUN LA CALIDAD SANITARIA DE LOS ALIMENTOS DE LAS PERSONAS ENCUESTADAS

Resumen de Calidad Sanitaria de los Alimentos	Enfermedades Entéricas				Total	
	Sí		No		Nº	%
	Nº	%	Nº	%		
Buena	55	7,2	707	92,8	762	100,0
Regular	111	9,4	1.075	90,6	1.186	100,0
Mala	182	13,4	1.171	86,6	1.353	100,0
Total	348	10,5	2.953	89,5	3.301	100,0

75. BACTERIAS ENTERICAS GRAM NEGATIVAS RESISTENTES A ANTIBIOTICOS EN UN PLANTEL PORCINO: ESTUDIO EPIDEMIOLOGICO.

Sres. Sergio Jaramillo, Raúl Zemelman y Mario Henríquez.
(Departamento de Ciencias Básicas, Instituto Profesional de Chillán y Departamento de Microbiología, Universidad de Concepción)

La adición de antibióticos en dosis subterapéuticas en el plantel porcino como promotores de crecimiento trae consigo la permanente selección de bacterias resistentes a dichos antibióticos y/o a otros que por diferentes mecanismos de transferencia las mutantes seleccionadas actúan como reservorios y transmisores hacia bacterias saprófitas o patógenas oportunistas habituales. Conocer la magnitud de cepas resistentes seleccionadas en la cadena trófica que constituye un plantel porcino, sus trabajadores y correspondientes grupos familiares, peces que reciben los desperdicios o aves silvestres que tienen acceso directo o indirecto a la alimentación o subproductos, constituirá un aporte tanto para la industria porcina en sí como para aclarar aspectos epidemiológicos de salud pública en general.

Se trabaja con una muestra estratificada de cerdos de acuerdo a fórmula recomendada por CEPANZO (200 cerdos) y con toda la población de trabajadores y sus correspondientes grupos familiares (59 trabajadores y 175 familiares). Así mismo se toman muestras de 30 truchas (*Trutta fario*) 5 pejerreyes (*Basilichthys australis*) 10 vinchucas acuáticas (*Belostoma bifeolata*) 20 tiuques (*Milvago chimango*) y otras especies de aves silvestres en menor número, que incluyen: patos, huairavos, pitios, perritos, gargetas, queltehues, cernícalo, gorriones y zorzales.

Se trabaja con deposiciones y se efectúan diluciones de uno por mil para sembrar en placas de Agar McCocnkey con 25 µg/ml. de ampicilina, tetraciclina, cloranfenicol y kanamicina con el fin de seleccionar y contar las cepas resistentes de la flora entérica Gram negativa a los respectivos antibióticos y una placa sin antibióticos como control de recuento total. Las cifras encontradas se analizan por estratos de niveles de manejo en los porcinos y, estratos de niveles de trabajo en el grupo de trabajadores y sus correspondientes grupos familiares.

Las bacterias entéricas Gram negativas resistentes en los 59 trabajadores del plantel se distribuyen en 35,3% resistentes para ampicilina, 29,5% para tetraciclina, 13,0% para kanamicina y 11,5% para cloranfenicol como promedios de los diferentes niveles de trabajo dentro del plantel. Los promedios de porcentajes de cepas bacterianas entéricas Gram negativas para los correspondientes grupos familiares se distribuyen en un 39,0% de resistentes para ampicilina, 32,5% para tetraciclina, 19,2% para cloranfenicol y 16,7% de cepas resistentes para kanamicina.

Los porcentajes promedios de cepas entéricas Gram negativas en los cerdos se distribuyen en 37,2% de cepas resistentes para tetraciclina, 27,2% para ampicilina, 17,9% para cloranfenicol y 11,7% para kanamicina.

Los promedios de resistencias de cepas entéricas Gram negativas para las truchas del sector de desagües de los colectores del plantel se distribuyen en 74,1% de cepas resistentes a la ampicilina, 65,7% para tetraciclina, 48,3% para cloranfenicol y 31,9% para kanamicina. En los pejerreyes analizados se encuentran un promedio de 69,3% de cepas resistentes a la ampicilina, 48,2% para cloranfenicol, 31,8% y 31,4% para tetraciclina y kanamicina respectivamente.

Los grupos testigos de truchas procedentes 20 km. aguas arriba no evidenciaron cepas resistentes.

Los promedios de cepas entéricas Gram negativas resistentes en tiuques cazados en la zona de desperdicios del plantel en estudio evidenciaron un promedio de 48,5% de cepas resistentes a ampicilina, 40,1% a tetraciclina, 21,0% a kanamicina y 18,5% a cloranfenicol. Los tiuques procedentes del área rural sin contacto con plantel en estudio no evidenciaron crecimiento de cepas resistentes a ningún antibiótico.

El resto de las especies de aves silvestres cazadas en las inmediaciones del plantel en estudio evidenciaron variados porcentajes de cepas entéricas Gram negativas resistentes a los cuatro antibióticos en estudio según tabla y que deben ser considerados como extremadamente altas.

Se estudio dos tipos de artrópodos: la vinchuca acuática y las moscas dentro de diferentes pabellones donde se crían los cerdos. Para la vinchuca se evidenciaron crecimiento de

cepas Gram negativas del macerado total del cuerpo en 23.0% para ampicilina, 9,7% para cloranfenicol, 4,1% para tetraciclina y 0,2% para kanamicina. En las moscas se evidenciaron un porcentaje promedio de cepas resistentes de 56,4% para tetraciclina, 43,5% para ampicilina, 38,0% para cloranfenicol y 10,4% para kanamicina.

La discusión de los resultados se centra en la evidente transmisión a todo el ecosistema de cepas entéricas Gram negativas resistentes a los cuatro antibióticos en estudio, tanto porque son incluidos en la terapia habitual del plantel como en dosis subterapéuticas como promotores de crecimiento.

Los grupos controles usados tanto en peces como en aves en este estudio al no presentar cepas resistentes demuestran la importancia que tiene en la transmisión el plantel en estudio. Sin embargo los grupos controles humanos presentan una alta incidencia de cepas entéricas Gram negativas resistentes a los antibióticos que se indican, ello hace suponer que existirían otras fuentes de contagio de cepas resistentes. Así también la automedicamentación podría estar jugando un rol en extremo importante en la selección de cepas resistentes.

Los autores recomiendan a la luz de estos resultados, un estudio exhaustivo en relación a las diferentes cadenas tróficas a lo largo del país así como incluir, como examen de rutina un control de cepas resistentes de origen entérico antes de proceder a la medicamentación para síndromes gastrointestinales.

CUADRO Nº 1

**DISTRIBUCION PORCENTUAL PROMEDIO DE CAPAS ENTERICAS
GRAM RESISTENTES A DIFERENTES ANTIBIOTICOS**

Especies	% de Cepas Resistentes			
	Tetraciclina	Ampicilina	Cloranfenicol	Kanamicina
Porcinos	37.2	27.2	17.9	11.7
Trabajadores	29.5	35.3	11.5	13.0
Familiares	32.5	39.0	19.2	16.7
Truchas	65.7	74.1	48.3	31.9
Pejerreyes	31.8	69.3	48.2	31.4
Vinchuca acuática	4.1	23.0	9.7	0.2
Moscas	56.3	43.5	38.0	10.4
Tiuques	40.1	48.5	18.5	21.0
Gorriones	41.4	27.6	10.9	5.0
Patos	45.5	27.6	7.0	0
Perritos	42.2	44.4	26.0	25.0
Queltehue	47.4	51.7	27.4	34.5
Huarivo	19.1	63.3	4.1	5.7
Zorzal	51.3	47.2	30.0	1.4
Pitio	99.5	62.5	50.0	62.5
Garceta	30.0	40.0	0	0
Cernícalo	0	84.3	20.0	5.6

76. RESISTENCIA A LOS ANTIBIOTICOS EN DIFERENTES GRUPOS DE POBLACIONES HUMANAS DE CHILLAN

Sres. Susana Muñoz y Sergio Jaramillo
(Instituto Profesional de Chillán)

El creciente aumento de la terapia antibiótica preventiva y curativa, trae entre otras trastornos secundarios, la permanente selección de las mutantes resistentes. Ello trae como consecuencia clínica, el continuo aumento de las dosis terapéuticas y una permanente búsqueda de nuevas drogas. Situación que repercute en los intereses económicos del paciente y en la credibilidad y prestigio hacia el facultativo.

La finalidad del presente trabajo es determinar la magnitud y alcance poblacional de la resistencia a los antibióticos de uso más frecuente, en bacterias entéricas Gram negativas de diferentes grupos humanos de la ciudad de Chillán, sometidos a diferentes labores de actividad laboral.

Se trabaja con deposiciones de 402 personas pertenecientes a 166 grupos familiares de la ciudad de Chillán, sin considerar situación socio-económica cultural. Los antecedentes se agrupan por edad y sexo para cada uno de los antibióticos analizados.

La población adulta contempla 59 trabajadores de un plantel porcino y 50 esposas de éstos, más 51 madres ajenas al grupo anterior, y en período de amamantamiento de los 51 lactantes considerados en el presente trabajo. El grupo etario de niños pertenecen a los correspondientes grupos familiares. Los jóvenes corresponden a poblaciones de estudiantes de Educación Superior de Enfermería y Pedagogía en Biología del mismo Instituto.

Se siembra un gramo de deposiciones diluida en 1 x 1000 en placas de Agar MacConkey conteniendo 25 ug/ml de tetraciclina, ampicilina, cloranfenicol y kanamicina, fueron transportadas en frascos estériles *ad-hoc* y procesadas dentro de las 2 horas de conseguidas. Se incuban a 37° C. por 24-48 horas y se procede a efectuar los correspondientes recuentos. Se utilizan las dependencias e instrumental del laboratorio clínico docente del Departamento de Ciencias Básicas del Instituto Profesional de Chillán.

Resultados :

Los resultados se ordenan por sexo en los diferentes grupos etarios con que se trabaja para cada antibiótico analizado (Tabla 1).

No se aprecian en general diferencias en las cifras porcentuales de resistencias para cada antibiótico en cada grupo poblacional considerado. Las cifras presentadas por los lactantes para ampicilina presentan diferencias estadísticamente significativas.

Al parecer las influencias laborales de cada grupo etario analizado no tienen significado en las diferencias porcentuales de resistencias para cada antibiótico analizado.

Tetraciclina y ampicilina demuestran tener en general mayor capacidad de selección de cepas entéricas Gram negativas en todos los grupos poblacionales utilizados. Los antecedentes se ordenan por sexo en cada nivel de edad y por rangos de resistencia para cada antibiótico con el fin de determinar las poblaciones con mayor o menor grado de flora bacteriana resistente.

Los autores consideran responsable de las altas cifras de resistencia presentadas a varios parámetros, dentro de los que se incluyen la terapia con drogas de amplio espectro, la automedicación y el consumo de alimentos crudos portando variadas cantidades de bacterias entericas Gram negativas resistentes a los antibióticos de uso más frecuente.

Recomiendan asimismo, mayores estudios para detectar la magnitud de la situación planteada en otras ciudades del país en pobladores clínicamente sanos. Se hace imprescindible analizar las influencias que en tal situación tienen los centros hospitalarios y los mataderos.

TABLA 1

DISTRIBUCION PORCENTUAL DE LAS CIFRAS DE RESISTENCIA PRESENTADA POR BACTERIAS ENTERICAS GRAM NEGATIVAS EN DIFERENTES GRUPOS POBLACIONALES DE LA CIUDAD DE CHILLAN POR EDAD Y SEXO. 1984.

Nivel	Sexo	Nº	Antibióticos			
			Tetra-ciclina	Ampici-lina	Cloran-fenicol	Kana-micina
Adultos	M	59	29,5	35,3	11,1	13,0
	F	101	34,9	40,2	24,7	19,6
Jóvenes	M	13	38,6	33,0	27,2	22,5
	F	43	29,5	36,3	21,7	26,9
Niños	M	59	32,4	39,3	22,6	17,8
	F	76	19,0	30,3	10,5	6,5
Lactantes	M	24	36,6	54,9	39,3	33,1
	F	27	33,7	61,3	35,9	20,8

M = Masculino

F = Femenino

77. RESULTADOS PRELIMINARES DE LA SEGUNDA EVALUACION DE CAMPO DE LA VACUNA ANTITIFICA ORAL EN CHILE. 1983 - 1984.

Dres. Catherine Ferreccio, Myron Levine, Héctor Rodríguez, Augusto Schuster, Robert Black, M. Lou Clement, José Manuel Borgoño y Hernán Lobos, (Ministerio de Salud; Centro para el Desarrollo de Vacuna, Universidad de Maryland, Instituto de Salud Pública).

Basados en los resultados de la vacunación antitífica oral Ty2la (vivotif) del Area Norte de Santiago, que mostró una eficacia moderada con 2 dosis de la vacuna en cápsulas entéricas y con intervalo de 8 días y una aparente pérdida de protección durante un período (abril 1983), se decidió realizar una nueva evaluación en el terreno de esta vacuna. Esta evaluación tendrá por objetivos: 1) determinar la protección alcanzada por escolares chilenos con 3 dosis de la vacuna; 2) realizar una comparación directa de dos formas farmacéuticas de presentación de la vacuna: cápsulas entéricas y cápsulas de gelatina más 1 gramo de bicarbonato de sodio; 3) realizar una comparación de dos calendarios de administración de la vacuna: intervalo corto (1-3 días entre cada dosis); e intervalo largo (21 días entre cada dosis).

Entre julio y septiembre de 1983, se llevó a cabo la segunda evaluación de terreno de la vacuna antitífica oral en Chile. En ella participaron los escolares de 1º Básico a 4º Medio (6 - 19 años) del Area Occidente de Santiago. Un total de 141.127 niños, cuyos padres dieron consentimiento para participar (96% del total de escolares), fueron distribuidos al azar en los siguientes grupos:

Grupo 1: Recibió 3 dosis de vacuna en cápsulas entéricas en intervalo corto.

Grupo 2: Recibió 3 dosis de vacuna en cápsulas de gelatina más Na HCO₃ en intervalo corto.

Grupo 3: Recibió 3 dosis de vacuna en cápsulas entéricas en intervalo largo.

Grupo 4: Recibió 3 dosis de vacuna en cápsulas de gelatina más Na HCO₃ en intervalo largo.

Grupo 5: Recibió 3 dosis de placebo.

Cada grupo estuvo compuesto de 22.0000 niños, aproximadamente (Tabla 1). A causa del ausentismo, algunos niños recibieron sólo 2 dosis de vacuna, 5.000 niños aproximadamente en cada grupo. El seguimiento epidemiológico de estos niños, se inició el 21 de septiembre de 1983. El 15 de abril de 1984 se abrió el código y se realizó un primer análisis de los resultados cuyas principales conclusiones son:

- 1) Como se observó en el Area Norte, la vacuna Ty21a, fue muy bien tolerada y no causó reacciones adversas significativas.
- 2) La formulación entérica es más práctica que la formulación cápsula de gelatina más Na HCO₃.
- 3) Entre septiembre 1983 - agosto 1984, se han detectado un total de 120 casos de Fiebre Tifoidea, confirmados por hemocultivos, entre los escolares del Area Occidente. La tasa de ataque de Fiebre Tifoidea en el grupo placebo (122×10^{-5}) es similar a la observada en el grupo placebo del Area Norte en las mismas fechas. Estas tasas de incidencia son un 30% menores que lo observado en el mismo período el año anterior (septiembre 1982 - agosto 1984). Sin embargo, la incidencia en el Area Occidente es aún 3 veces mayor que la observada en el grupo control de la evaluación realizada en 1978 en Egipto.
- 4) La vacuna en cápsulas entéricas dio una protección del 74% en el intervalo corto y de 70% en el intervalo largo.
- 5) La vacuna en cápsulas de gelatina más Na HCO₃ llegó al 30% de protección en el intervalo largo.
- 6) Dos dosis de la vacuna de una formulación determinada, dio una eficacia similar que 3 dosis de la respectiva formulación. Sin embargo, no se puede sacar conclusiones por que los niños que recibieron dos dosis no son comparables con los que recibieron 3 dosis, al no haber sido seleccionados al azar.

Con estos resultados se puede concluir que la formulación farmacéutica de elección es la cápsula entérica; que las dosis de vacuna se deben administrar con intervalo corto. Sin embargo aún no se tiene una respuesta sobre la dosis óptima, puesto que en el Area Occidente no se presentó diferencia entre los que recibieron 2 y 3 dosis de vacuna. Tampoco se ha determinado si una 4a. dosis puede aumentar significativamente la protección.

TABLA 1

VACUNACION ANTITIFICA AREA OCCIDENTE. SANTIAGO - CHILE

Distribución de los escolares según vacuna recibida

Dosis	Intervalo Largo		Intervalo Corto			Total	Sin Vacuna
	Cápsulas entéricas	Cápsulas gelatina Na HCO ₃	Cápsulas entéricas	Cápsulas gelatina	Placebo		
1 dosis	1.531	1.675	1.366	1.312	1.455	7.339	0
2 dosis	5.273	5.391	4.647	4.451	4.432	24.194	0
3 dosis	21.598	21.541	22.170	22.379	21.906	109.594	0
Total	28.402	28.607	28.183	28.142	27.793	141.127	14.962

78. ESTUDIO DE CONTACTOS DE CASOS DE GLOMERULONEFRITIS AGUDA POST ESTREPTOCÓCICA

Dres. Alejandro Morales, Ximena Berríos, Eda Lagomarsino, Enf. Beatriz Guzmán,
T. M. Cecilia Rodríguez y Dr. Francisco Quesney.
(Unidad Docente Asociada de Salud Pública, Escuela de Medicina, Universidad Católica).

La Unidad de Salud Pública de la Universidad Católica de Chile, inició en 1980 estudios clínico-epidemiológicos tendientes a caracterizar la glomerulonefritis aguda post-estreptocócica en el Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente de Santiago.

El estudio de los contactos domiciliarios de los casos índice complementa la caracterización epidemiológica de la enfermedad y es el objeto del presente análisis.

Para este estudio se diseñó un protocolo de investigación estandarizado, que contemplaba visita domiciliaria del grupo de contactos y registro del número de personas, su edad, sexo y evaluación socio-económica, sobre la base de algunos indicadores de Grafar modificado (calidad del barrio y la vivienda, hacinamiento y promiscuidad).

En las personas que aceptaron, se practicaron exámenes de laboratorio y se pesquisó actividad estreptocócica mediante frotis laríngeo o frotis cutáneo en los que presentaban lesiones cutáneas y medición de títulos de ASO. Se realizaron también exámenes de laboratorio apropiados para detectar actividad nefrítica tales como complemento sérico y sedimento urinario, este último restringido al grupo de menores de 16 años.

Los criterios empleados para documentar actividad estreptocócica y nefrítica, fueron los siguientes:

- Aislamiento de EBHA: 10 o más colonias en el cultivo primario, agrupados posteriormente como Grupo A.
- Títulos significativos de ASO: títulos iguales o superiores a 333 UT.
- Complemento sérico bajo: niveles inferiores a 10 mg%.
d) Sedimento urinario alterado: presencia de tres o más glóbulos rojos por campo o presencia de cilindro en cualquier cantidad por campo.

Los EBH aislados fueron agrupados en el Instituto de Salud Pública y tipificados de la Universidad de Tennessee en los Estados Unidos de América.

Resultados :

Se encuestó a 143 familias, con un total de 808 personas y un promedio familiar de 6,9 personas.

La edad promedio fue 20,8 años, con un rango de 1 a 83 y 44% de menores de 15 años.

Hubo un predominio de sexo femenino (51,8%).

Los indicadores socio-económicos analizados mostraron en cuanto a calidad de barrio un 55,2% de los casos en el extremo inferior de la escala. Este porcentaje era de 62,5, para la calidad de la vivienda en los tramos más deficientes.

El índice de promiscuidad era mayor a 2 personas por cama en un 21,4%, el hacinamiento superior a 4 personas por pieza en 23,4%

598 personas aceptaron los exámenes de laboratorio, en ellos se pesquisó EBHA en el 13,52% de los frotis faríngeos y en 47,7% de los frotis cutáneos realizados en 44 personas que presentaban lesión cutánea cultivable.

Los serotipos encontrados son similares a los obtenidos en los casos índices.

Los títulos significativos de ASO se presentaron en un 20% de los casos.

La presencia de complemento bajo en 17,7% y de sedimento urinario alterado en un 10,6%.

Estas dos alteraciones coexistieron en el 2,6% de los casos y se asociaron a evidencia de infección estreptocócica en el 1,3% de los casos.

Al comparar los resultados de los exámenes de detección de actividad estreptocócica con lo observado en población normal, se demuestran diferencias estadísticamente significativas para los porcentajes de aislamiento de EBHA en frotis laríngeos y para los porcentajes de títulos significativos de ASO, con probabilidad menor de 0.05 empleando el test de igualdad de proporciones.

Conclusiones :

El grupo de contactos de la glomerulonefritis aguda post-estreptocócica presenta evidencias serológicas y bacteriológicas de actividad estreptocócica que es mayor a la detectada en población normal.

Los serotipos aislados de contactos y casos índices son similares.

Se pesquisa un bajo porcentaje de alteraciones de laboratorio sugerentes de actividad nefrítica.

TABLA N° 1

ACTIVIDAD ESTREPTOCOCICA EN 598 CONTACTOS DE GLOMERULONEFRITIS AGUDA POST ESTREPTOCOCICA Y 168 PERSONAS DE POBLACION NORMAL SEGUN DIVERSOS INDICADORES. SERVICIO DE SALUD METROPOLITANO SUR ORIENTE. 1980 - 1983

	Contactos de Glomerulonefritis Aguda Post-Estreptocócica	Población Normal
Número	558	168
Promedio de edad (en años)	18.6	20.4
Aislamiento EBHA		
En Frotis Faringeo	13.4% (*)	7.4%o
En Frotis Cutáneo (**)	47.7%o (*)	--
Títulos de ASO		
333 UT.	20.0%o (*)	12.6%o

(*) = $p < 0.05$

(**) = Aislado de 44 casos que presentaron lesión cutánea.

TABLA Nº 2

**TIPIFICACION DE ESTREPTOCOCOS BETA HEMOLITICOS GRUPO A EN FROTIS
FARINGEOS DE 29 CASOS DE GLOMERULONEFRITIS AGUDA POST-ESTREPTOCOCICA
Y 77 DE CONTACTOS FAMILIARES.
SERVICIO DE SALUD METROPOLITANO SUR ORIENTE. 1980 - 1983**

Contactos			Casos Indices		
T	M	U	T	M	U
1	1	22	1	1	5
0	0	8	0	0	5
11	0	6	11	0	1
14	0	5	14	0	6
12	12	5	-	-	-
6	6	4	6	6	2
Imp. 19	0	4	Imp. 19	0	4
12	0	3	12	0	1
5/27/44	0	3	5/27/44	0	1
8/25/Imp. 19	0	3	8/25/Imp. 19	0	1
9	0	2	-	-	-
4	0	1	-	-	-
3/13	0	1	-	-	-
4/28	0	1	-	-	-
B 3264	0	1	-	-	-
28	0	1	-	-	-
18	0	1	-	-	-
3	0	1	3	0	1
4	4	1	4	4	1
2/28	2	1	-	-	-
9	74	1	-	-	-
3/13/B 3264	0	1	-	-	-
13	0	1	-	-	-
			1	0	1
TOTAL			TOTAL		
		77			29

79. PREVALENCIA DE MORBILIDAD TUBERCULOSA EN CONTACTOS DE TUBERCULOSIS PULMONAR ACTIVA

Enf. Margarita Astete y Dra. Aída Kirschbaum
(Escuela de Salud Pública, Universidad de Chile y Servicio de Salud Concepción-Arauco).

Se desarrolló un estudio de prevalencia de tuberculosis pulmonar entre los contactos íntimos del caso índice.

Se utilizó como referencia las técnicas de pesquisa descritas en las Normas Nacionales de Control de la TBC y las Normas de Pediatría de Enfermedades Respiratorias y TBC del Ministerio de Salud.

El universo se definió como todos los casos de TBC Pulmonar diagnosticados a través de baciloscopía positiva, cultivo positivo o sin confirmación bacteriológica, que iniciaron o reiniciaron tratamiento anti TBC en los establecimientos de Lota y Coronel, durante los meses de septiembre-diciembre de 1981 y enero-abril de 1982. Este universo además incluye a los contactos íntimos o personas que viven, duermen o se alimentan habitualmente en el hogar del caso índice.

El universo está constituido por 85 casos índice y 460 contactos (de éstos sólo terminaron el estudio 433 contactos o 94.1%).

Las técnicas de pesquisa utilizadas corresponden a: Prueba de PPD a menores de 15 años, radiografía de tórax en menores de 15 años, Abreu en mayores de 14 años, bacteriología de muestras de expectoración o contenido gástrico (directo y cultivo) y consulta médica.

Como resultado se observó que existe un promedio de 5.4 contactos por caso índice; de los 85 casos índices se encontró una relación de 1.6 hombres por cada mujer. El nivel educacional de los casos índices y contactos de 15 años y más corresponde a enseñanza básica en más de la mitad de los casos y sólo un 32% ha alcanzado la enseñanza media.

Para el grupo en estudio la variable actividad ocupacional mayoritariamente corresponde a la no remunerada (estudiantes, dueña de casa, cesantes). Un porcentaje cercano al 75% de los grupos familiares habitan viviendas catalogadas como regulares o malas, desde el punto de vista de tipo de vivienda y saneamiento básico.

El 68.2% de los casos índices fue diagnosticado mediante baciloscopía positiva, el 4.7% sólo con cultivo positivo y un 27.1% sin confirmación bacteriológica.

Al tomar el grupo de contactos para aplicarles las técnicas de pesquisa, se observó que existían 4 contactos ya identificados como casos de TBC, por los Servicios de Salud. Mediante el estudio fue posible identificar a 6 nuevos casos de TBC, esto corresponde a una tasa de prevalencia de TBC entre contactos de un 2.3%.

Resultados de las técnicas más importantes aplicadas:

- Se solicitó al menos un examen bacteriológico a 1 de cada 3 contactos con un promedio de 2.04 baciloscopía por contacto y un promedio levemente inferior de cultivos.

Existieron 15 muestras positivas, todas en expectoración, de las cuales 6 son baciloscopías positivas y 9 cultivos positivos. Esto da un porcentaje de positividad en expectoración de 3.6 para baciloscopía y 5.6 para cultivo.

El cultivo en expectoración tiene un rendimiento superior a la baciloscopía en igual muestra de 1.6 veces más.

A través de la bacteriología se identificó a 5 de los casos de TBC (3 con baciloscopía positiva y cultivo positivo y sólo 2 cultivo positivo). Los contactos con muestras de contenido gástrico, todos menores de 15 años, resultaron negativos al examen bacteriológico.

El examen radiológico, simultáneo a la bacteriología, entregó los siguientes resultados: En los contactos de 15 años y más se aplicó a un total de 247 individuos. Se identificó un 82.2 por ciento de contactos normales al Abreu; el 0.8 reveló TBC activa (2 contactos), el 1.6 por ciento sospecha de TBC, el 6.9 por ciento calcificaciones y lesiones residuales y el resto, otras patologías broncopulmonares y cardiopatía. La radiografía de tórax se aplicó a 158 contactos menores de 15 años y a 31 contactos de 15 años y más (de estos últimos, 7 ya tenían resultado de Abreu: TBC - sospecha de TBC y otro con Abreu normal pero con cultivo positivo).

La radiografía para los contactos de 15 años y más entrega un 16.1% de TBC activa (5 casos), en 3.2% sospecha de TBC y el 12.9% reveló calcificaciones, entre los diagnósticos más importantes.

En los contactos menores de 15 años la radiografía se observa normal en 90,6%, calcificación y lesiones residuales 4,4%, patología broncopulmonar no TBC 4,4% y sospecha de cardiopatía 0,6%.

Como conclusión se observó que de 6 casos nuevos de TBC 3 fueron diagnosticados simultáneamente con directo y cultivo positivo y radiología TBC, 1 con radiología TBC y cultivo positivo, 1 con radiología normal y cultivo positivo y finalmente 1 con bacteriología negativa y radiología TBC más confirmación diagnóstica por clínica.

Se requirió de 1.03 consultas médicas, como promedio, para los menores de 15 años y 1,7 consultas promedio para los 10 contactos de 15 años y más que las requirieron.

En resumen se identificaron 10 casos de tuberculosis en el grupo de 433 contactos, de los cuales 1 es menor de 15 años. Esto da una tasa de 0,6% para menores de 15 años y 3,3% para los contactos de 15 y más años.

Según la bibliografía revisada, se ha comprobado que los contactos cuyo caso índice fue diagnosticado mediante una baciloscopia positiva, presentan un mayor riesgo de infección y de morbilidad tuberculosa. En el presente estudio se observó lo siguiente:

La tasa de prevalencia de TBC pulmonar entre contactos, cuyo caso índice se diagnosticó mediante baciloscopia positiva, alcanzó a 3,2%. Esta tasa es francamente superior a la encontrada para los contactos cuyo caso índice fue diagnosticado mediante cultivo negativo (sin conformación bacteriológica) de 0,8%; no existiendo casos de TBC entre contactos cuyo caso índice fue diagnosticado mediante cultivo positivo (Tabla N° 2).

Dicho de otra forma: 9 de cada 10 casos de TBC pulmonar identificados entre los contactos, corresponden a aquellos cuyo caso índice presentó una baciloscopia positiva al momento del diagnóstico, con lo cual se confirma lo encontrado en otras investigaciones.

TABLA 1

**CONTACTOS DE TUBERCULOSIS PULMONAR POR GRUPOS DE EDAD
SEGUN CONCLUSION DIAGNOSTICA FINAL**

Grupos de Edad (Años)	Total Contactos	Conclusión Diagnóstica Final				Negativo para TBC
		Positivo para Tuberculosis				
		Bacilosc. (+)	Cultivo (+)	Cultivo (-)	Total	
T o t a l	433	6	3	1	10	423
Menor de 15	159	1	—	—	1	158
De 15 y más	274	5	3	1	9	265

TABLA 2

**RELACION ENTRE DIAGNOSTICO FINAL DE LOS CONTACTOS Y COMPROBACION
DIAGNOSTICA DEL CASO INDICE**

Comprobación Diagnóstica del Caso Índice			Diagnóstico Final de Contactos		
Comprobación	Casos Índices	Contactos	Casos nuevos de TBC Pulmonar		Negativo para TBC Pulmonar
			Nº	Tasa X 100	
T o t a l	85	433	10	2.3	423
Baciloscopia Positiva	58	285	9	3.2	276
Cultivo positivo	4	23	—	—	23
Cultivo negativo	23	125	1	0.8	124

80. REACCION TUBERCULINICA Y CICATRIZ BCG EN LACTANTES BAJO CONTROL VACUNADOS CON BCG LIOFILIZADO CANADIENSE

Q. F. Ivana Azzini, Dras. Raquel Carrasco y María de la Fuente,
Enfs. Ximena Ferrer, Cecilia Latrach y Pilar Rius.
(Instituto de Salud Pública, Escuela de Salud Pública, Universidad de Chile.
Maternidad del Salvador, Servicio de Salud Metropolitano Oriente)

Se realiza un trabajo de campo con 80 niños vacunados al nacer con vacuna BCG liofilizada canadiense en la Maternidad del Hospital del Salvador, Servicio de Salud Metropolitano Oriente (SSMO) de Santiago, con el propósito de contribuir al conocimiento de algunos aspectos de la vacuna BCG liofilizada en nuestro país desde octubre de 1982 en el Programa de Vacunación del Recien Nacido.

Se plantean como objetivos: a) determinar la presencia o ausencia de la cicatriz BCG; b) conocer la media de tamaño de la cicatriz BCG y de la reacción tuberculínica y determinar si existe correlación entre el tamaño de ambas.

Los niños fueron citados a los 4 meses de edad la Consultorio Santa Julia (SSMO) donde se les practicó y controló a las 72 horas el PPD. Se consideró positiva toda reacción con induración de 6 mm o más en su diámetro transversal, y los controles fueron practicados por una enfermera experta en este tipo de exámenes.

Se obtuvieron los siguientes resultados:

- La vacuna BCG liofilizada deja una cicatriz semejante a las utilizadas en Chile anteriormente.
- La reacción tuberculínica fue significativamente inferior (media 5,5 mm) a la obtenida en un estudio efectuado en 1976 con un grupo similar de niños vacunados con BCG líquido.
- No hubo correlación importante entre la reacción tuberculínica y el tamaño de la cicatriz.
- Se destaca la necesidad de repetir periódicamente estudios de campo similares y así mismo controles de muestras de vacunas tomadas en terreno.

TABLA 1

TAMAÑO DE CICATRIZ BCG EN NIÑOS DE 4 MESES SERVICIO DE SALUD METROPOLITANO ORIENTE, SANTIAGO - 1983

Cicatriz BCG (mm)	Nº	%
0 - 1	3	3,8
2 - 3	10	12,4
4 - 5	34	42,5
6 - 7	22	27,5
8 - 9	8	10,0
10 - 11	3	3,8
T o t a l	80	100,0

El 83,8% de los niños presentó cicatriz sobre 4-5 mm. La media del tamaño de la cicatriz fue de 5,27 mm con una desviación standard de 2.13;

TABLA 2

**TAMAÑO DE LA REACCIÓN TUBERCULÍNICA EN NIÑOS DE 4 MESES
SANTIAGO 1983**

PPD (mm)	Nº	%
0 - 1	13	17,6
2 - 3	13	17,6
4 - 5	9	12,1
6 - 7	14	18,9
8 - 9	14	18,9
10 - 11	10	13,5
12 - 13	1	1,4
*Total	74	100,0

* : 6 niños no asistieron a la lectura del PPD.

El 52,7% de los niños tuvo un PPD de 6 o más mm. La media de la reacción fue de 5,5 mm. con una desviación standard de 3,46.

81. EPIDEMIOLOGIA DE LA INFECCIÓN INTRAHOSPITALARIA EN EL HOSPITAL MILITAR

Enf. Patricia López, Dres. Santiago Rubio, Jorge Schwartz, Eduardo Welch, Gloria Zenteno,
Sandra Cerda, Francisco Cano y Sr. Ramón Ortega.
(Hospital Militar de Santiago).

Objetivo:

Este trabajo tuvo como objetivos:

- Determinar las tasas de infección hospitalaria observadas durante los meses de enero, abril, junio y octubre de 1983, en los Servicios de Gineco-Obstetricia, Cirugía y Especialidades Quirúrgicas del Hospital Militar de Santiago de Chile, y
- Determinar la importancia de los agentes etiológicos por servicio encuestado, con el fin de tener una orientación sobre la flora hospitalaria generadora de las principales infecciones nosocomiales y tomar las medidas pertinentes para aminorar riesgos.

La selección de los meses señalados obedeció a su representatividad estacional, en relación con las diversas patologías.

Este es un estudio preliminar por el cual se inician las actividades de este tipo en el Hospital, sirviendo de base para futuros análisis más elaborados.

Se revisaron los registros del laboratorio de Microbiología de los meses citados, considerando la totalidad de cultivos (+) en hemocultivos, urocultivos y cultivo de secreciones en los servicios ya enumerados, en pacientes hospitalizados. Todas las cepas recolectadas fueron analizadas del punto de vista de su sensibilidad antibiótica "in vitro" a Ampicilina, Cloranfenicol, Cotrimozazol, Gentamicina, Amikacina, Cefotaxima, Lincomicina y Cefradina.

Se consideró cepa nosocomial a todas aquellas que resultaron resistentes a 4 o más

de los antibióticos señalados considerando el aspecto clínico en casos especiales.

Resultados :

Se definen como Infección Hospitalaria, según los criterios establecidos, a 113 casos, de un total de 2.630 egresos, lo que configura una tasa general de 4,3% correspondiendo a Cirugía una tasa de 5,6, Gineco-obstetricia 1.1 y especialidades quirúrgicas 6.5.

La incidencia de los agentes etiológicos encontrados fue la siguiente:

- a) En hemocultivos, la escasez de la muestra impide un análisis estadístico.
- b) En urocultivos: Pseudomonas Aeruginosas 26,8%.
E. Coli 22%.
Klebsiella 12,2%.
Citrobacter Sp. 12,2%.
- c) En secreciones: Pseudomonas Aeruginosa 28,8%.
Staphylococos Epidemidis 22,7%.
Staphylococos Aureus 9,1%.
E. Coli 9,1%.
Ptroteus Mirabilis 9,1%.

TABLA I

**EGRESOS DE CASOS DE INFECCION HOSPITALARIA Y TASAS DE ATAQUE
POR SERVICIO – HOSPITAL MILITAR – 1983**

Servicio	Casos de I.H.	Total de Egresos	Tasa %
Cirugía	78	1.401	5.6
Gineco Obstetricia	9	828	1.1
Especialidades Quirúrgicas	26	401	6.5
T o t a l	113	2.630	4.3

TABLA 2

**IMPORTANCIA RELATIVA DE LOS AGENTES ETIOLÓGICOS
POR SERVICIO ENCUESTADO**

Agente Etiológico	Cirugía		Gineco Obstetricia	Esp. Quirúrgicas*
	Nº	%	Nº	Nº
Staphylococcus Aureus	3	3.9	3	3
Staphylococcus Epidermidis	13	16.8	3	6
Enterococo	4	5.2	—	—
E. Coli	11	14.3	2	1
Klebsiella	6	7.8	—	2
Enterobacter Sp.	4	5.2	1	2
Pseudomonas Aeruginosa	22	28.6	3	4
Proteus Mirabilis	5	6.5	—	1
Proteus Morgagni	2	2.6	1	—
Proteus Tettgeri	1	1.3	—	1
Citrobacter Sp.	1	1.3	—	—
Citrobacter Freundee	4	5.2	1	1
Providencia	1	1.3	—	—
T o t a l	77	100	14	21

* No se calculan % por el bajo número de casos.

82. OXIURIASIS EN ESCOLARES DE PICHIDEGUA, 1983

Dres. Silvia Poblete, Alfonso Avila, Aída Sepúlveda y Sr. Mario Paublo
(Hospital de Pichidegua, Servicio de Salud Bernardo O'Higgins, VI Región)

Pichidegua, comuna situada en la provincia de Cachapoal, VI Región, cuenta con una población de 14.896 habitantes de los cuales hay un 20,27% de población urbana y un 29,8 de población rural.

La principal fuente de trabajo es la agricultura y por ende, la población se encuentra dispersa en una amplia área geográfica. Por la razón anterior el saneamiento básico es deficiente, contándose sólo con un 12,3% de la población con alcantarillado.

Basados en lo anterior, es que hemos querido hacer un estudio descriptivo de la prevalencia de oxiuriasis en nuestra población escolar, estimando que ello nos dará un índice indirecto de la prevalencia de parasitosis en general.

Como objetivos planteamos: 1) Conocer la prevalencia de oxiuriasis en los escolares de Pichidegua, y 2) Analizar algunas variables que influirán en la prevalencia de la oxiuriasis.

Para el trabajo se dispuso de un box de atención pediátrica, portaobjetos y tela engomada (Scotch), un microscopio y formularios para la recolección de datos.

Se contó, en cuanto a recursos humanos, con cuatro Médicos Generales y Voluntarias de Cruz Roja.

Se tomó una muestra de 755 alumnos de Enseñanza Básica, 371 de sexo femenino y 384 de sexo masculino, estudiantes de la Escuela Municipal de Pichidegua. Se analizó el 100% de los alumnos, cuyas edades fluctuaban entre los 5 y 17 años, aplicándose el Test de Graham con sólo una muestra. La actividad anterior se llevó a cabo agrupando a los escolares por edades

y a los cuales el voluntariado de la Cruz Roja les aplicó individualmente el test. Las muestras fueron analizadas el mismo día en que fueron tomadas por los médicos coautores de este trabajo.

Resultados:

Se observó un 76.3% de positividad al Test de Graham en la muestra estudiada, no advirtiéndose diferencias significativas de positividad en las siguientes variables estudiadas: sexo, edad o tipo de eliminación de excretas,

Hay una gran proporción de asintomáticos con oxiuriasis comprobada según Test de Graham. Existe una pequeña población de sintomáticos con Test de Graham negativo, lo que podría deberse a la existencia de otras parasitosis intestinales con sintomatología semejante y/o a que el estudio fue realizado con una sola muestra, lo que aumenta la probabilidad de falsos negativos.

TABLA N° 1

DISTRIBUCION DE LA PREVALENCIA DE OXIURIASIS SEGUN SEXO EN ESCOLARES DE PICHIDEGUA EN DICIEMBRE DE 1983

Sexo	Positivo		Negativo		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
Femenino	265	71.4	106	28.6	361	100
Masculino	291	75.8	93	24.2	384	100
Total	556	73.6	199	26.4	755	100

TABLA N° 2

DISTRIBUCION DE OXIURIASIS SEGUN LA PRESENCIA O AUSENCIA DE SINTOMAS EN ESCOLARES DE PICHIDEGUA. DICIEMBRE 1983

Sintomatología	Positivos		Negativos		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
Sintomático	94	16.9	5	2.5	99	13.1
Asintomático	462	83.1	194	97.5	656	86.9
Total	556	100	199	100	755	100

83. TELEVISION Y BEBIDAS ALCOHOLICAS Y ANALCOHOLICAS

Dr. Pedro Naveillán, Enf. Edith Cornejo, Prof. Ilse López y Psicol. Heliette Saint Jean
(Escuela de Salud Pública)

La influencia de la T.V. en la conducta de los televidentes no ha logrado ser medido, dadas las múltiples variables que condicionan la conducta humana.

No obstante, hay teorías que plantean que el observar la conducta de otros, particularmente cuando aparece como agradable y altamente gratificada puede influir en la propia, que la difusión de masas tiene poco efecto, excepto en circunstancias especiales, como el aislamiento social que el efecto promedio en la masa depende en gran parte de la frecuencia con que se está expuesto, como también de la necesidad de gratificación psicológica relacionada con sus propias costumbres y usos.

Dadas nuestras características culturales en relación a la ingesta de bebidas alcohólicas y la trascendencia social que tiene su uso excesivo, interesó a los autores cuantificar la frecuencia de los mensajes relacionados con el hábito de beber que transmite la televisión chilena. Para tal efecto se adoptó un instrumento utilizado en estudios similares que se han publicado en U.S.A.

El trabajo que se presenta, es un estudio preliminar que pretende medir la frecuencia de los acontecimientos relacionados con el beber en los programas de TV y describir su presentación en los diferentes horarios del día en los tres canales de TV nacionales, tanto en programas propiamente tales como en propaganda comercial.

No pretende establecer relación entre los efectos conductivos que puedan producirse en las personas expuestas a los mensajes televisivos.

Doce voluntarios, monitorearon durante el mes de enero de 1984, de lunes a viernes todos los programas transmitidos por los tres canales de Santiago, desde las 20,00 a las 24,00 horas.

El registro fue hecho por períodos de 1/2 hora, distribuidos aleatoriamente, de tal modo que cada observador tenía a su cargo 12 medias horas, en días diferentes, distintos canales y diversos horarios.

Se registró el evento según bebidas alcohólicas y no alcohólicas, señalando si era publicidad o no.

Para eventos de bebidas alcohólicas se anotó el tipo de bebida: vino, cerveza, combinado; para ambos, el tipo de evento: referencia verbal, escena de sujetos bebiendo, trasfondo o ambiente de ingesta; el lugar en que el evento ocurre: bar, casa, otros; y la razón que va implícita para beber: relajación, celebración o ninguna razón obvia.

Es probable que dadas las características culturales, de nuestro país, en que la ingesta de bebidas alcohólicas es un hecho normal, integrado a la actividad diaria, los observadores que participaron en esta experiencia hayan omitido escenas difíciles de percibir o menos evidentes, a pesar de haber recibido un entrenamiento e instrucciones precisas.

Resultados :

Los resultados más importantes muestran un aumento de aparición de la ingestión de bebidas, en general, a medida que avanza la hora. Las alcohólicas se observan con más frecuencia a partir de las 21.30 horas, lo que es común en los 3 canales.

En el canal A el 75% de las observaciones de bebidas alcohólicas son atribuibles publicidad; en el B, en cambio, son los propios programas los responsables de su aparición y en el C aún cuando es más frecuente por publicidad la diferencia no es tan notable como en el canal A.

En conjunto, la publicidad muestra tanta ingestión de bebidas alcohólicas como no alcohólicas, 58% y 64% de las apariciones respectivamente.

Las "escenas de ingestión" son francamente más frecuentes, 3 de cada 4 veces en que aparecen los demás eventos. La casa y lugares no especificados ofrecen la mayoría de las situaciones del beber. Se destaca la "casa" como el lugar en que más se consume alcohol. Además la hospitalidad parece ser la razón que justifica mayoritariamente el consumo de alcohol.

Finalmente se hace énfasis en que se trata de una mera descripción de un hecho polémico y que se requiere de mayor análisis para obtener conclusiones.

TABLA Nº 1

**FRECUENCIA (%) DE APARICION DE BEBIDAS ALCOHOLICAS
SEGUN HORA EN CADA CANAL DE TELEVISION**

Hora	Canal			Total
	A	B	C	
20.00 – 20.29	4	8	6	5
20.30 – 20.59	3	0	0	2
21.00 – 21.29	0	0	2	1
21.30 – 21.59	29	0	13	18
22.00 – 22.29	12	4	17	12
22.30 – 22.59	16	15	15	16
23.00 – 23.29	9	46	17	18
23.30 – 23.59	27	27	30	28
Total	100	100	100	100
Nº Imágenes	68	26	54	148

TABLA Nº 2

BEBIDAS ALCOHOLICAS QUE APARECEN EN CADA CANAL EN PUBLICIDAD O NO

Canal	Publicidad		No Publicidad		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
A	51	75,0	17	25,0	68	100,0
B	4	15,4	22	84,6	26	100,0
C	32	59,3	22	40,7	54	100,0
Total	87	58,8	61	41,2	148	100,0

84. HABITO DE BEBER EN CINCO EMPRESAS PEQUEÑAS

Sociol. Carmen Naveillán y Dres. Marcelo Trucco y Eduardo Medina
(Asociación Chilena de Seguridad y Ministerio de Salud)

Se estudió el hábito de beber en los trabajadores pertenecientes a cinco empresas afiliadas a la Asociación Chilena de Seguridad que habrían detectado el problema y que quisieron colaborar con el estudio. Cuatro de ellas están relacionadas con el rubro de la construcción y una fabrica máquinas de refrigeración.

El estudio tuvo como objetivos: 1. Detección de bebedores problema entre los trabajadores; 2. Explorar relaciones entre factores laborales y tipo de ingestión; 3. Explorar relaciones entre factores individuales, socioculturales y hábito de beber.

El universo estudiado alcanzó a 182 trabajadores, entre empleados y obreros. Se recogió información de cada trabajador con una tabla completada en la empresa que incluyó edad, sexo, estado civil, nivel educacional, zona de origen, antigüedad en la empresa, categoría ocupacional. Se encuestó a los jefes y supervisores sobre antecedentes laborales, de salud y conductas

asociadas a la ingestión de alcohol y de comportamiento laboral. Con dicha información se seleccionó una muestra compuesta por todos los posibles bebedores problema y por un número similar de no bebedores, problema que alcanzó a 86 trabajadores. A esta muestra se le aplicó una encuesta en el hogar para pesquisar hábito de beber y consecuencias familiares y sociales de la ingestión. También se realizó una reunión de discusión de grupo con voluntarios de cada una de las empresas completando en grupo un cuestionario de opiniones elaborado por Jellinek.

Resultados :

Se encontró un 28% de trabajadores bebedores problema con un rango de variación de 23% en la más baja y 33% en la más alta.

Se consideraron bebedores problema los excesivos y los alcohólicos, sin establecer diferencias entre ambos grupos, con los criterios usados en otras investigaciones epidemiológicas.

Los porcentajes más altos de bebedores problema se encontraron en el grupo de edad de 35-44 años (31%), los obreros (30%), los con nivel educacional básico incompleto y analfabetos (39%), los originarios de la IX Región (43%). No se observó diferencia por estado civil.

En una empresa se encontró mayor porcentaje de bebedores problema entre los empleados que entre los obreros; en ella, los ejecutivos formaban un grupo con los empleados para beber juntos. En la empresa con porcentaje más alto de bebedor problema el 60% eran migrantes recientes de la IX Región.

Un 17% de los bebedores problema fueron detectados sólo por información del hogar sin que en la empresa se conociera su condición. Otro 17% se clasificó sólo con información de la empresa no confirmándose luego ello en el hogar.

En todas las empresas se encontraron grupos que se formaban para salir a beber luego de la jornada de trabajo. Un 69% de los bebedores anormales acostumbra a beber con sus compañeros de trabajo. Cercano a todas las empresas existía un clandestino o lugar de expendio.

Entre los trabajadores bebedores problema se encontró mayor porcentaje de atrasos y ausencias reiteradas, mayor porcentaje con bajo rendimiento laboral y mayor porcentaje con licencias médicas solicitadas que entre los demás trabajadores.

Conclusiones :

El porcentaje de bebedores problema encontrado es alto pero similar al de otros estudios para la población masculina ocupada. Se asocia con nivel educacional bajo, condición de obrero, migración reciente, edad entre 35-44 años. El bebedor anormal tiene rendimiento laboral más bajo, mayor cantidad de atrasos y ausentismo. El bebedor anormal o problema se ve favorecido por la existencia de un grupo de bebedores en la empresa, por la salida a colación fuera de ella y por la existencia de expendios o clandestinos en la proximidad de la empresa. La mayoría de los bebedores problema (69%) beben con sus compañeros de trabajo. El uso de más de una fuente de información favorece la confiabilidad de los datos.

TABLA 1

NUMERO Y PORCENTAJE DE BEBEDORES ANORMALES, TIPO 1, POR EMPRESA

Empresa	Nº	%
1	9	23
2	18	33
3	12	27
4	5	31
5	7	25
Total empresas	51	28

TABLA 2

TIPO DE BEBEDOR SEGUN NIVEL EDUCACIONAL, NUMERO Y PORCENTAJE

Tipo Bebedor	Nivel Educativo						Total	
	Analfabeto Nº	Básica + Incomp. %	Básica Completa Nº	Media + Incomp. %	Media Completa Nº	Superior + Incomp. %	Nº	%
Anormal	28	39	18	26	5	14	51	29
Normal	44	61	52	74	30	86	126	71
Total	72	100	70	100	35	100	177	100

TABLA 3

TIPO DE BEBEDOR SEGUN CATEGORIA OCUPACIONAL, NUMERO Y PORCENTAJE

Tipo Bebedor	Categoría Ocupacional					
	Empleados		Obreros		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Anormal	7	19	44	30	51	28
Sospechoso	2	5	3	2	5	3
Normal	28	76	98	68	126	69
Total	37	100	145	100	182	100

TABLA 4

TIPO DE BEBEDOR SEGUN REGION DE ORIGEN, METROPOLITANA, IX Y OTRAS, NUMERO Y PORCENTAJE

Tipo Bebedor	Región						Total	
	Metropolitana		IX		Otra		Nº	%
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Anormal	22	27	19	43	10	19	51	29
Normal	59	73	25	57	42	81	126	71
Total	81	100	44	100	52	100	177	100



85. CARACTERISTICAS DE LA INGESTION ALCOHOLICA DE NATIVOS Y CONTINENTALES EN ISLA DE PASCUA.

Sra. Jeanette Zamora y Gonzalo Jara
(Servicio de Salud Valparaíso San Antonio)

La investigación tuvo como objetivos:

- a) Categorizar el hábito de consumo de alcohol en la población seleccionada de acuerdo a tabla de Dobert y colaboradores en Alcohol y Alcoholismo.
- b) Identificar aspectos biológicos, sociales y culturales que inciden en la ingesta de alcohol.
- c) Comparar las características de la ingesta de alcohol entre Continentales y Pascuenses.
- d) Elaborar programas educativos de acuerdo a resultados obtenidos.

La información sobre el hábito de beber del habitante que trabaja en Isla de Pascua, corresponde a los resultados obtenidos de la aplicación de una encuesta estructurada y semi-estructurada a una muestra del 10% de la población entre 15 y 64 años realizada entre el 15 y 20 de mayo de 1980, seleccionadas de entre los trabajadores de Corfo, Conaf, Bezanilla y Salinas, previa reunión con representantes de cada una de las Empresas mencionadas.

De los 100 casos, el 96% eran obreros y el 14% empleados. El 89% hombres y el 11% mujeres.

La encuesta se realiza con la participación de 2 funcionarios del Hospital Hanga-Roa, que hablaban pascuense quienes sirven de intérprete en casos puntuales y aclaran dudas para facilitar la comprensión del instrumento de manera que la dificultad idiomática no resulte un problema.

Se confecciona tabla basándose en esquema presentado en el libro Alcohol y Alcoholismo (Dobert y Cols), y se relaciona la variable tipo de bebedores con factores biológicos, sociales, económicos, asociando Pascuenses y Continentales seleccionados en la investigación.

Resultados:

De los resultados obtenidos se observa que los Continentales (92%) son más bebedores que los nativos (75%). Entre bebedores excesivos, los nativos tienen el más alto porcentaje (25,4%), destacando bebedores hombres, y entre bebedores moderados los Continentales son el 80,8%.

Respecto a la edad ingieren bebidas alcohólicas en un 72% entre los 20 y 44 años. Los bebedores excesivos nativos tienden a tener más edad que los bebedores moderados.

El ingreso promedio destacó más en los nativos bebedores moderados y excesivos que entre los continentales.

El más bajo sueldo lo reciben los abstemios nativos. Los bebedores nativos tienden a tener mayor ingreso promedio que los abstemios. Los continentales son los que tienen el ingreso más alto.

La ingesta alcohólica por primera vez, destaca en general entre los 15 y 19 años en un 46%, siendo para la mayoría "por curiosidad" sin diferencia entre nativos y continentales, prefiriendo éstos beber en el hogar en contraposición con los nativos. Pero, ambos grupos estudiados prefieren beber acompañados.

En la edad de primera embriaguez, los continentales lo hacen antes que los nativos en un 75%; no ocurre lo mismo con los nativos que en su mayoría corresponden a edades que varían entre los 15 hasta 24 años en menor proporción.

Con respecto a la preferencia de tipos de bebida alcohólica se observa que los continentales tienden a beber más vino (53%) que los nativos (15,7%) y éstos beben más cerveza (45%), en especial los días de trabajo.

Sin embargo, ambos prefieren beber "pisco" fuera de las horas de comidas y fuera del hogar.

Los nativos prefieren beber después de reuniones deportivas, en un 79% del total, en cambio los continentales lo hacen en un 40%. La falta de entretenimientos es la causa principal de ingesta alcohólica en los nativos.

En cuanto a la definición de Alcoholismo, el 62% de los encuestados lo considera un "vicio".

TABLA 1

TIPOS DE BEBEDORES EN NATIVOS DE PASCUA Y CONTINENTALES

Tipo	Nativos		Continentales
	Varones %	Mujeres %	Varones %
Excesivos	25,4	—	15,4
Moderados	55,5	33,0	80,8
Abstemios	19,1	67,0	3,8
Total	100	100	100

TABLA 2

DIAS DE INGESTION DE ALCOHOL Y AUSENCIA DE ENTRETENCIONES EN BEBEDORES NATIVOS Y CONTINENTALES

	Nativos moderados %	Nativos excesivos %	Continentales moderados %
Con entretenimientos	17	6	67
Sin entretenimientos	83	94	33
Ingestión en fines de semana	25	40	38
Ingestión en días de trabajo	75	60	62

86. FACTORES DE ABSTINENCIA PROLONGADA EN EX-ALCOHOLICOS AFILIADOS A ORGANIZACIONES REHABILITADORAS

Dres. Luis Caris y Eduardo Medina y Psicol. María Teresa Dobert
(Escuela de Salud Pública, Universidad de Chile y Ministerio de Salud)

El presente trabajo es una investigación descriptiva de los factores psicosociales asociados con abstinencia prolongada, en ex-alcohólicos pertenecientes a Clubes de Abstemios afiliados a la Unión Rehabilitadora de Alcohólicos de Chile (U.R.A.C.H.). Un cuestionario autoadministrado fue respondido por una muestra representativa de los socios de todos los clubes de la Región Metropolitana que tuvieron una abstinencia de por lo menos cinco años.

Se tabularon 104 encuestas de personas, casi todos hombres, provenientes de un universo bastante homogéneo en relación a características biodemográficas.

La historia del alcoholismo fue variable, destacando consecuencias negativas familiares, laborales y policiales. El compromiso orgánico individual fue poco importante no obstante que, subjetivamente, fue la motivación más importante para hacerse tratamiento.

La adquisición de la conciencia de enfermedad está relacionada con la apreciación subjetiva de mala salud física o mental a la influencia de figuras afectivamente significativas.

La iniciación de tratamiento ocurrió mayoritariamente en establecimientos estatales de salud de nivel primario. En la mantención de la abstinencia prolongada adquirió importancia la participación del Club de Abstemios.

Parece haber una clara relación directa entre la abstinencia prolongada y la participación casi exclusiva de la organización rehabilitadora.

Llamó la atención que la mayoría de los pacientes cambió el grupo de amistades con las cuales antes bebía.

Cada club presentó un pequeño estamento directivo y una mayoría de socios activos, asociando al mayor grado de instrucción formal con la participación en roles directivos.

De los factores psicosociales detectados, la conciencia subjetiva de mala salud física es importante tenerla presente en futuras acciones de prevención del alcoholismo.

87. PREVALENCIA DEL SINDROME ALCOHOLICO FETAL EN ESCUELAS ESPECIALES DE CONCEPCION

Dres. María Mena, Carlos Torres, Eduardo Fernández, Mónica Muñoz,
Rina Carrasco, Gladys Oliva y Sr. Heberto Pérez.
(Hospital G. Grant Benavente, Dirección de Atención Periférica, Servicio de Salud
Concepción y Universidad de Concepción)

El daño fetal producido por el alcohol es actualmente el mayor daño cerebral conocido causado por el teratógeno consumido más frecuentemente en el mundo occidental. También se considera el alcoholismo fetal como la principal causa de retardo mental (RM) prevenible.

Incentivados por la elevada frecuencia de retardo mental en escolares referidos a la Policlínica de Genética del Hosp. Guillermo Grant de Concepción, se decidió investigar la prevalencia de Síndrome Alcohólico Fetal (SAF) en Escuelas Especiales (EE) de la Provincia de Concepción.

Durante el año escolar 1982 se estudiaron tres escuelas especiales de la ciudad de Concepción y en 1983 cuatro de Lota, Coronel, Penco y Talcahuano. se estudiaron 7 de 12 existentes en la provincia, con un total de 778 alumnos lo que corresponde a un 69% del universo considerado. En las 7 escuelas especiales se investigaron los antecedentes personales y familiares de todos los alumnos y en especial el antecedente de alcoholismo materno y paterno con entrevista personal a los padres y examen físico de los alumnos.

Resultados :

Se diagnosticaron 80 alumnos con SAF (10,2%), 30 de ellos con SAF completo y 50 parcial, según la cantidad de rasgos físicos y de acuerdo a la clasificación internacional del SAF. Se observó que los SAF completos tenían en general C.I. inferiores y mayor cantidad de alteraciones neurológicas que los SAF parciales.

TABLA 1

**PREVALENCIA DEL SAF EN 7 ESCUELAS ESPECIALES
DE LA PROVINCIA DE CONCEPCION**

Escuela Especial	Con SAF		Sin SAF		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
E - 1197	6	3,3	174	96,7	180	100
F - 526	14	11,76	105	88,24	119	100
F - 524	14	16,10	73	83,9	87	100
F - 698	12	9,03	121	90,97	133	100
F - 647	10	11,50	77	88,50	87	100
F - 579	10	12,20	72	87,80	82	100
F - 511	14	15,50	76	84,50	90	100
Total	80	10,20	697	89,6	778	100

La prevalencia del SAF fue mayor en la Escuela Especial F-524 (16%) ubicada en un barrio de Concepción con elevado índice de alcoholismo y también en las Escuelas Especiales F-511 de Talcahuano (15%) y F-579 de Penco (12%). Coincide el hecho que en todas las escuelas existe una mayor proporción de alumnos educables (70% a 80%) excepto en la E.E. E-1197 en que predominan los alumnos con retardo mental entrenable (61%) y tiene la menor prevalencia de SAF (3,3%). Si no se considera esta escuela por su distribución excepcional de retardo mental, el promedio de prevalencia de SAF en la Escuelas Especiales de la provincia sería de 12,3%. (Tabla 1).

TABLA 2

SOBREVIVENCIA DE PADRES BEBEDORES EXCESIVOS EN 80 SAF

Bebedores excesivos	Vivos		Fallecidos		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Padre	43	75,43	14	24,57	57	100
Madre	51	68,86	22	30,14	73	100
Total	94	72,31	36	27,69	130	100

Se puede observar en la Tabla 2 que los 73 padres de los 80 escolares con SAF (algunas parejas tenían más de un hijo con SAF) presentan elevada mortalidad por cirrosis hepática etílica, especialmente las madres.

La frecuencia de ingestión excesiva de alcohol de los padres en las Escuelas Especiales fluctuaba entre 30% y 65% con un promedio de 41%.

En cuanto a la residencia actual de los 80 escolares con SAF, 38 (47,50%) viven con sus padres, 27 (33%) lo hacen con otros familiares y 15 (18,8%) habitan en Hogares Infantiles. En total 52,50% no viven con sus padres.

Conclusiones :

- 1) El SAF generalmente provoca retardo mental educable y tiene un promedio de prevalencia de 12,3% en escuelas especiales de la provincia de Concepción.
- 2) También es causa de numerosos problemas sociales de la infancia (52,5%).
- 3) Lo más importante es que dicho retardo mental provocado por el SAF es absolutamente prevenible si se educa a la población.

88. CUESTIONARIO PARA EVALUAR SALUD MENTAL EN LA EDAD JUVENIL

Psicol. Beatriz Zegers y Jorge Manzi, Dr. Ramón Florenzano, Psicol. Cecilia Acle, Wendy Berger, Verónica González y José Antonio Montalbán
(Escuela de Psicología, Universidad Católica y División Oriente, Facultad de Medicina, Universidad de Chile)

Se ha señalado que los problemas de Salud Mental en la edad juvenil, representan uno relevante, si se consideran estudios epidemiológicos acerca de motivos de consulta de este grupo etario. Se plantea asimismo que el diagnóstico debe realizarse precozmente, ya que los problemas y desajustes psicológicos en esta edad no remiten espontáneamente, sino que más bien tienden a persistir en la adultez.

Teniendo en cuenta lo anteriormente expresado y la necesidad de contar con instrumentos diagnósticos cuya aplicación sea de amplia cobertura, económica y eficiente, es que se construyó un cuestionario con tales características como parte de un proyecto de investigación financiado por el DIUC (Dirección de Investigación Universidad Católica).

El instrumento constituye un cuestionario de selección se orienta a establecer la probabilidad estimada de que un sujeto presente un desorden mental. El diagnóstico definitivo de los sujetos que obtienen altos puntajes, continúa siendo una tarea para personal especializado. La confiabilidad (.94) y la validez obtenida, permiten presentarlo como un cuestionario susceptible de ser utilizado en estudios poblacionales.

El cuestionario definitivo consta de 60 ítem y sus contenidos se basan en los desórdenes neuróticos descritos en el DSM-III y preguntas modificadas del Cuestionario General de Goldberg, excluyéndose expresamente los desórdenes psicosexuales. El análisis estadístico de ítem dejó ocho categorías diagnósticas, destacando la exclusión de desórdenes conductuales subsocializados no agresivos y socializados agresivos y no agresivos. Ello conjuntamente al hecho de que en el cuestionario definitivo, dos ítem cuyos contenidos apuntan a los desórdenes oposicionales mostraron no discriminar entre jóvenes normales y patológicos, sugieren que es un área que debiera investigarse en mayor profundidad. Posiblemente tenga relación con la deseabilidad social implícita y que afectan a la forma en que éstos se responden. El hecho de que la muestra estuviera constituida por jóvenes que pertenecen al sistema educacional puede ser otro factor explicativo. Tampoco aparecen representados con desórdenes de abuso de sustancia, los que también fueron eliminados por su bajo poder discriminativo. Esto no deja de resultar llamativo, sin embargo, es concordante con lo que señaláramos en otro trabajo que presentáramos el año pasado. En ese estudio se encontró que de "las áreas exploradas, la que mereció menor preocupación a los jóvenes fue la de uso de sustancias químicas". Finalmente, la exclusión de otros desórdenes está de acuerdo con la baja prevalencia de los mismos descrita en la literatura (como tics, tartamudez, etc.).

Los resultados que se presentan corresponden a datos de 240 jóvenes que se definen según variables de Salud Mental (normalidad vs. patología); sexo, nivel de desarrollo (prepuberes - puberes - adolescencia) y nivel socio-económico (medio-alto - medio-bajo).

El análisis de la varianza realizado en la estimación de la validez, arrojó un importante y notorio efecto de la variable normalidad-patología. El promedio de puntaje obtenido para el grupo normal fue de 9.7 y para el patológico de 29.7, de un máximo posible de 60 puntos. El punto de corte se fijó en los 19 puntos o más para que los sujetos sean considerados como potencialmente patológicos. Este hallazgo resulta significativo, en la medida que este punto de corte es más alto que el obtenido a través de la aplicación de un cuestionario de características similares en una población adulta; ello estaría de algún modo avalando lo señalado en la literatura, en el sentido de que la presencia de síntomas en la edad juvenil sería esperable en algún grado y podría entenderse como ligado al proceso normal de desarrollo. Sin embargo, aún así, es posible distinguir y diferenciar entre jóvenes normales y aquellos que requieren de una ayuda especializada.

Un análisis factorial realizado, no sólo avala en buena medida la estructura del instrumento, sino que aporta antecedentes relativos a las características de la psicopatología en esta edad y es concordante una vez más con lo descrito en la literatura. Se encontró la presencia de un factor general, el que pos sí sólo da cuenta del 21,53% de la varianza explicada. Ello junto a los desórdenes representados en los factores más significativos, muestran que la psicopatología se expresaría inicialmente como cuadros de tipo mixto, junto a una importante presen-

cia de síntomas angustiosos y depresivos.

El análisis de la varianza también mostró un efecto significativo de la variable nivel de desarrollo, observándose un aumento del puntaje obtenido en la adolescencia. De hecho un análisis del comportamiento de los sujetos frente a los distintos ítem muestra que esta afirmación es válida para el grupo de adolescentes considerados normales como patológicos.

Lo anterior pueden entenderse a la luz de la problemática de la adolescencia y que se relaciona con el enfrentamiento de las tareas de la edad, pero además recalca la necesidad de estudiar a este grupo etario considerando diferencialmente a los jóvenes según sean pre-púberes, púberes o adolescentes. De hecho en el presente cuestionario se establecieron puntos de cortes diferenciales según nivel de desarrollo, los que varían entre 15 (pre-púberes), 17 (púberes) y 21 (adolescentes).

Con respecto a las variables nivel socio-económico y sexo, no se encontraron efectos estadísticamente significativos. Este hecho resulta llamativo ya que muchos estudios han encontrado una mayor sintomatología neurótica en los niveles socio-económicos más bajos, y de síntomas depresivos y ansiosos en mujeres, aún cuando esos datos provienen de estudios realizados principalmente con poblaciones adultas. Esto sugiere la conveniencia de que en futuros estudios se precise la incidencia de ambos criterios en el comportamiento psicopatológico en jóvenes de este grupo etario.

TABLA N° 1

RESULTADOS DE ANALISIS DE LA VARIANZA EN LOS PUNTAJES DEL CUESTIONARIO DE SALUD MENTAL SEGUN LOS CUATRO CRITERIOS DE CLASIFICACION DE LA MUESTRA (n = 239) (*)

Criterio de Clasificación	Suma de Cuadrados	af	f	Significación de F
Sexo	21.805	1	0.356	• 551
Nivel de Desarrollo	532.718	2	4.352	• 014 ($\alpha = 0,05$)
N. S. E.	232.051	1	3.791	• 053
Criterio Normalidad	23.788.381	1	388.665	• 100 ($\alpha = 0,01$)

* No se incluyen los efectos de interacción ya que ninguno de ellos resultó estadísticamente significativo.

89. DROGADICCION Y ALCOHOLISMO EN LA POBLACION PRE-ADOLESCENTE Y ADOLESCENTE DE LA COMUNA DE LAS CONDES: ESTUDIO DIAGNOSTICO.

Dres. Juan Rusque, Pedro Naveillán y Enrique Sepúlveda.
A.S. María Angelica Celedón e Ing. Com. Raúl González
(Escuela de Salud Pública)

Se presenta la síntesis de un estudio diagnóstico sobre la materia realizado por la Ilustre Municipalidad de Las Condes entre noviembre-83 y marzo-84, como base para la planificación de actividades técnicas tendientes a la solución en sus diferentes niveles, del problema del alcoholismo y la drogadicción entre los pre-adolescentes y adolescentes de la población de dicha municipalidad.

Se trata de un estudio multidisciplinario que abarca aspectos conceptuales, bibliográficos; las características básicas de la comuna y su población; las acciones preventivas realizadas a nivel policial jurídico, de salud y educacional; el costo económico; y los resultados de un estudio de campo realizado para estimar la incógnita del problema de la juventud.

Los principales hallazgos aparecen en las Tablas anexas.

TABLA 1

COSTO ECONOMICO DIRECTO ANUAL, DERIVADO DEL CONSUMO EXCESIVO DE ALCOHOL Y/O DROGAS DE LA POBLACION PRE-ADOLESCENTE Y ADOLESCENTE DE LA COMUNA DE LAS CONDES

Tipo de Costo	Monto Anual (\$)
Por menor aporte productivo anual de jóvenes que beben en exceso	376.300
Por menor productividad de jóvenes que beben en exceso	31.233.960
Por destrozos y daños a automóviles en accidentes del tránsito en los cuales participan jóvenes en estado de ebriedad	900.000
Por destrozos y daños a cabinas telefónicas	220.320
Por destrozos y daños a parques y plazas	1.080.000
Por destrozos y daños a señales del tránsito	720.000
Por peritajes psiquiátricos realizados por el Instituto Médico Legal de Santiago a jóvenes de la comuna que consumen drogas	137.700
Por atención y tratamiento a jóvenes drogadictos en el Centro del Adolescente de Las Condes	200.000
Por acciones realizadas por Carabineros de Chile, en relación a problemas ocasionados por menores de la comuna de Las Condes, que se encuentran bajo efectos del alcohol	308.448
Para Juzgados de Policía Local de Las Condes, por causas en las cuales intervienen menores, relacionados con accidentes del tránsito y estados de ebriedad	2.351.916
Total Costo Directo Anual	37.528.644

TABLA 2

CONSUMO DE ALCOHOL EN LOS ESTUDIANTES

	Nº	%
Total Alumnos en la muestra	8.715	100,0
Nº promedio de alumnos que han consumido alcohol alguna vez en su vida	4.715	54,1
Nº promedio de alumnos que han consumido alcohol durante el último año	2.310	26,5
Nº promedio de alumnos que se han embriagado alguna vez en su vida	208	2,4
Nº promedio de alumnos que se han embriagado durante el último año	178	2,0
Nº promedio de alumnos que se han embriagado durante el último mes	48	0,6
Nº promedio de alumnos que se han embriagado más de 12 veces al año	23	0,3

TABLA 3

CONSUMO DE MARIHUANA EN LOS ESTUDIANTES

	Nº	%
Total alumnos en la muestra	8.715	100.0
Nº promedio de alumnos que han consumido marihuana alguna vez en su vida	918	10.5
Nº promedio de alumnos que han consumido marihuana durante el último año	851	9.8
Nº promedio de alumnos que han consumido marihuana durante el último mes	691	8.0
Nº promedio de alumnos que han consumido marihuana por lo menos una vez a la semana	118	1.4

TABLA 4

CONSUMO DE SOLVENTES VOLATILES EN LOS ESTUDIANTES

	Nº	%
Total	8.715	100.0
Nº promedio de alumnos que han inhalado alguna vez en su vida	26	0.3
Nº promedio de alumnos que inhalan por lo menos una vez al mes	8	0.1

TABLA 5

CONSUMO DE ANFETAMINAS Y TRANQUILIZANTES EN LOS ESTUDIANTES

	Nº	%
Total	8.715	100.0
Nº promedio alumnos que han consumido anfetaminas durante el último año	40	0.5
Nº promedio alumnos que han consumido anfetaminas durante el último mes	16	0.2
Nº promedio de alumnos que han consumido tranquilizantes durante el último año	164	1.9
Nº promedio de alumnos que han consumido tranquilizantes durante el último mes	48	0.6

90. CONOCIMIENTOS DE DROGADICCION EN PROFESORES Y ALUMNOS DE CURANILAHUE

Dres. Gian Pallini, Juan Monsalve, David Silva y Mauricio Tapia
(Hospital de Curanilahue, Servicio de Salud Concepción-Arauco)

Curanilahue; comunidad rural, es un poblado cuya principal fuente de trabajo en la Minería de Carbón. Pertenece a la provincia de Arauco, VIII Región, y depende del Servicio de Salud Concepción-Arauco. Cuenta con una población de aproximadamente 30.000 habitantes con un 90% de población urbana y 10% de población rural. Existe en el campo educacional, un Liceo que alberga aproximadamente 1.500 alumnos de enseñanza media, contando con una dotación de 45 profesores para las distintas asignaturas. Dado que la provincia de Arauco cuenta con índice económico que la ubican entre las más pobres del país, y sus niveles culturales son bajísimos, es que consideramos que se trataría de una población de alto riesgo frente a medidas evasivas tales como el alcohol, tabaco y drogadicción.

Basado en lo anterior y viendo nuestras posibilidades de educar en estos terrenos hemos querido determinar el nivel de conocimientos existentes en relación a Drogadicción en alumnos de 4º año de educación media y profesores del Liceo de Curanilahue, ya que éstos representan los mayores exponentes culturales del pueblo. Consideramos que estableciendo ésto, obtendríamos una visión aproximada del nivel inicial que contamos para iniciar la educación en estas áreas.

Como objetivos se planteó: Determinar el nivel de conocimiento acerca de drogadicción existentes en alumnos de 4º año medio y profesores del Liceo de Curanilahue, año 1984, analizando comparativamente el promedio de conocimientos en alumnos y profesores y cada ítem propuesto acerca de Drogadicción.

Se contó con cuatro médicos generales y formularios de preguntas acerca del tema, suficientes para encuestar al 100% de la población propuesta, proporcionada por el Departamento de Educación Municipal (DEM) de Curanilahue.

Durante el mes de junio de 1984, se probó la encuesta en el 20% de la muestra a estudiar no observándose defectos técnicos que dificultaran su desarrollo. Durante ese mismo mes se aplica en todos los 4ºs medios del Liceo de Curanilahue, completando un total de 129 alumnos encuestados. Paralelamente se aplicó a todos los profesores del Liceo con un total de 44 docentes encuestados. La supervisión del certamen estuvo a cargo de los médicos autores de este trabajo. Posteriormente la información fue procesada y tabulada.

Resultados :

En el estudio realizado se aprecia que tanto profesores como alumnos, carecen de conocimientos mínimos acerca de drogadicción, existiendo mínimas diferencias en ambas muestras estudiadas.

Hay un nivel de conocimientos, prácticamente nulo en relación a Psicofármacos tales como barbitúricos, tranquilizantes, LSD, marihuana y anfetaminas.

Existe un bajo nivel de conocimientos en relación a los efectos inmediatos y repercusiones tardías de las drogas inhalantes, tanto en los alumnos como en los profesores estudiados.

En general hay concordancia que para prevenir la drogadicción habría que tener mayores conocimientos acerca del tema y asesoría médica en el caso de necesidad de uso de ellos.

TABLA N° 1

DISTRIBUCION DE ALUMNOS DE 4º AÑO MEDIO Y PROFESORES DEL LICEO DE CURANILAHUE, SEGUN PORCENTAJE DE RESPUESTAS CORRECTAS EN RELACION A DROGADICCION. JUNIO 1984

Porcentaje de respuestas correctas	Profesores		Alumnos		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
< 25	12	27,3	93	72,1	105	60,7
25 - 49	20	45,5	32	24,8	52	30,1
50 - 74	12	27,3	4	3,1	16	9,2
75 - 85	0	0	0	0	0	0
> 85	0	0	0	0	0	0
Total	44	100	129	100	173	100

En general, el nivel de conocimientos en relación al tema es muy bajo, tanto para los alumnos como para los profesores estudiados. No se observan profesores ni alumnos que hayan alcanzado un nivel de respuestas correctas superior a 74%. Se observa un 27,3% de profesores que alcanzó el nivel de 50-74% de respuestas correctas versus un 3,1% de alumnos en esa misma condición. Existe un 72,8% de profesores que obtuvo un nivel de respuestas correctas inferior a 50%; de ellos un 27,3% no alcanzó ni siquiera un 25% de acierto.

En los alumnos se aprecia que un 96,9% no alcanzó un nivel de 50% de respuestas correctas, destacándose, además, que un 72,1% no logró ni siquiera un 25% de acierto.



91. PROGRAMA DE CAPACITACION CONTINUA EN PSIQUIATRIA BASICA Y SALUD MENTAL

Dres. Eduardo Medina, Ramón Florenzano U., Guido Solari y Sociól, M. Teresa Figueras
(Ministerio de Salud y División de Ciencias Médicas Oriente, Facultad de Medicina, Universidad de Chile)

Se estima que un 20% de la población del país presenta algún tipo de trastorno mental que requiere tratamiento, sin considerar la repercusiones psicológicas de diversas afecciones somáticas. La situación puede ser descrita de la siguiente manera:

1. La mayoría de estas personas consulta y son atendidas en consultorios de medicina interna y medicina general.
Sin embargo el médico recién egresado posee insuficiente capacidad diagnóstica y terapéutica en este campo, a lo que se agrega una actitud distanciadora y una baja motivación hacia estos trastornos.
2. Los recursos especializados son insuficientes, estando concentrados en las regiones centrales del país.
3. La mayoría de estos trastornos pueden ser resueltos con acciones técnicas de baja complejidad, al alcance del médico general; por otra parte, la prevención primaria de los trastornos más prevalentes puede ser abordada también por este profesional y por el resto del equipo de salud del nivel primario asistencial.
- 4) En un sentido general, en la actualidad la realización de un diagnóstico temprano y un tratamiento adecuado evita la cronicidad de la mayoría de estas afecciones.

Con el objeto de abordar esta situación, desde 1978 el Ministerio de Salud, con el apoyo de recursos universitarios, se encuentra realizando el Programa de Capacitación en Psiquiatría Básica y Salud Mental. Sus propósitos son los siguientes:

1. Entregar conocimientos y destrezas para el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades mentales de mayor prevalencia, con los fines de prevención primaria, secundaria y terciaria de ellas.
2. Programas, realizar y evaluar acciones de Salud Mental.
3. Establecer delegación y coordinación del Equipo de Salud para realizar programas de prevención y atención en la patología de mayor prevalencia: alcoholismo, abuso de drogas, neurosis, etc.
4. Alcanzar mejores actitudes hacia el paciente psiquiátrico.

Para lograr los propósitos se plantea realizar la capacitación en niveles crecientes que son los siguientes:

Nivel I: dirigido a médicos generales, desde el Nivel Central de Salud

Nivel II: orientado a los demás profesionales del Equipo de Salud.

Nivel III: entregado a todo el equipo de Salud, por docentes de centros especializados locales.

Hasta el momento se ha dado cumplimiento al Nivel I; se ha capacitado a alrededor de 400 médicos generales, en dos modalidades:

1978-82 mediante un equipo docente itinerante y a partir de 1983 se realizó la capacitación en la Región Metropolitana.

Se ha evaluado hasta la fecha la adquisición de conocimientos y se ha podido asesorar en el terreno mayores acciones en el capo de la Salud Mental en algunos de los médicos que han recibido la capacitación.

El perfeccionamiento del Nivel I como el logro de los otros niveles previstos requiere necesariamente de la participación activa de los recursos especializados tanto asistenciales como docentes a lo largo del país. Se han iniciado recientemente acciones con el objeto de motivar y coordinar esta participación.

92. ACTIVIDADES DE PREVENCIÓN DE LAS DEPENDENCIAS QUÍMICAS EN LA REGIÓN METROPOLITANA : DESCRIPCIÓN Y TIPOLOGÍA

Dres. Ramón Florenzano U., Luis Caris, Attilio Rebori, Eduardo Thumala, L. Toledo
y Psicóloga Verónica Gubbins.

(División Oriente y Escuela de Salud Pública, Facultad de Medicina, Universidad de Chile y Comisión Coordinadores de Salud Mental, Secretaría Regional Ministerial de Salud, Región Metropolitana)

Durante 1984, la Comisión Coordinadora de Salud Mental, que funciona asesorando al Secretario Regional Ministerial de Salud, se fijó como uno de sus objetivos el realizar un diagnóstico de las actividades que las comunas de la Región Metropolitana han realizado para enfrentar el creciente problema que representa el uso de sustancias químicas por la juventud. Para ello se entrevistó personalmente al encargado de estas actividades en 30 de los 34 Municipios de la Región, utilizando un formato de encuesta pre-estructurada. Este trabajo presenta los resultados de dicha encuesta.

Los Programas de Prevención Primaria, Secundaria o Terciaria comienzan en 4 Comunas entre 1976 y 1977, y aumentan sobre todo en los años 1982 (11) y 1983 (9). Las actividades de Prevención Primaria más extendidas son las aplicaciones de proyectos nacionales: el de Prevención Primaria en la Comunidad Escolar Básica (25 comunas) y las actividades de uso del tiempo libre coordinados por los Consejos Locales de Deportes (28 comunas). Algo más de la mitad de las comunas (16) han desarrollado Centros Culturales Juveniles y un número cercano (17) tienen programas de Prevención Primaria a nivel de la Enseñanza Media. La participación del voluntariado en dichas actividades es variable; cuando existe se hace o a través de Clubes Recuperadores de Alcohólicos o a través de las Secretarías de la Juventud o de la Mujer. Existe asesoría externa en un tercio de las comunas, generalmente de Universidades (Faculta-

des de Medicina) o Escuela de Servicio Social.

Las actividades de Prevención Secundaria (diagnóstico temprano, tratamiento o rehabilitación) se organiza a través de tres modalidades: el equipo de salud general desarrolla las acciones dentro de su programación habitual en 14 comunas; existe un equipo de salud mental a cargo directo de estos problemas en 9, y existen equipos o centros de adolescencia en 4. En cuatro comunas rurales no hay tratamiento ni para alcohólicos, ni para fármacodependientes; en las 26 restantes existen Programas de tratamiento para alcohólicos adultos, que en 22 casos están coordinados con Clubes Recuperadores de alcohólicos. Existe posibilidad de tratamiento ambulatorio de adolescentes fármacodependientes en 5 comunas. En caso de necesidad de tratamiento hospitalizado se deriva a los dos Hospitales Psiquiátricos de la Región (José Horwitz en 12 comunas y El Peral en 10) o a las Unidades Psiquiátricas de los Hospitales Salvador (3) o Barros Luco (4). La percepción de los recursos para prevención y tratamiento desde las Comunas es de una extrema carencia, tanto el personal capacitado como de recursos económicos e infraestructura.

Se confeccionó luego, a partir de una tabulación ponderada de la cantidad y tipo de actividades realizadas en cada comuna, una tipología que agrupó a estas en cuatro grupos: uno constituido por 8 comunas rurales (Alhué, San Pedro, Isla de Maipo, Curacaví, Pirque, Paine, Calera y María Pinto) con el menor grado de actividades; dos grupos intermedios, constituidos por comunas capitales de provincia uno, y por comunas sub-urbanas y urbanas otro; finalmente un cuarto grupo formado por las cinco comunas con mayor número de actividades (Las Condes, Providencia, La Reina, Puente Alto y Conchalí) (Cuadro 1). Finalmente, se revisan las prioridades y problemas para acciones futuras formuladas a nivel comunal, así como se formulan diferentes recomendaciones para mejorar la planificación e implementación de este tipo de acciones.

CUADRO 1

TIPOLOGIA DE COMUNAS DE LA REGION METROPOLITANA SEGUN CANTIDAD Y NIVEL DE SUS PROGRAMAS DE ALCOHOLISMO Y DROGADICCION, 1984

GRUPO 1: MENOS DE 10 PUNTOS			
- Alhué	(4)	- Pirque	(7)
- San Pedro	(6)	- Paine	(8)
- Isla de Maipo	(6)	- Calera de Tango	(8)
- Curacaví	(7)	- María Pinto	
GRUPO 2: 11 - 14 PUNTOS			
- Talagante	(12)	- Buin	(13)
- Melipilla	(12)	- Ñuñoa	(14)
- Lampa	(13)	- Pudahuel	(14)
- San Bernardo	(13)		
GRUPO 3: 15 - 19 PUNTOS			
- San José de Maipo	(15)	- Renca	(15)
- Santiago	(15)	- La Granja	(15)
- Peñaflor	(15)	- La Cisterna	(17)
- Quinta Normal	(15)	- Maipú	(18)
- Quilicura	(15)	- La Florida	(18)
GRUPO 4: SOBRE 20 PUNTOS			
- Las Condes (20)	(20)	- Puente Alto	(21)
- Providencia	(20)	- Conchalí	(23)
- La Reina	(21)		

93. LOS FACTORES EMOCIONALES EN LA PRODUCCION DE ACCIDENTES

Drs. Ernesto Medina, Juan Pablo Pascual, Loreto Michea, Darío Martínez, Patricio Miller,
Luis Miranda y Mariano Moreno
(Escuela de Salud Pública, Facultad de Medicina, Universidad de Chile).

Los accidentes constituyen en Chile un problema relevante por su frecuencia y trascendencia. De acuerdo a estudios realizados por nosotros, en Santiago se producen 0.17 accidentes anuales de mediana o alta gravedad por persona, por lo cual se entiende que sean la tercera causa de consulta, el cuarto motivo de hospitalización y la tercera causa de muerte entre nosotros. Los estudios epidemiológicos revelan que los accidentes no ocurren por razones fortuitas sino que, en la gran mayoría, es posible identificar la existencia previa de condiciones ambientales peligrosas o de acciones personales riesgosas. Los factores psicológicos adquieren especial importancia en la génesis de estas últimas. Dadas estas razones nos pareció importante explorar la relación existente entre diversas situaciones inductoras de tensión emocional o stress y la producción de accidentes en nuestro medio.

El diseño correspondió a un estudio de casos y controles, entendiendo por casos a personas de 15 años y más consultantes por accidentes en servicios de urgencia de Santiago, y por controles a consultantes de los mismos servicios por patología no accidental, no vinculada a problemas emocionales. Para el diseño se usó un sistema de emparejamiento o "matching" por lo cual ambos grupos son similares en cuanto a sexo y edad; el análisis posterior no reveló diferencias en cuanto a nivel socioeconómico y profesión o actividad. Se encuestaron un total de 200 accidentados y 200 controles en la Casa Central de la Asistencia Pública y en el Servicio de Urgencia del Hospital Clínico de la Universidad de Chile. Reflejando la tendencia habitual del problema 2/3 fueron varones y la mayor frecuencia se registró en el decenio de 20-29 años; un 37% correspondió a accidentes del hogar, 30% del trabajo, 15% del tránsito y 17% en sitios públicos.

En la Tabla 1 se presenta la clasificación alcohólica de casos y controles en que el grado I es la ausencia de aliento alcohólico; II, la presencia de lo anterior; III, inestabilidad en la marcha y IV, estupor o coma. Puede advertirse una significativa diferencia ($p < 0.01$), equivalente a un riesgo relativo de accidente en alcoholizados de 6,3 en comparación con los no alcoholizados.

Tanto en los casos como en los controles se investigó la frecuencia de factores de stress, de acuerdo a la escala de Holmes. El riesgo relativo de diversos sucesos o condiciones se ha calculado comparando la frecuencia del evento en casos y controles, de acuerdo a la fórmula ad/bc y estimando el significado estadístico con la prueba de J^2 . En términos generales, encontramos que los cambios en las condiciones de vida, las modificaciones de las situaciones de trabajo y los conflictos difieren significativamente entre los accidentados y controles con riesgos relativos de 1,91; 1,88 y 1,74, respectivamente.

Se advierte además el mayor riesgo relativo de accidentes, aunque no significativo, por la existencia de problemas financieros, haber sufrido experiencias fuera de lo común y a la muerte de familiares y amigos.

La frecuencia de otras situaciones conyugales, diversas situaciones familiares, cambios del régimen de vida, enfermedad personal y de algún familiar no son diferentes en casos y controles.

A la inversa, algunos eventos aparecen asociados a un bajo riesgo de sufrir accidentes como ocurre con los cambios de tipo religioso, la estada previa en prisión, el inicio o fin de la vida escolar o los cambios de hábitos de alimentación.

Hemos podido comprobar, además, que los diferentes eventos estudiados aparecen asociados a la producción de accidentes en forma distinta en ambos sexos y en diversas edades de la vida (Tabla 2).

La investigación epidemiológica moderna ha evidenciado que los accidentes no se producen por azar o mala fortuna sino que es posible identificar los factores que se asocian a ellos en una cadena multicasual. El conocimiento detallado de estas asociaciones constituye el camino de mayor rendimiento para poder disminuir, a través de programas intencionados, el alto costo social que los accidentes determinan en las sociedades modernas.

TABLA 1

GRADO ALCOHOLICO DE ACCIDENTADOS Y CONTROLES

Grado	Número	
	Accidentados	Controles
I	188	198
II	11	2
III	1	-
IV	-	-
Total	200	200

TABLA 2

RIESGO RELATIVO DE ACCIDENTES SEGUN FACTORES EMOCIONALES

Factores	Varones				Mujeres			
	Total	- 30 años	30 - 49 años	50 + años	Total	- 30 años	30 - 49 años	50 + años
Cambio en condiciones de vida	1,9*	3,5**	0,9	0,6	1,5	1,8	1,8	0,7
Conflicto conyugal	1,4**	4,4**	1,3	0,4	1,9**	1,6	5,1**	9,0*
Situaciones de trabajo	1,6*	1,6	1,4	2,0	1,4	1,0	4,6	1,4
Problemas financieros	1,0	0,8	1,0	1,2	2,3*	2,0	1,6	1,1
Experiencias extrañas	1,7	1,6	2,0	-	1,0	2,3	0,3	-
Esposa inicia trabajo	3,6	1,0	5,8*	1,0				
Muerte de familiar o amigo	1,3	1,2	1,3	1,6	0,7	0,7	1,2	0,3
Cambios de régimen de vida	1,0	1,1	0,7	0,8	0,9	1,1	1,1	0,8
Situaciones familiares	0,9	0,9	0,9	1,4	0,9	0,9	0,7	1,0
Enfermedad	0,9	1,0	0,5	1,4	0,8	0,9	0,9	1,0
Estudios	0,6	0,6	1,0	-	1,0	1,3	1,0	-
Prisión	0,4*	0,2*	0,5	2,1	3,1	3,3	-	-

* Estadísticamente significativo a p. 0,05

** Estadísticamente significativo a p. 0,01



94. DEFUNCIONES POR TRAUMATISMOS Y VIOLENCIAS EN LA NIÑEZ Y EN LA ADOLESCENCIA. CHILE 1982.

Dres. Aída Kirschbaum, Aída Pizzi y Miguel Irrarázaval
(Escuela de Salud Pública, Universidad de Chile)

Los traumatismos y violencias constituyen la tercera causa de muerte en Chile y representan, en promedio una pérdida de alrededor de 30 años por persona de esperanza de vida. Las enfermedades cardiovasculares y los cánceres preceden a los accidentes como causa de mortalidad en la población general, pero la pérdida de años-persona de esperanza de vida por estas causas es menor. Si se consideran las defunciones de la niñez y de la adolescencia por traumatismos y violencias, esta pérdida es mucho mayor.

En el presente trabajo formulamos los siguientes objetivos:

1. Determinar la magnitud de las defunciones por traumatismos y violencias en la niñez y en la adolescencia (grupo menor de 15 años y menor de 25 años) en Chile durante 1982.
2. Determinar las características de estas defunciones por sexo, por edad, por diagnóstico y su importancia relativa en el total de defunciones.

Se estudió el universo de las defunciones de la población chilena desde recién nacidos hasta 24 años de edad ocurridas en todo el país durante 1982 con el diagnóstico de Traumatismos y Violencias (800 a 999 de C.I.E., 9a. corrección).

Resultados:

Las defunciones por traumatismos y violencias de la población chilena menor de 25 años, durante 1982, corresponden a 2787 fallecidos; 1429 en el grupo de menores de 15 años y 1358 en el de 15 a 24 años. En el grupo de menores de 15 años, 62% corresponde a varones y 38% a mujeres. En el grupo de adolescentes, 83% corresponde a varones y sólo 17% a mujeres. Si se analizan ambos grupos en total, casi tres cuartos de los fallecidos por este grupo de causas, son varones. (Razón hombre/mujer: 2,6: 1). En el total de defunciones por traumatismos y violencias de toda edad, casi cuatro quintas partes son varones (razón: 3,6: 1). En el recién nacido, la razón hombre/mujer es 1,02: 1 pero la diferencia entre ambos sexos aumenta con la edad llegando en el grupo de 20 a 24 años a 6,06 hombres por cada mujer.

El análisis de la distribución del problema por edad, demuestra que el adolescente concentra casi la mitad de las defunciones, pero algo más de un cuarto, ocurre en el menor de 1 año.

El análisis, según causa externa de muerte revela que el primer grupo está constituido por lesiones en que se ignora si la muerte fue accidental o intencionalmente infligida con 46,6% del total de fallecimientos; en este grupo, tres cuartos son varones. El segundo grupo de causas corresponde a inhalación de alimentos u objetos con 16,0%; de éstos 57,4% son varones y 42,6% mujeres. El tercer grupo está constituido por Accidentes por vehículos a motor con 13,4%; de éstos, algo menos de tres cuartos son varones. Estas tres causas engloban tres cuartas partes del total de defunciones. Al cuarto grupo, suicidios, corresponde 6,4% de los cuales sólo un sexto son mujeres. El quinto grupo, incendio y fuego, representa 4,3% del total, de los cuales 55,4% son varones y 44,6% mujeres. El sexto grupo, homicidios, corresponde a 3,3% del total; de ellos 79% son varones. El séptimo grupo, ahogamientos y sumersiones representa 2,3% de ellos, 79% son varones. Los grupos octavo y noveno, golpes accidentales y fracturas tienen 1,5% cada uno siendo varones el 90% de ellos. El décimo grupo, sofocación mecánica, representa 1,2% del total; éste es el único grupo con igual proporción de varones y mujeres. El undécimo grupo, accidentes por otros vehículos, 1,1% con 71% de ellos constituido por varones. El duodécimo y décimo tercer grupos, accidentes por ferrocarril e intoxicaciones o envenenamientos accidentales, tienen 0,8% del total, cada uno, con 86 y 66% de varones respectivamente. El grupo décimocuarto, "accidentes derivados de la atención médica", 0,5% del total con 69% varones y 31% mujeres. El grupo décimoquinto, ambientales y otros, alcanza a 0,3% del total, de los cuales 89% son varones.

El análisis de los grupos de causas según sexo, demuestra que los tres primeros grupos conservan ese lugar tanto en varones como en mujeres, pero la cuarta causa, suicidios, continúa en ese lugar en cuanto a importancia relativa para los varones; para las mujeres pasa a ocupar este lugar, incendio y fuego. El quinto grupo de causa de los varones es Homicidios con una razón de 3,8 hombres por mujer; para las mujeres es Suicidios, con una razón de 5 hombres por mujer. El sexto grupo de causas de los varones es Incendio y fuego que ocupa el 4º lugar entre las mujeres. El sexto lugar entre las mujeres lo ocupan los Homicidios con una razón de 3,8 varones por mujer.

Si se analizan los 15 grupos de causas según la variable edad, se observa que, en los menores de 15 años, las tres primeras causas del grupo total se mantienen; la cuarta causa pasa a ser Incendio y fuego, desplazándose los Suicidios al duodécimo lugar; éstos comienzan a aparecer en el grupo de 10 a 14 años y aumentan con la edad. La quinta causa de defunción en la niñez son los Ahogamientos y la sexta, la Sofocación mecánica, 75% de las cuales ocurren en el menor de un año; la séptima causa en la niñez son los Homicidios, 73% de los cuales también ocurren a los menores de un año.

En los menores de un año, la primera causa de muerte es Inhalación de alimentos u objetos con dos tercios del total de muertes en esta edad; la segunda causa corresponde a Lesiones en que se ignora si fue accidental o voluntariamente infligida, con un quinto del total de defunciones; la tercera causa es Sofocación mecánica con 4,2% del total de muertes en esta edad y corresponde a 71% de las Sofocaciones de los menores de 25 años. La cuarta causa es Homicidios. Un cuarto de los Homicidios en menores de 25 años ocurren en el menor de 1 año de edad. Estos Homicidios corresponden a estrangulaciones y sumersiones, predominantemente. La quinta causa, Incendio y fuego aporta 2,6% del total de muertes de menores de 1 año. Estas cinco causas corresponden al 92% de los fallecimientos de los menores de un año que mueren por Traumatismos y Violencias.

En la adolescencia, la primera causa es la misma del grupo total con 54% del total de muertes de este grupo de edad, la segunda causa es Accidentes por vehículos a motor con 15,8% la tercera causa es Suicidios con 12,4%. Estas tres primeras causas constituyen 83% del total y en ambos sexos ocupan igual lugar en importancia relativa. El cuarto lugar lo ocupan los Homicidios con 4,5% del total de muertes; el 93% de los fallecidos por esta causa son hombres lo que da una razón de 14,25 varones por cada mujer. Entre los adolescentes el cuarto y quinto lugares corresponden a la Inhalación y los Accidentes por otros vehículos con 2,6% del total, cada uno.

Una gran parte de las defunciones por traumatismos y violencias analizadas, son prevenibles mediante programas educativos, legislación y otros programas multisectoriales.

TABLA 1

**DEFUNCIONES POR TRAUMATISMOS Y VIOLENCIAS EN LA NIÑEZ
Y ADOLESCENCIA SEGUN SEXO. CHILE, 1982**

Sexo	Defunciones		Razón H/M	Importancia Relativa %	Tasa X 100.000
	Nº	%			
TODA EDAD					
H	6.700	78.4			
M	1.849	21.6			
T	8.549	100.0	3,6: 1	12.23	75.82
0 A 24 AÑOS					
H	2.013	72.2			
M	774	27.8			
T	2.787	100.0	2,6: 1	4.0	
ADOLESCENCIA					
H	1.128	83.1			
M	230	16.9			
T	1.358	100.0	4,9: 1	1.94	
NIÑEZ					
H	885	61.9			30.01
M	544	38.1			
T	1.429	100.0	1,6: 1	2.04	

TABLA 2

**DEFUNCIONES POR TRAUMATISMOS Y VIOLENCIAS EN LA NIÑEZ Y EN LA
ADOLESCENCIA, POR CAUSA ESPECIFICA Y POR SEXO. CHILE, 1982**

DIAGNOSTICOS	Varones		Mujeres		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
1. Lesiones en que se ignora si es accidental o voluntaria	982	48.9	316	40.9	1.298	46.6
2. Inhalación	256	12.7	190	24.6	446	16.0
3. Accidente por vehículo a motor	271	13.5	102	13.2	373	13.4
4. Suicidios	149	7.4	30	3.8	179	6.4
5. Incendio y fuego	67	3.3	54	7.0	121	4.3
6. Homicidios	72	3.6	19	2.5	91	3.3
7. Ahogamientos	50	2.5	13	1.7	63	2.3
8. Golpes accidentales	38	1.9	4	0.5	42	1.5
9. Fracturas	36	1.8	5	0.6	41	1.5
10. Sofocación	17	0.8	17	2.2	34	1.2
11. Accidentes por otros vehículos	22	1.1	9	1.1	31	1.1
12. Accidentes por ferrocarril	18	0.9	3	0.4	21	0.8
13. Intoxicaciones	14	0.7	7	0.9	20	0.8
14. Derivados de la Atención Médica	9	0.5	4	0.5	13	0.5
15. Otros	8	0.4	1	0.1	9	0.3
TOTAL	2.009	100.0	774	100.0	2.783	100.0

95. TRAUMATISMOS Y VIOLENCIAS EN EL GRUPO DE 65 AÑOS Y MAS

Dra. Aída Kirschbaum, Enf. Edith Cornejo y Dra. Aída Pizzi
(Escuela de Salud Pública, Universidad de Chile)

Los traumatismos y violencias, en Chile, constituyen la tercera causa de muerte. Además de ésta razón para considerarlos importantes, las incapacidades que producen y el alto costo de la rehabilitación aumentan su trascendencia. Los dos extremos de la vida concentran este daño, de aquí nuestro interés en conocer lo que ocurre con el grupo de 65 años y más, pero para fundamentar adecuadamente los programas de prevención y control de estos problemas se requiere conocer su magnitud.

Se estudiaron todos los certificados de defunción de la población de 65 años y más ocurridos en el país durante 1982 con el diagnóstico de Traumatismo y Violencias (800 a 999 de la C.I.E., 9a. corrección) y se examinó la información de los egresos hospitalarios del Ministerio de Salud para igual grupo de edad, durante el mismo año y con iguales diagnósticos.

Se trata de un estudio de incidencia de los Traumatismos y Violencias en el grupo de 65 años y más durante 1982 en Chile.

Resultados :

Las defunciones por traumatismos y violencias de la población de 65 años y más durante 1982 corresponden a un total de 1280, con una tasa de mortalidad de 151.7 por 100 mil habitantes, siendo la tasa global para toda edad con este diagnóstico de 75.8 por 100.000.

La importancia relativa de los traumatismos y violencias sobre el total de defunciones fue de 12.2% y de la del grupo en estudio de 1.8%. Por sexo, las defunciones por este grupo de causas en el total de muertes igual a 8549, el 78.4% corresponde a varones y el 21.6% a mujeres con una razón 4.6: 1. En el grupo de 65 años y más también se observa predominio de varones, 63.13% siendo el 36.87% de mujeres, lo que da una razón de 1,8: 1.

La tasa por sexo para el total de muertes por traumatismos y violencias es de 121.35 en los hombres y de 32.1 en las mujeres por 100.000 habitantes, respectivamente.

La tasa por sexo específica para el grupo de 65 años y más es de 210.9 para los varones y de 103.1 para las mujeres. La distribución por edad corresponde a 57.3% en la tercera edad (65 a 74 años) y de 48.7% en la cuarta edad (75 años y más).

El análisis de los diagnósticos por grupos de causas revela que el más importante es el grupo en que se ignora si fueron accidentales o voluntarias con 40.2% del total; el segundo lugar en importancia relativa lo ocupan las Fracturas con 18.8%; el tercer lugar, los Accidentes por Vehículo a motor con 11%; cuarto lugar, los Suicidios con 5.7% y quinto, las defunciones por Incendios y Fuego con 5.2% (Tabla 1). Estas 5 causas superan el 80% del total. Al analizar la distribución por sexo son sólo de predominio femenino las defunciones por Fracturas, Incendios, Fuego y los envenenamientos por medicamentos.

Con respecto a los egresos hospitalarios, en 1982 el Ministerio de Salud registró en el país un total de 1.159.892 egresos, de éstos el total de egresos por Traumatismos y Violencias fue de 97.288. En el grupo de 65 años y más el total de egresos por esta causa fue de 7.326 con una tasa de 868.2 por 100.000 habitantes.

La importancia relativa de los egresos por Traumatismos y Violencias es de 8.4% del total de egresos, siendo de 0.63% en el grupo de 65 años y más.

Con respecto a la distribución por sexo, del total de egresos hospitalarios el 65.8% corresponde a mujeres y el 34.2% a varones; en el total de egresos por Traumatismos y Violencias, 97.228, el 67.6% fueron varones y el 32.4% mujeres con una razón de 2.1: 1 mujer.

En el grupo etario estudiado se observa predominio femenino 53.5% lo que equivale a una razón de 1,15: 1 hombre.

La tasa de egresos del grupo en estudio por sexo es de 889.4 para los hombres y de 850.6 para las mujeres por 100.000 habitantes.

La distribución de los egresos para la tercera edad corresponde al 58% y para la cuarta edad al 42%. En la tercera edad hay predominio masculino: 1,1 hombres por mujer y en la cuarta, el predominio es femenino: 1,58 por hombre.

El análisis de los egresos según causas específicas, reveló que la primera causa fue Fracturas, con un 50,3% del total de egresos; el segundo lugar en importancia relativa lo ocupan las Contusiones y Hemorragias Cerebrales 13,8%; el tercer lugar, las Heridas 9,7%; el cuarto, las Contusiones 6,4% y el quinto, las Quemaduras con un 4,7%. Estos cinco diagnósticos representan el 85% del total.

En ellos tienen predominio femenino las Fracturas y Quemaduras con una razón de 1,72:1 y 1,23:1, respectivamente; y las Complicaciones de procedimientos y los Envenenamientos con una razón de 1,20:1. En cambio se observa predominio masculino en las Contusiones, Heridas Contusiones, Laceraciones, Traumatismos de todo tipo y Esguinces.

Las tasas específicas globales conservan el mismo orden de importancia que los valores relativos. Por sexo conservan en igual forma el 1º - 2º y 3º lugar, sólo las Contusiones en los hombres continúan en el mismo lugar (4º) y pasan al 5º en las mujeres, dejando el 4º a las Quemaduras.

TABLA 1

DEFUNCIONES POR TRAUMATISMOS Y VIOLENCIAS DEL GRUPO DE 65 AÑOS Y MAS POR CAUSA ESPECIFICA Y SEXO. CHILE, 1982

DIAGNOSTICO	Sexo				Total	
	Hombres		Mujeres		Nº	%
	Nº	%	Nº	%		
1. Lesiones que se ignora si fue accidental o voluntaria	374	46,3	140	29,7	514	40,2
2. Fracturas	78	9,7	162	34,3	240	18,8
3. Lesiones por vehículo a motor	98	12,1	43	9,1	141	11,0
4. Suicidios	65	8,0	8	1,7	73	5,7
5. Lesiones por incendio y fuego	29	3,5	37	7,9	66	5,2
6. Obstrucción de vías respiratorias por alimentos	39	4,8	26	5,5	65	5,1
7. Durante la Atención Médica	23	2,9	24	5,2	47	3,6
8. Homicidios	26	3,2	3	0,6	29	2,2
9. Lesiones por frío	21	2,6	4	0,8	25	2,0
10. Accidentes en tren	18	2,2	4	0,8	22	1,7
11. Envenenamientos por medicamentos	8	1,0	12	2,5	20	1,6
12. Ahogamiento	7	0,9	1	0,2	8	0,6
13. Otros	22	2,7	8	1,7	30	2,3
TOTAL	808	100,0	472	100,0	1.280	100,0

TASA

210,9

103,1

TABLA 2

**EGRESOS POR TRAUMATISMOS Y VIOLENCIAS, 65 AÑOS Y MAS,
POR CAUSAS ESPECIFICAS Y SEXO.
IMPORTANCIAS RELATIVAS Y TASAS POR 100.000. CHILE, 1982**

Causas Especificas	Importancia Relativa			Tasa por 100.000 Hb.		
	Hombres (N 3408)	Mujeres (N 3918)	Total (N 7326)	Hombres Pobl. 383.191	Mujeres Pobl. 460.625	Total Pobl. 843.816
Fracturas	39.7	59.5	50.3	353.1	506.1	436.6
Luxaciones	2.6	2.3	2.5	23.7	20.0	21.7
Esguinces	1.0	0.7	0.9	9.4	5.9	7.5
Concusiones	19.3	9.0	13.8	171.1	76.4	119.7
Heridas	11.7	7.9	9.7	104.4	67.3	84.1
Traumatismos de Vasos Sanguíneos	0.1	—	—	0.8	0.2	0.5
Efectos Tardíos Traumáticos	1.4	1.0	1.2	12.5	8.7	10.4
Traumatismo Superficial	0.4	0.2	0.3	3.6	1.7	2.6
Contusión-Magulladuras	8.2	4.9	6.4	73.3	41.5	55.9
Cuerpos Extraños	0.8	0.7	0.8	7.3	6.3	6.7
Quemaduras	4.8	5.2	4.7	42.5	43.6	43.1
Traumatismo Nervioso	1.9	0.8	1.3	16.9	7.2	11.6
Envenenamientos	2.7	2.8	2.8	24.3	24.1	24.1
Efecto Frío-Calor	0.9	0.5	0.7	7.8	11.1	6.0
Compl. Procedimiento	4.2	4.4	4.6	37.0	4.6	37.0
Complic. At. Médicas	0.1	—	—	0.8	36.9	0.5
Total	100.0	100.0	100.0	889.4	850.6	868.2



96. ACCIDENTES Y VIOLENCIAS ATENDIDOS EN EL HOSPITAL DE SAN FERNANDO EN 1983

Dres. Carlos Aguero y Jorge Balochi y Enfs. Silvia González, María Angélica Romero e Hilda Arévalo
(Hospital de San Fernando)

El Hospital de San Fernando, es un establecimiento de tipo II, que brinda su atención directamente a la población de la ciudad del mismo nombre y a su sector rural vecino, pero recibe la derivación de todos los hospitales tipo III y IV de las provincias de Colchagua y Cardenal Caro, lo que significa una población aproximada de 200.000 personas.

En nuestro Hospital, durante el año 1983, se entregaron un total de 177.392 atenciones, de las cuales aproximadamente un 20%, ésto es 30.567, fueron realizadas por el Servicio de Urgencia.

Se realizó una revisión a las fichas, del total de las prestaciones de Urgencia (30.567), seleccionando de ellas, aquellas que tenían por causa Accidentes y/o Violencias (A y/o V); se incluyó también, los envenenamientos e intoxicaciones tanto accidentales como voluntarias.

De las 4.581 lesiones, cuyo origen ya citamos, se realizó un análisis exhaustivo, para agruparlas según mes, día y hora del suceso, sexo y edad del paciente, ubicación topográfica, causa de la lesión y destino posterior del paciente.

De los pacientes hospitalizados que fueron 206, 8 de ellos se trasladaron a Santiago y 36 a Rancagua, por ser necesaria su atención en centros de mayor complejidad.

Del total de pacientes, se producen sólo 3 fallecimientos, uno durante el traslado y los otros dos en Rancagua, lo que significa un índice de letalidad del 0.01%.

De los 36 enfermos hospitalizados en Rancagua y los 162 en nuestro Hospital, se realizó un estudio de la ficha clínica, en el que se pudo clarificar diagnósticos, promedio días estada, medias y rangos de edad, etc.

Se realizó visita domiciliaria y aplicación de una encuesta a todos los pacientes hospitalizados con residencia urbana en San Fernando y se citó a los de los sectores rurales vecinos y de otras comunas, con el fin de investigar las secuelas y consecuencias reales dejadas por los A y/o V, en especial, las quemaduras y fracturas.

Resultados:

En las 10 primeras causas del total de lesiones producidas por A y/o V destacan las heridas con un 38.6% y de ellas un 30% se ubican en cara, cuero cabelludo y cuello. En el cuarto lugar de este listado, tanto en ambulatorio como hospitalizados (N: 21, 11%) se encuentran las quemaduras, resaltando una media de edad de 3 años y el más alto promedio de días de estada que es de 24.23.

Es necesario señalar que en el caso de los pacientes hospitalizados, y por ende de los de mayor gravedad, el grupo principal lo constituyen los Traumatismos de la cabeza (cara y cráneo) con un 38% de un total de 198 casos. En este rubro hemos agrupado los TEC simple (N: 39), los TEC cerrado complicado (N: 12) y las Fracturas de cráneo y cara (N: 10). Nos parece significativo destacar que estas cifras son coincidentes con las de los pacientes ambulatorios donde el 30% de las heridas corresponden a esta misma ubicación topográfica.

Destaca el alto número de pacientes varones, tanto en los ambulatorios (N: 3.186, 70%) como hospitalizados (N: 144, 72.7%). En relación a la fuerza de trabajo perdida, debemos considerar que son en su gran mayoría adultos jóvenes, media de edad 28 años, en la etapa más productiva de la vida.

Desde el punto de vista de distribución horaria, se puede concluir que en las primeras 12 horas del día (0-12 hrs.) sólo se producen el 26% de los A y/o V y entre las 8 horas siguientes (12-20 hrs.) se producen el 51.3%, lo que representa 2.350 accidentados.

De las 30.567 prestaciones otorgadas en el Servicio de Urgencia, 4.581 (15%) tuvieron por origen Accidentes y/o Violencias, destacando que en ellas existe una subnotificación de tres aspectos importantes, que son:

Sólo en 160 casos se consigna el dato de alcoholismo o ebriedad como factor acompañante, lo que significa un escaso 3.5% que no guarda relación con la realidad de los índices de alcoholismo regionales.

No se consigna, salvo raras excepciones (8), los accidentes del trabajo y/o escolares.

Esta subnotificación del alcoholismo, no sólo es a nivel de las fichas de Urgencia, sino que continúa con la Historia Clínica de hospitalización (4.1%).

TABLA 1

EDAD, DIAS DE ESTADA Y SEXO DE LOS PRINCIPALES DIAGNOSTICOS DE LOS PACIENTES HOSPITALIZADOS POR ACCIDENTES Y VIOLENCIAS, HOSPITAL DE SAN FERNANDO, AÑO 1983

Diagnóstico	Nº	Rangos Edad	Med. Edad	Estada Días	Promed. Días	H	M	% de Varones
TEC Simple	39	*1/6-77	22	97	2.50	29	10	74
Fracturas Miembros Inf.	36	*0/8-75	39	537	14.90	28	08	77
Fracturas Miembro Sup.	20	*0/8-77	28.5	94	4.70	14	06	70
Intoxicaciones	13	16-64	20	25	1.92	06	07	46
TEC Cerrado Complicado	12	*1/6-73	47	117	9.75	11	01	91
Fractura Tórax	10	3-57	36.5	49	4.90	09	01	90
Fracturas Cráneo y Cara	10	3-57	34	114	11.40	08	02	80
Heridas del Abdomen (Penetran.)	07	19-52	24	47	6.71	07	-	00
Quemaduras	21	*0/9-51	3	309	24.25	11	10	52
Contusiones	14	*2/2-57	22.5	69	4.92	10	04	71
Heridas Extremidades	07	17-73	28	94	13.42	04	03	57
Otros	09	23-60	32	110	12.22	07	02	77
Total	198	*0/8-77	28	1.862	9.3	144	54	72

* a/m = años/meses.

TABLA 2

DISTRIBUCION MENSUAL Y HORARIA DE LA ATENCION DE ACCIDENTADOS HOSPITAL DE SAN FERNANDO, AÑO 1983

Mes	Hora del Día					Total
	0 - 8	8 - 12	12 - 16	16 - 20	20 - 24	
Enero	48	75	75	103	128	429
Febrero	36	79	84	110	126	435
Marzo	33	75	78	82	55	323
Abril	15	100	115	129	52	411
Mayo	27	61	101	127	79	395
Junio	26	57	105	102	85	375
Julio	24	53	87	94	58	318
Agosto	27	60	94	74	58	313
Septiembre	18	61	99	91	74	343
Octubre	42	74	90	91	82	379
Noviembre	36	86	97	102	103	424
Diciembre	27	72	100	120	117	436
Total	361	853	1.125	1.225	1.017	4.581
%	7.8	18.6	24.5	26.8	22.3	100%

97. PERFIL DE MORBILIDAD AMBULATORIA DE ADULTOS: ANALISIS PRELIMINAR EN EL CENTRO DE DIAGNOSTICO DE LA UNIVERSIDAD CATOLICA

Dres. Juan Giacóni y Jorge Rodríguez e Ing. Isafas Szigeti
(Escuela de Medicina de la Universidad Católica de Chile)

Para medir la frecuencia de las enfermedades en una comunidad, se utilizan habitualmente índices de egresos hospitalarios y de mortalidad. Ambos índices reflejan muestras de población seleccionadas, ya que son expresión de enfermedades graves, las que condicionan hospitalización de los enfermos en un caso y los conducen a la muerte en el otro. Por lo tanto, no muestran cuales son las enfermedades más frecuentes en el seno de una población, ni señalan los motivos más frecuentes de consulta médica en los servicios asistenciales.

Los objetivos de este estudio son: 1) Describir las causas de consulta en el Centro de Diagnóstico de la Pontificia Universidad Católica de Chile, que es el Consultorio Externo de la Escuela de Medicina. Av. Vicuña Mackenna 4686, de Santiago. 2) Analizar la relación que pueda encontrarse entre enfermedades y distintas variables de la población que concurre al Consultorio. 3) Describir el curso que se sigue en el estudio del paciente: control, hospitalización, referencia a especialistas e indicación de reposo (días de incapacidad).

El presente estudio se realizó en la Policlínica de Medicina Interna. Se consideró una muestra de atenciones desde julio de 1983 hasta julio de 1984, constituida por 2.270 consultas. Se descartaron las consultas repetidas en una misma persona.

En cada paciente se utiliza una "ficha de morbilidad" de diseño precodificado, la cual está constituida de dos partes: la primera corresponde a los datos generales y fue llenada por una auxiliar de enfermería en la cual se registró lo siguiente: nombre del paciente, fecha de atención, número de la ficha clínica, edad, sexo, lugar de procedencia, escolaridad, estado civil, relación con el jefe de hogar, régimen de previsión social, sistema de atención de salud y ocupación.

La segunda parte fue llenada por un médico, registrando los siguientes datos:

- 1) Diagnósticos 1º, 2º, 3º y 4º de la segunda consulta o posteriores, con el fin de obtener una mayor precisión diagnóstica. Para obtener el código, se les proporcionó un Índice Resumido de Morbilidad según la Clasificación Internacional OMS 9a. revisión, con 400 enfermedades más frecuentes en las consultas externas de la Región Metropolitana y ordenadas por orden alfabético.
- 2) Existencia de hallazgos al examen físico compatibles con el o los diagnósticos.
- 3) Indicación de: control, hospitalización o derivación a especialidad especificando a cuál de estas se envió.
- 4) Días de incapacidad.

Resultados:

Datos generales de los consultantes. Edad: 32% entre 15 y 44 años, 43% entre 45 y 64 años, 25% mayores de 65 años.

Comuna de Origen: Ñuñoa 14.7%, San Miguel 14.2%, Santiago 13.4%, La Florida 9.6%, Fuera Región Metropolitana 8.2%, Otros 39.9%.

Escolaridad: Básica incompleta 27.4%, Media completa 26.7% Media incompleta 23.7%, Universitaria Completa 6.8%, Otros 15.4%.

Estado Civil: Casados 60%, Solteros 21.3%, Viudos 15.6%, Separados 3.1%.

Relación con jefe de hogar: Esposo (a) 41.5%, Jefe de Hogar 27.5%, Padre o Madre 10.9%, Hijo (a) 13.5%, Otro Familiar 5.1%, Allegado 1.6%.

Presencia de Hallazgos anormales al Examen Físico: Sí: 50.8%. No: 49.2%.

Días de Incapacidad: 0 en el 96.6% de los casos, 1-8 en el 1.8% de los casos, 9 en el 1.6% de los casos.

Régimen de Previsión Social: S.S.S. 24.4%, EMPART 25.7%, CANAEMPU 14.2%, AFP 12.2%, Independiente 20.8%, Otros 2.7%.

Sistema Atención de Salud: FONASA-Empleado 56.6%, FONASA -Obrero 14.7%, "Particular" 22.2%, Convenio con Empresa 3.3%, ISAPRE 1.2%.

Ocupación: Dueña de casa 42.9%, Jubilado 18.1%, Empleado 12.7%, Trabajador por cuenta propia 8.6%, Estudiante 4.9%, Profesional 4.6%, Otros 8.2%.

Diagnósticos: Ver Tabla N° 1. Indicación y Derivación a Especialidad: Ver Tabla N° 2.

TABLA Nº 1

DIAGNOSTICOS 1º, 2º, 3º y 4º MAS FRECUENTES

1er. Diagnóstico	n = 2.270	2do. Diagnóstico	n = 703	3er. Diagnóstico	n = 167	4to. Diagnóstico	n = 38
Hipertensión Arterial	19.3	Hipertensión Arterial	15.0	Obesidad	14.4	Gastroenteritis	9.8
Diabetes Mellitus	6.8	Obesidad	9.0	Insuficiencia Cardíaca	8.4	Obesidad	10.5
Estados de Ansiedad	4.4	Diabetes Mellitus	7.1	Hipertensión Arterial	4.8	Bronquitis Ag.	5.3
Colon Irritable	3.6	Estados de Ansiedad	4.6	Angor	3.6	Prolapso Genital	5.3
Obesidad	3.6	Insuficiencia Cardíaca	4.6	Várices extremidades Inf.	3.6		
Lumbago	3.6	Colon Irritable	2.4	Diabetes Mellitus	3.0		
Infección tracto-urinario	3.0	Lumbago	2.4	Hipercolesterolemia	3.0		
Insuficiencia Cardíaca	2.1	Hiperplasia Próstata	2.3	Infección tracto-urinario	3.0		
Disenteria Amebiana	1.9	Infección tracto-urinario	2.1	Estados de Ansiedad	2.4		
Úlcera Duodenal	1.9	Angor	2.0	Enfisema	2.4		

TABLA N° 2

MANEJO DE LOS PACIENTES

	%	Especialidad	
Control en Medicina Interna	80.8%		
Interconsulta a especialidades	17.8%	1º Gastroenterología	16.5%
		2º Cardiología	8.1%
		3º Psiquiatría	7.7%
		4º Urología	6.5%
		5º Reumatología	6.3%
		6º Ginecología	6.3%
		7º Traumatología	5.6%
		8º Cirugía General	5.4%
Hospitalización	1.4%		
TOTAL	100.0%		

Los consultantes son en su mayoría mujeres, tal como en otros estudios. Los pacientes concurren, preferentemente de las comunas más cercanas al consultorio, llamando la atención un porcentaje significativo de fuera de la Región Metropolitana, lo cual se explique, posiblemente, por la existencia de variadas especialidades en un buen nivel de desarrollo.

El sistema de salud más usado es, sin duda, el FONASA (79%) y los nuevos sistemas, como es el caso de las ISAPRES, tienen una presencia mínima (1.1%).

Tal como en otros trabajos, destaca como las causas más frecuentes de consultas, algunas enfermedades crónicas no transmisibles tales como la hipertensión arterial y la diabetes mellitus.

Al permitir codificar hasta un 4º diagnóstico se demuestra que sólo en un mínimo de pacientes, 38 sobre 2.270, se formula una cuarta posibilidad diagnóstica. Consideradas en grupo, y tomando en cuenta el primer diagnóstico, el grupo más frecuente de enfermedades es el Aparato Circulatorio; segunda frecuencia las enfermedades de las Glándulas Endocrinas, en tercer lugar las enfermedades del Aparato Digestivo y cuarto, los Trastornos Mentales.

El manejo del paciente se continuó realizando en el policlínico de Medicina Interna, en un 80.8%, lo que refleja un buen poder resolutivo de la mencionada especialidad básica; el 17.8% de los pacientes fueron derivados a especialistas y se hospitalizó sólo el 1.4%.

Las especialidades más solicitadas en Interconsulta, tal como se aprecia en la Tabla 2 son: Gastroenterología, Cardiología y Psiquiatría.

Un porcentaje muy importante de las consultas no fue seguido por prescripción de reposo por incapacidad.

Conclusiones :

Al revisar los trabajos sobre la materia y compararlos con nuestros hallazgos, se aprecian diferencias, por lo cual resulta indispensable evaluar los perfiles de morbilidad en cada consultorio y a través del tiempo, considerando los cambios de las patologías según diferentes lugares geográficos y con el paso del tiempo.

Lo anteriores particularmente relevante en cuanto a neurosis y enfermedades mentales.

Las causas de consulta ambulatoria deben constituir la base del dimensionamiento de las diferentes especialidades y subespecialidades médicas en un consultorio externo, asimismo como el diseño de los apoyos diagnósticos y terapéuticos (Ej.: arsenal farmacéutico).

Los contenidos y énfasis en la enseñanza médica y para-médica en el pre y post-gradó debieran considerar los hallazgos de estos perfiles de morbilidad ambulatoria.

El hecho de que el 80% de las consultas pueden ser resueltas en el Policlínico de Medicina Interna, confirma que un alto porcentaje de pacientes pueden resolver sus problemas en un nivel primario de atención.

Con la base de datos existentes que irá creciendo paulatinamente, se pueden realizar estudios más específicos relacionando cada diagnóstico más frecuente con las diversas variables consideradas en esta investigación.

Se demuestra, una vez más, que si el diseño de la ficha individual de pacientes y de los códigos a usar se simplifican, se obtiene la colaboración irrestricta del personal médico y para-médico.

98. CARACTERÍSTICAS DE LA MORBILIDAD DEL ADULTO Y DEL SENESCENTE EN EL CONSULTORIO HERNAN ALESSANDRI

Dres. María Inés Romero, Hernán Muñoz, Marcela Larraguibel, Claudia Lazo y M. Antonieta Bezanilla
(Escuela de Salud Pública, Universidad de Chile)

El conocimiento de la frecuencia y causas de enfermedad en una comunidad es indispensable para que los sistemas de Salud puedan proponer adecuadas soluciones, implementarlas y evaluarlas en consecuencia.

Las consultas realizadas en el Sistema Nacional de Servicios de Salud, importante fuente para conocer lo anterior, sólo se procesa sistemáticamente en términos de volumen total y profesional que la provee, no estudiándose su estructura por causas.

Con el propósito de conocer la estructura de la morbilidad atendida en el programa del adulto y senescente en el Consultorio Dr. Hernán Alessandri del Servicio de Salud Metropolitana Oriente, que sirve primariamente a la Comuna de Providencia, se realizó el estudio que a continuación se presenta.

Sus objetivos fueron:

- 1) Describir la distribución de las consultas según: Características de las personas: edad, sexo, categoría de beneficiario y Características en el tiempo: estación, mes del año.
- 2) Describir la distribución de las consultas según diagnóstico: grupo diagnóstico; diagnóstico específico; diagnóstico específico más frecuente en su respectivo grupo de causas.
- 3) Describir la distribución de las consultas según sub grupos de edad por grupo diagnóstico y causa específica.

Se utilizó como fuente básica la Hoja de Estadística diaria de cada médico, procesando la totalidad de las consultas de 1 año, (1º noviembre de 1982 a 31 de octubre de 1983).

Resultados:

Se estudiaron las 17.594 consultas del Programa del Adulto y Senescente que comprendieron el 61% de las atenciones de morbilidad del Establecimiento.

Las mujeres demandan y reciben proporcionalmente más atención que los varones (81% del total).

La mayoría de las atenciones se da en beneficiarios ya que sólo el 0.4% no lo es. Destaca un 14.5% de "otros beneficiarios", mayoritariamente afectos al D.L. 278.

La proporción de atenciones es mayor a los meses de agosto a octubre y menor en los meses de diciembre a febrero, no observándose variación estacional por diagnóstico.

En términos de diagnóstico por grupos de causas, la primera importancia la tienen las enfermedades circulatorias (19.4%) seguida de osteomusculares (12.7%) y genitourinarias. Los diagnósticos específicos muestran, en primer lugar, a la hipertensión arterial con 15% y, en segundo lugar, a infección urinaria y lumbociática con 5.2% cada una.

Al analizar los grupos de causas y causas específicas según sub grupo etario se observa el predominio progresivo de la patología crónica.

TABLA 1

DISTRIBUCION PORCENTUAL DE LAS CONSULTAS SEGUN GRUPO DIAGNOSTICO EN CADA GRUPO DE EDAD EN EL PROGRAMA DEL ADULTO

GRUPO DIAGNOSTICO	E D A D (en años)					
	15 - 19 %	20 - 24 %	25 - 34 %	35 - 44 %	45 - 64 %	65 y más %
Infecciosas y Parasitarias	13,22	12,04	9,10	7,89	4,09	3,15
Tumores	0,39	0,08	0,61	0,90	0,96	1,09
Endocrinas, nutrición y metabolismo, inmunitarias	2,82	3,27	3,06	5,71	8,95	8,63
Sangre y órganos hematopoyéticos	2,25	2,66	1,23	1,96	1,14	0,85
Trastornos mentales	7,85	10,75	11,42	11,25	6,62	3,51
Sistema nervioso y órganos sentidos	10,05	6,28	6,30	4,01	3,59	2,94
Aparato circulatorio	3,22	2,58	3,49	8,50	23,94	39,76
Aparato respiratorio	11,52	10,15	9,71	7,58	6,22	6,90
Aparato digestivo	5,02	10,75	10,75	11,75	8,08	5,17
Aparato génito-urinario	7,28	7,74	9,95	9,55	7,97	8,23
Complicaciones del embarazo, parto puerperio	0,50	2,32	0,80	0,08	0	0
Piel y tejido celular subcutáneo	7,96	6,19	6,30	4,19	3,33	2,35
Sistema osteomuscular y tejido conjuntivo	9,88	10,84	13,35	15,13	15,25	9,93
Anomalías congénitas	0	0,02	0,04	0,04	0	0,16
Perinatales	0	0	0	0	0	0
Mal definidas	6,67	7,05	6,42	6,41	5,37	3,03
Traumatismos y envenenamientos	5,02	2,58	4,05	2,53	2,38	1,85
Sano	6,94	3,53	2,64	1,96	1,42	1,80
Sin Diagnóstico	0,79	0,77	0,61	0,52	0,56	0,75
Total	100	100	100	100	100	100

TABLA 2

DISTRIBUCION PORCENTUAL DE LAS CONSULTAS SEGUN LOS DIEZ DIAGNOSTICOS ESPECIFICOS MAS FRECUENTES Y GRUPOS DE EDAD DEL PROGRAMA DEL ADULTO

Diez Primeros Diagnósticos Específicos más frecuentes del Programa del Adulto	Años	Años	Años	Años	Años	Años
	15 - 19 %	20 - 24 %	25 - 34 %	35 - 44 %	45 - 65 %	65 y más %
Hipertensión Arterial	0,45	0,60	1,22	6,84	20,4	30,87
ITU, Pielonefritis	2,37	3,70	6,65	6,01	5,62	6,66
Lumbociática, dorsalgia	6,04	5,33	7,73	8,76	6,32	2,84
Artritis, Artralgia, Artrosis	3,50	2,83	3,01	4,62	6,71	5,19
Diabetes	0,11	0,25	0,51	2,52	5,63	7,46
Neurosis	2,48	4,99	4,71	4,92	3,69	1,49
Colopatía funcional	3,78	5,16	6,17	5,49	2,46	1,18
Bronquitis aguda / crónica	3,16	2,75	2,78	3,13	2,85	4,33
Inf. respiratoria alta	5,81	4,56	4,76	2,66	2,15	1,37
Sano	6,94	3,52	2,54	1,81	1,40	1,80
SUB TOTAL	34,64	33,69	40,08	46,86	57,23	63,19
RESTO	65,36	66,31	59,92	53,14	42,77	36,81
TOTAL	100	100	100	100	100	100

99. MORBILIDAD OBSERVADA EN CONSULTORIO EXTERNO ADOSADO DE ESPECIALIDADES DEL HOSPITAL MILITAR, 1983

Dr. Heriberto Arellano
(Hospital Militar de Santiago)

A fin de conocer la situación de la morbilidad en Consultorio Externo, en una población cerrada, como la que atiende el Hospital Militar, se analizó la consulta médica del año 1983, describiéndose las consultas por grupos de causas y diagnósticos.

Se tomó una muestra de 3.789 consultas sobre un total de 189.454 otorgadas en 1983.

Los grupos de Morbilidad y la Codificación se hicieron en base a la "Clasificación Internacional de Enfermedades" revisión 1975.

Los datos vaciados en un formulario especial fueron procesados por Computación.

Resultados :

Se muestran en la Tabla 1.

Entre los grupos de causas de mayor importancia relativa (17,9% a 12,9%) aparecen las enfermedades del sistema nervioso y órganos de los sentidos y los del aparato génito urinario, siguiendo las afecciones del sistema osteomuscular y tejido conjuntivo, traumatismos y envenenamientos. (9.2 a 8.6%).

En un segundo grupo están entre 7,8% y 5,7% enfermedades del aparato respiratorio, del aparato digestivo, tumores y enfermedades del aparato circulatorio.

Entre los diagnósticos que producen la mayor frecuencia de consultas están la miopía 6,5% y vulvovaginitis 2,6%, hipertensión arterial 2%, bronquitis 2% y reacción ansiosa 1,9%.

Será necesario comparar los resultados con otros del mismo tipo obtenidos en diversos establecimientos, para conocer la diferencia que pudiera existir.

Se comprueba que la asignación de recursos en el Consultorio Externo del Hospital Militar, es adecuada a la morbilidad observada.

TABLA 1
DESCRIPCION DE LA MORBILIDAD OBSERVADA EN EL CONSULTORIO
EXTERNO ADOSADO DEL HOSPITAL MILITAR DURANTE AÑO 1983

Datos	Basados en la Muestra		Consultas atendidas durante año 1983. (estimadas según Ponderación observadas en la muestra)
I.- Grupos de Morbilidad (En orden descendente según ponderación observada en la muestra)	Enfermedad mas frecuente observada en grupo de morbilidad	Diagnóstico que mas se repite en la enfermedad mas frecuente	
Total General Consultas: 3.208 Ponderación 100.0%			189.454
II.- Enfermedad del Sist. Nervioso y de los órganos de los Sentidos Consultas: 576 Ponderación : 17.9%	1.1 Enfermedad del ojo y sus anexos Consultas: 462 Ponderación: 14.4%	1.1.1 Mjopia Consultas: 209 Ponderación: 6.5%	33.912 27.281 12.333
2.- Enfermedad del Aparato Genito Urinario Consultas: 413 Ponderación: 12.9	2.1 Enf. del Aparato genital femenino. Consultas: 242 Ponderación: 7.5	2.2 Vulvovaginitis Consultas: 85 Ponderación 2.6	24.430 14.285 5.002
3.- Enf. del Sistema Osteo muscular y del tejido Conjuntivo Consultas: 297 Ponderación: 9.2%	3.1 Dorsopatias Consultas :76 Ponderación: 2.4%	3.1.1 Dorsalgias Consultas: 56 Ponderación: 1.7%	17.530 4.572 3.306
4.- Traumatismo y Envenenamientos. Consultas: 277 Ponderación: 8.6%	4.1 Enguines y desgarrs Consultas: 80 Ponderación: 2.5%	4.1.1 Esguinces tobillo Consultas: 39 Ponderación: 1.2%	16.293 4.736 2.311

5.- Enf. del Aparato Respiratorio Consultas: 250 Ponderación: 7,80/o	5.1 Enf. e infecciones de las Vías Respiratorias Consultas: 143 Ponderación: 4,40/o	5.1.1 Amigdalitis Consultas: 48 Ponderación: 1,50/o	14.777 8.444 2.842
6.- Enf. del Aparato Digestivo. Consultas: 208 Ponderación: 6,50/o	6.1 Enf. del Intestino y hernias Consultas: 82 Ponderación: 2,60/o	6.1.1 Colon irritable Consultas: 30 Ponderación: 0,90/o	12.314 1.771
7.- Tumores Consultas: 201 Pondera: 6,30/o	7.1 Tumor benigno Consultas: 61 Ponderación: 1,90/o	7.1.1 Leiomioma Uterino Consultas: 15 Ponderación: 0,50/o	11.936 3.600 947
8.- Enf. del Aparato circulatorio Consultas: 184 Ponderación: 5,70/o	8.1 Enf. del Corazón Consultas: 117 Ponderación: 3,60/o	8.1.1 Hipert. Arterial Consultas: 65 Ponderación: 2,00/o	10.799 6.820 3.789
9.- Enf. de las Gland. Endocr. de la Nutrición y trastornos de la inmunidad. Consultas: 161 Ponderación: 5,00/o	9.1 Enf. Gland. End. Consultas: 86 Ponderación: 2,70/o	9.1.1 Diabetes Consultas: 40 Ponderación: 1,20/o	9.473 5.116 2.349
10.- Enf. de la piel y del tejido celular Subcutaneo Consultas: 158 Ponderación: 4,90/o	10.1 Enf. de la piel Consultas: 81 Ponderación: 2,50/o	10.1.1 Quiste Sebaceo Consultas: 26 Ponderación: 0,80/o	9.333 4.736 1.534
11.- Enf. Infecciosas y parasitarias Consultas: 131 Ponderación: 4,10/o	11.1 Enf. Infecc Intestinales Consultas: 48 Ponderación: 1,50/o	11.1.1 Diarreas Ag. Consultas: 32 Ponderación: 1,00/o	7.768 2.842 1.894

12.- Trastornos mentales Consultas: 125 Ponderación: 3.90/o	12.1 Trastornos no Psicótico Consultas: 113 Ponderación: 3.50/o	12.1.1 Reacción ansiosa Consultas: 62 Ponderación: 1.90/o	7.389 6.631 3.600
13.- Signos, síntomas y estados Morbosos mal definidos. Consultas: 118 Ponderación: 3.7	13.1 Disfonias Consultas: 36 Ponderación: 1.10/o	13.1.1 Disfonias Consultas: 36 Ponderación: 1.10/o	7.009 2.126
14.- Anomalías Congénitas Consultas: 80 Ponderación: 2.50/o	14.1 Pié bot Consultas: 22 Ponderación: 8.70/o	14.1.1 Pié bot. Consultas: 22 Ponderación: 0.70/o	4.736 1.326
15.- Enf. de la sangre y de los órganos hematopoyéticos Consultas: 17 Ponderación: 0.50/o	15.1 Anemias Consultas : 13 Ponderación: 0.10/o	15.1.1 Anemias Consultas: 13 Ponderación: 0.10/o	997 783
16.- Complicaciones del Embarazo, del parto y del puerperio			758

100. EXAMEN CARDIOVASCULAR EN UNA POBLACION ESCOLAR DEL SERVICIO DE SALUD METROPOLITANO SURORIENTE

Dres. Ximena Berríos, Emilio del Campo, Carmen Wilson, José Blázquez, Alejandro Morales
y Francisco Quesney

(Unidad de Salud Pública, Escuela de Medicina, Universidad Católica y Hospital Sotero del Río)

Desde 1976, hasta la fecha, los autores vienen desarrollando una serie de estudios relacionados con la Infección Estreptocócica y sus secuelas tardías. Dentro de este contexto, el estudio escolar ha suscitado un interés especial por representar una edad particularmente riesgosa frente a los problemas anotados.

Fue así como se diseñó un trabajo para estimar la prevalencia de Cardiopatía Reumática Crónica (CRC) y otras eventuales alteraciones cardíacas, incluido el soplo funcional, en una población escolar aparentemente sana del Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente. Se usó para este efecto, el examen clínico cardiovascular para detección, sin perjuicio de usar posteriormente métodos más sofisticados con el fin de afinar el diagnóstico.

El material usado fue una muestra de 1.661 escolares de dos escuelas de la comuna de Puente Alto. 48% eran hombres y 52% mujeres. Un 17,22% tenían entre 5 y 9 años, 33,58% tenían entre 10 y 14 años y 47,20% eran mayores de 14 años.

A todos ellos se les sometió a un examen clínico cardiovascular practicado por un internista experimentado. Aquellos niños que a juicio del internista presentaban alguna anomalía en el examen, eran inmediatamente examinados por un cardiólogo. Idéntico procedimiento se aplicó, un año más tarde, a todos los componentes de la muestra inicial que se encontraban a esa fecha asistiendo a clases.

El criterio para catalogar un soplo de funcional se elaboró sobre la base de los siguientes elementos: soplo sistólico de eyección intensidad I y II en una escala de I a VI; ausencia de evidencias de una cardiopatía reconocible; electrocardiografía de tórax normales, en casos de dudas.

Resultados:

- Se detectaron tres casos de CRC (0,18%): Uno fue una estenosis mitral, otro una enfermedad mitral y el tercero, una insuficiencia mitral.
- Se diagnosticaron 19 (1,14%) casos de Cardiopatías Congénitas (CC). Once de ellos fueron seguros y en 8 inicialmente existieron elementos de duda que posteriormente, con otros exámenes, se despejaron. La CC más frecuente fue la estenosis aórtica en 8 casos. Luego, la comunicación interauricular en 5 casos, tres casos fueron estenosis pulmonares, dos casos presentaban un ductus y un caso un ostium primum.
- Cuatrocientos cincuenta niños (27%) presentaron en el examen inicial un soplo funcional (SF). La frecuencia de SF fue pareja en ambos sexos pero ella tiende a disminuir a medida que avanza en edad. Fue de 34,9% en menores de 9 años, de 31,4% en niños de 10 a 14 años y de 23,2% en mayores de 14 años. Estas diferencias son significativas ($p < 0,05$). La localización más frecuente fue la mesocárdica (58,9%), seguida de la pulmonar (37,3%) y la aórtica (3,8%).
- Un año más tarde, se logró examinar a 1.251 niños (no incluidos los CRC y CC) de los 1.661 iniciales (75,3%).

Este grupo tenía una composición etaria diferente a la muestra inicial: Según este segundo examen se formaron cuatro grupos: a) Sin soplo en ambos exámenes: 716 niños (57,23 por ciento). b) Con soplo en ambos exámenes: 227 niños (18,15 por ciento). c) Con soplo en el primer examen y sin soplo en el segundo: 130 niños (10,39 por ciento). d) Sin soplo en el primer examen pero con soplo en el segundo: 178 niños (14,23 por ciento).

En el segundo examen hubo 405 niños (32,37%) con soplo, cifra algo superior a la del primer examen. Con todo, esta diferencia desaparece al ajustar el resultado por edad (27,9%).

En lo demás, las características de este segundo examen son del todo similar al del primero.

Conclusiones:

- 1) La prevalencia de CRC de 1.80/oo sólo representa la realidad de la muestra examinada y no puede considerarse representativa en todos los escolares. Es similar a la hallada en Nueva York en 1961 y es muy superior a la de Tokio en 1972 (0.30/oo) y muy inferior a la de Soweto (Johanesburgo) en 1979 (7.10/oo).
- 2) Diecinueve casos de CC representan una tasa de 11.10/oo. Esta es muy superior a la americana de 2-30/o aunque bastante inferior a la de Vaisman que cita una de 390/oo, entre 1937 y 1966.
- 3) La cifra de SF de 270/o es intermedia entre el 570/o que cita Vaisman y el 9.10/o encontrado por de la Fuente.
- 4) El presente estudio, si bien no permite generalizar sus resultados por tratarse de una muestra pequeña, aporta una base para otros de mayor envergadura en que se busque conocer la prevalencia real de los soplos encontrados especialmente CRC y CC.

TABLA Nº 1

**DISTRIBUCION POR SEXO Y EDAD DE LOS 1.661 NIÑOS EXAMINADOS.
SERVICIO DE SALUD METROPOLITANO SUR ORIENTE – 1975 - 1976**

Edad (años)	Sexo					
	Hombres		Mujeres		Total	
	Nº	o/o	Nº	o/o	Nº	o/o
5 - 9	127	15.91	159	18.42	286	17.22
10 - 14	271	33.96	320	37.08	591	33.58
15 y +	400	50.13	384	44.50	784	47.20
Total	798	48.04	863	51.96	1661	100

TABLA Nº 2

**PREVALENCIA DEL SOPLO FUNCIONAL EN LOS 1.251 ESCOLARES EXAMINADOS
POR SEGUNDA VEZ, SEGUN PRESENCIA O AUSENCIA DE SOPLOS EN AMBOS
EXAMENES**

Grupo	1er Exámen		2º Exámen		Nº	o/o
	–	SS	–	SS		
A	–	SS	–	SS	716	57.23
B	–	CS	–	CS	227	18.15
C	–	CS	–	SS	130	10.39
D	–	SS	–	CS	178	14.23
Total					1251	1000/o

SS: Sin soplo
CS : Con soplo

101. PROFILAXIS SECUNDARIA DE LA ENFERMEDAD REUMÁTICA: ANÁLISIS DE LA SOBREVIDA Y CAUSAS DE EGRESO EN 9 AÑOS DE SEGUIMIENTO

Dra. María Inés Gómez, Ent. Beatriz Guzmán y Dres. José Manuel Ugarte y Ximena Berríos
(Unidad Docente de Salud Pública, Escuela de Medicina, Universidad Católica)

Ha sido fehacientemente demostrada la existencia de una medida preventiva de eficacia comprobada que es capaz de interrumpir la historia natural de la enfermedad reumática (ER).

Esta medida es la aplicación periódica de penicilina benzatina (PB) en pacientes que han sufrido el primer episodio de la enfermedad, lo que impide el desarrollo de estreptococo B hemolítico grupo A en cantidad suficiente como para desencadenar una respuesta inmunológica responsable de los rebrotos o recurrencias de ER.

Por esta razón, los programas de control de esta enfermedad, descansan fundamentalmente en esta medida preventiva: la profilaxis secundaria.

En el Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente, existe este programa desde 1975 hasta la fecha, el que se desarrolla tanto en los Consultorios Adosados (Adultos y Pediatría) como en los Consultorios Periféricos del Servicio.

Se estudiaron 1.056 casos (364 hombres y 692 mujeres) ingresados al programa entre enero de 1975 y junio de 1983.

El análisis de los resultados se hizo utilizando el método actuarial o de Tabla de Vida, que permite evaluar la supervivencia y las distintas causas de egreso del programa de acuerdo al tiempo de observación.

Las causas de egreso del programa se clasificaron de la siguiente forma: fallecidos por ER, fallecidos por otras causas, abandonados, altas y egresos por otras causas.

Se consideró fallecido por ER a aquellos pacientes que fallecieron durante un brote de enfermedad reumática activa (ERA), o aquellos en que la causa de muerte podía ser atribuida a una cardiopatía reumática crónica. En todos estos casos se realizó revisión exhaustiva de la ficha clínica y de todos los antecedentes disponibles.

El criterio de abandono utilizado fue el de la norma ministerial de control de ER: omisión de 3 inyecciones seguidas.

Las altas son otorgadas por cardiólogo y corresponden a pacientes que han completado el período establecido de profilaxis.

Se considera egreso por otras causas los pacientes que se trasladan a otros servicios de salud y para efectos de este estudio aquellos que deben continuar su profilaxis oral con sulfá, la que no puede ser controlada.

Resultados:

Al analizar la supervivencia (Tabla 1), se observa que el porcentaje acumulado es bastante alto durante el período de observación, siendo de 95.6% para el total, 96.5% en mujeres y 93.4% en hombres. Se encuentra también que el mayor número de muertes se producen en los dos primeros años después del ingreso al programa, pero luego disminuyen y la supervivencia se estabiliza a partir del quinto año de observación.

Es también de gran interés conocer las otras causas de egreso de los pacientes de un programa de este tipo, ya que ello permite tomar medidas tendientes a evitar la pérdida de pacientes.

En la Tabla 2 se observa la distribución porcentual de los egresos según causa y sexo. La causa más importante de egreso del programa es el abandono voluntario seguido del alta médica, encontrándose en tercer lugar los traslados y paso a profilaxis oral. En último lugar están las muertes que al igual que los abandonos son porcentualmente mayores en el sexo masculino.

Es importante consignar que la mayoría de los abandonos y las muertes se producen en los dos primeros años de seguimiento a diferencia de las altas que como es lógico esperar se concentran en años posteriores.

Las muertes ocurridas en el período son 38, de las cuales 21 corresponden a mujeres y 17 a hombres. Sólo en 2 casos la causa fue enfermedad reumática activa, en 27 casos la causa

del fallecimiento fue la cardiopatía reumática crónica y en 8 casos fue por otras causas. Sólo en una paciente se desconoce la causa de muerte.

Respecto a las recidivas se encontraron 37 episodios, que corresponden a 25 pacientes, ya que algunos recidivaron en varias oportunidades. Llama la atención que de los 37 episodios, 24 corresponden a casos de corea, lo que no es inhabitual. Al respecto se sabe que a pesar de la profilaxis con PB adecuada y oportuna, estos enfermos recaen, probablemente porque existían otras causas no estreptocócicas, que las desencadenaron. Estas otras causas no se conocen (hormonales, emocionales, virales, etc.).

Conclusiones:

- 1) La sobrevida de los pacientes en profilaxis secundaria de ER es alta al cabo de 9 años de seguimiento y el porcentaje acumulado de sobrevida se estabiliza a partir del quinto año de observación.
- 2) La principal causa de egreso es el abandono, que es mayor en hombres que en mujeres.
- 3) Las muertes por ER se producen en los primeros años de seguimiento y su principal causa es la cardiopatía reumática crónica.
- 4) Las recidivas se producen fundamentalmente en casos de corea, lo que es habitual en los pacientes que presentan esta manifestación de ER.
- 5) Dados estos hallazgos, la preocupación por estos pacientes debe centrarse en los primeros años luego del ingreso al programa de profilaxis secundaria.

TABLA Nº 1

PORCENTAJE ACUMULADO DE SOBREVIVENCIA DE PACIENTES EN PROFILAXIS SECUNDARIA DE ENFERMEDAD REUMÁTICA.

Años de Observación	Hombres	Mujeres	Total
	o/o	o/o	o/o
0	97,79	98,81	98,45
1	97,37	98,35	98,40
2	95,30	97,78	96,90
3	95,30	97,78	96,90
4	94,51	96,52	95,95
5	93,35	96,52	95,56
6	93,35	96,52	95,56
7	93,35	96,52	95,56
8	93,35	96,52	95,56
9	93,35	96,52	95,56

TABLA Nº 2

**DISTRIBUCION PORCENTUAL DE EGRESOS DEL PROGRAMA DE
PROFILAXIS SECUNDARIA DE ENFERMEDAD REUMATICA, SEGUN
CAUSA Y SEXO.**

Causa	Hombres o/o	Mujeres o/o	Total o/o
Abandono	49,4	45,5	46,9
Altas	19,3	19,1	19,2
Otras causas	16,5	19,5	18,4
Muertes	9,7	6,8	7,9
Recidivas	5,1	9,1	7,6
Total	100	100	100

102. EPIDEMIOLOGIA DEL ACCIDENTE VASCULAR ENCEFALICO EN EL SERVICIO DE SALUD METROPOLITANO ORIENTE

Rodrigo Vergara F., Dra. Inés Salas D., Isabel Rodríguez R., Engracia Rosales R.,
Felipe Serman V., José Soto L., Rodrigo Torres C., Cristián Vatter G., Richard Vega D.
(Departamento de Salud Pública, División de Ciencias Médicas Oriente,
Facultad de Medicina, Universidad de Chile)

El accidente vascular encefálico (AVE) constituye un problema de salud pública importante por su trascendencia como causa de morbimortalidad, con una tasa de mortalidad de 53,6 x 100.000 hab. en Chile de 1981 y porque puede ser parcialmente controlado con un programa de control de hipertensión arterial.

El objetivo de esta investigación es describir la magnitud, variación por sexo, edad, algunos hábitos y características de la atención médica del accidente vascular encefálico en el Servicio de Salud Metropolitano Oriente.

Se seleccionó el universo de egresos hospitalarios del Hospital del Salvador y del Instituto de Neurocirugía del año 1983, con diagnóstico de AVE que incluyera los códigos 430 y 434 y 436 de la Novena Clasificación Internacional de Enfermedades, mayores de 15 años que residieran dentro del sector geográfico Oriente. Luego del proceso de revisión se obtuvieron 214 egresos que cumplían con los requisitos y que correspondían a 212 episodios nuevos de AVE. La información sobre las variables se obtuvo revisando los boletines de egresos hospitalarios y las secciones de ingreso y epicrisis de las fichas clínicas de los hospitales señalados.

Para el cálculo de las tasas se usaron las estimaciones de población total y beneficiaria de Junio de 1983 correspondientes al sector geográfico.

La tasa de incidencia de AVE en el año 1983, en el Servicio de Salud Metropolitano Oriente, calculada con beneficiarios fue de 54,9 x 100.000 hab. y varía con la edad de 394,7 x 100.000 hab. en el grupo de 65 y más años a 9,1 x 100.000 hab. en el grupo de 15 a 44 años. No existe diferencia importante en la tasa de incidencia de AVE hospitalizados entre hombres y mujeres excepto en el grupo etario de 65 años y más en que es más elevada en hombres (475,3 por 100.000 hab.) que en mujeres (344,9 x 100.000) hab.

En cuanto a hábitos se detectó que aproximadamente un 50% de los 188 episodios con ficha clínica revisada carecían de registro sobre consumo de tabaco y alcohol, hecho que impidió obtener conclusiones al respecto.

De los 188 episodios, 31 (16,5%) carecían de registro alguno sobre hipertensión arterial y de los 157 con algún tipo de registro al respecto, 98 (62,4%) presentaban valores

elevados de presión arterial al ingreso. De éstos, en 39 episodios la hipertensión arterial se había detectado y estaba controlada antes del AVE, en 32 se había detectado pero no se controlaba, en 17 no se había detectado antes del AVE y en 10 no se pudo conocer este antecedente por no estar consignado.

La letalidad intrahospitalaria en los 212 episodios fue de 27,8%. De los 130 episodios egresados vivos con ficha clínica, en 33 (25,4%) no había registro sobre las alteraciones neurológicas al egreso. De los 97 con registro, 74 (76,3%) presentaban alguna alteración neurológica.

El promedio de los días de estado de los 212 episodios fue de 16,4 días.

En síntesis, la incidencia de AVE es elevada, en edades avanzadas, un porcentaje importante presenta hipertensión arterial, es de alta letalidad y deja secuela neurológica en la gran mayoría de los casos. Se detectaron deficiencias serias en los registros de los hospitales analizados que limitan la labor de investigación y plantean interrogantes en torno a la calidad de la atención médica otorgada. Además vale la pena reflexionar sobre la realidad de la cobertura y calidad de los programas de control de hipertensión arterial.

TABLA I

INCIDENCIA DE ACCIDENTE VASCULAR ENCEFALICO HOSPITALARIO SEGUN SEXO Y EDAD

Edad (años)	Mujeres			Hombres			Totales		
	Nº	o/o	tasa por 100.000	Nº	o/o	tasa por 100.000	Nº	o/o	tasa por 100.000
15 - 24	3	2,6		7	7,2		10	4,7	
25 - 34	3	2,6	9,1	2	2,1	9,05	5	2,4	9,1
35 - 44	7	6,1		3	3,1		10	4,7	
45 - 54	9	7,8	88,1	12	12,4		21	9,9	86,4
55 - 64	30	26,1		19	19,6	84,4	49	23,1	
65 - 74	26	22,6		32	33,0		58	27,4	
75 - 84	27	23,5	344,9	16	16,5	475,3	43	20,4	394,7
85 y más	9	7,8		5	5,1		14	6,6	
Ignorado	1	0,9		1	1,0		2	0,9	
Total	115	100,0	56,0	97	100,0	53,7	212	100,0	54,9

* Tasa calculada con estimación de población beneficiaria al 30 de Junio de 1983, del Servicio de Salud Metropolitano Oriente.

TABLA 2

EPISODIOS HOSPITALIZADOS DE ACCIDENTE VASCULAR ENCEFALICO SEGUN SEXO Y DETECCION Y CONTROL DE HIPERTENSION ARTERIAL ANTES DEL AVE.

Detección y Control de Hipertension	Hombres		Mujeres		Total	
	Nº	o/o	Nº	o/o	Nº	o/o
Detectada y controlada	12	31,6	27	45,0	39	39,8
Detectada y no controlada	13	34,2	19	31,7	32	32,7
No detectada	8	21,0	9	15,0	17	17,3
Ignorada	5	13,2	5	8,3	10	10,2
Total	38	100,0	60	100,0	98*	100,0

*Corresponde a 98 episodios con revision de ficha clínica y valores elevados de presion arterial al ingreso.

103 VARIACION DEL RIESGO DE MUERTE POR CANCER A LO LARGO DE LA VIDA CHILE 1962 - 1981: USO DE TASA ACUMULATIVA

Dr. Luis Martínez, Sr. Mauricio Maturana, Dr. Gonzalo Marín y Sr. Emilio Decinti
(Escuela de Salud Pública, Universidad de Chile)

En Chile las defunciones por tumores malignos ocupan el segundo lugar en importancia relativa tras las muertes por enfermedades cardiovasculares.

Entre los factores más fuertemente asociados a un aumento de la incidencia de neoplasia esta el envejecimiento de la población. Por esta razón el estudio de la tendencia de la mortalidad en períodos prolongados, debe considerar atentamente los cambios en la estructura demográfica que pueden haber ocurrido (mayor expectativa de vida, aumento del porcentaje de mayores de 65 años, etc.) en una población determinada.

Para controlar este factor de envejecimiento, y establecer si existe un aumento real del riesgo de desarrollar un tumor, por una mayor presencia de factores cancerígenos, se ha utilizado corrientemente el procedimiento de ajuste de tasas por edad.

Sin embargo, este procedimiento ha merecido algunas críticas. a) elección arbitraria de la población estandar, b) con frecuencia la población estandar elegida no se menciona en los trabajos, lo que impide comparaciones, c) la obtención de un sólo guarismo (tasa estandarizada) oculta las oscilaciones de las tasas en el transcurso de la vida (en diversos grupos etarios).

Por las críticas mencionadas, se preconiza actualmente utilizar el procedimiento de obtener la Tasa de Incidencia o Mortalidad Acumulada que consiste en calcular el riesgo de tener una determinada neoplasia (o fallecer por ella) durante un intervalo de tiempo (edad) si no estuviese presentes otras causas de muerte.

Desde un punto de vista matemático la Tasa Acumulativa consiste en determinar el area comprendida por la población expuesta al riesgo y el tiempo transcurrido antes de presentar o fallecer por la enfermedad.

Por ejemplo, si la tasa mortalidad a una edad t se designa por $I(t)$ entonces el riesgo acumulado de morir $A(t)$ en un lapso de vida desde t_1 a t_2 esta dado por

$$A(t) = 1 - \int_{t_1}^{t_2} I(t) dt$$

En la practica A (t) se determina como la suma de las tasas de mortalidad anuales para cada año de edad.

Con este procedimiento hemos analizado la variación del riesgo de fallecer a lo largo de la vida, para los 14 principales tumores en Chile de 1962 a 1981.

Resultados

De la información de las Tablas 1 y 2 se desprende que.

- El riesgo de morir para todas las localizaciones ha disminuido en ambos sexos.
- El riesgo acumulado de morir para el cáncer en general y para la mayoría de las localizaciones aumenta rápidamente posterior a los 35 años de edad para ambos sexos.
- El riesgo acumulado de morir por un cáncer gástrico ha disminuido para ambos y para todas las edades.
- El riesgo de morir por una neoplasia pulmonar ha aumentado marcadamente en los hombres sobre los 55 años de edad.
- Neoplasias tales como Leucemias, Cuello Utero, Estómago, Ovario, Mama y V. Biliar son tumores cuyo riesgo es importante aún en los primeros 35 años de vida.
- Tres tumores llaman la atención debido a su importancia aumento en el riesgo acumulado de morir: Pulmón, Mama y Páncreas.

Este método permite comparar legítimamente las variaciones experimentadas por las tasas de mortalidad para diversos tumores, a pesar del envejecimiento experimentado por nuestra población, y no presenta los inconvenientes del ajuste de tasas tradicional.

TABLA 1

TASA ACUMULATIVA DE MORTALIDAD x 100.000 PARA DIVERSAS NEOPLASIAS, EN VARONES CHILE 1962 - 1981

Localizaciones	Año	Edad (años)			
		15	35	55	75
Total	1962	103	395	2654	15.803
	1981	84	322	1979	14.063
Esófago	1962	1	5	124	1.115
	1981	0	1	84	914
Pulmón	1962	2	16	205	1.304
	1982	2	9	261	2.373
Próstata	1962	1	3	31	629
	1981	0	1	17	765

Localización	Año	Edad (años)			
		15	35	55	75
Estómago	1962	6	63	1021	6947
	1981	1	25	504	4058
Colon	1962	0	6	54	306
	1981	0	3	46	368
Pancreas	1962	0	2	52	351
	1981	1	4	61	442
Leucemia	1962	43	91	152	273
	1981	41	82	148	313

TABLA 2

**TASA ACUMULATIVA DE MORTALIDAD x 100.000 PARA DIVERSAS NEOPLASIAS,
EN MUJERES CHILE 1962 - 1981**

Edad (años)

Localización	AÑO	15	35	55	75
Total	1962	87	402	3.142	13.555
	1981	86	297	2.298	11.726
Esófago	1962	2	4	66	466
	1981	1	1	28	369
Pulmón	1962	3	9	70	585
	1981	0	64	97	600
Mama	1962	2	11	293	1.047
	1981	1	16	324	1.290
Pancreas	1962	1	3	51	265
	1981	0	1	45	367
Riñón	1962	5	7	32	124
	1981	2	3	28	142

Edad (años)

Localización	Año	15	35	55	75
Estómago	1962	4	58	607	3.998
	1981	1	12	199	1.847
Colon	1962	2	10	62	395
	1981	0	3	44	347
Utero	1962	1	47	473	1.147
	1981	0	52	507	1.486
Ovario	1962	1	12	71	208
	1981	1	18	105	368
V. Biliares	1962	1	5	138	778
	1981	3	9	102	549
Leucemia	1962	40	80	144	260
	1981	41	74	124	251

104 FACTORES ASOCIADOS A LA PRODUCCION DE CANCERES DIGESTIVOS

Drs. Ernesto Medina, Attila Csendes, Raquel Medina, Ivan Palma y Alejandro Rodriguez
(Escuela de Salud Publica y Departamento de Cirugia Hospital Clinico de la Universidad
de Chile)

A diferencia de la mayor parte de la patología chilena cuyos riesgos tienden a la disminución, los tumores malignos constituyen un grupo de mortalidad global estable y, por lo tanto, de creciente importancia relativa. Si se considera la incidencia acumulada, el riesgo actual de los chilenos de enfermar y de morir por cáncer es de 15,30/o y 60/o hasta los 65 años de edad y sube a 26,50/o y 21,50/o a los 85 años. En el conjunto de los tumores malignos, los del aparato digestivo son mayoritarios alcanzando a la mitad del total de defunciones neoplásicas. Nos ha parecido importante explorar los factores asociados a la producción de estos cánceres por cuanto de su conocimiento deben fluir las principales estrategias de prevención primaria y de diagnóstico precoz.

Para el propósito, a partir del 1º de Julio de 1983 se ha llevado a cabo un estudio prospectivo de casos y controles. Los primeros corresponden a pacientes con cánceres digestivos comprobados que han sido hospitalizados en el Departamento de Cirugía del Hospital J.J. Aguirre. Los controles corresponden a pacientes hospitalizados en la misma época en el mismo Departamento con patologías no asociadas a la producción de cáncer, elegidos al azar y de igual edad y sexo a través de un sistema de emparejamiento o "matching". Se ha usado un cuestionario que emplean tres encuestadores estudiantes de medicina y que incluye preguntas sobre consumo de tabaco, alcohol, dieta, características corporales, exposiciones ambientales y profesionales, nivel socioeconómico, sexualidad, antecedentes personales y familiares.

En este informe preliminar correspondiente a los primeros 60 casos y 60 controles estudiados hemos encontrado diversos factores que se asocian en forma estadísticamente significativa a la producción de cánceres digestivos. Así ocurre en el caso del cáncer del esófago con el tipo corporal ectomorfo, el bajo nivel socioeconómico, la actividad agrícola, el consumo de frituras y de alimentos a temperaturas muy calientes y al consumo sistemático de aspirina. El cáncer gástrico se encuentra asociado a la actividad agrícola, el bajo nivel socioeconómico, la residencia fuera de Santiago, el consumo de mate y de ají en forma diaria y la fritura como sistema de cocción de alimentos. El cáncer de colon y recto se vinculan al tipo corporal mesomorfo, estratos altos, bajo consumo de verduras, factores genéticos. Finalmente hemos encontrado que los cánceres de pancreas y vesícula biliar se asocian al tipo corporal endomorfo, estratos socioeconómicos altos, obesidad, consumo de ají y huevos y al hábito de fumar.

105. CANCER BUCOFARINGEO EN CHILE: DEFUNCIONES Y EGRESOS, 1982.

Drs. Aida Kirschbaum, Mirna Vicent y Aida Pizzi
(Escuela de Salud Pública y Grupo de Odontología Preventiva y Social, Facultad de
Odontología, Universidad de Chile)

En los países desarrollados, una persona de cada 5 morirá de cáncer y, en los países en desarrollo, una de cada 16, con variaciones entre los países y también entre ambos sexos, siendo generalmente algo mayores las cifras de muerte de los hombres.

El número de muertes anuales por cáncer en el mundo es, por lo menos de 4.3 millones, de los cuales 2.3 millones se producen en el mundo en desarrollo, aun cuando esta cifra esta sub-enumerada por notificación defectuosa. Para el año 2.000, el número de muertes estimado es de 8 millones.

El número de casos nuevos anuales en el mundo es de 5.9 millones, de los cuales 2.9 millones ocurren en los países más desarrollados y algo más de 3 millones en los países en desarrollo.

En las Américas, se ha estimado en 738.000 el número de muertes anuales por cáncer, correspondiendo 291.000 a América Latina, lo que representa una tasa de mortalidad de 121 por 100.000 habitantes y el 14% del total de muertes. En Chile, la tasa de mortalidad por cáncer alcanza a 102.4 por 100.000 habitantes y su importancia relativa es de 16.8% del total de muertes. Es indispensable comprobar el número de muertes por cada tipo de cáncer en cada país para conocer la verdadera magnitud del problema con el objeto de programar las acciones de prevención y control.

Con respecto al cáncer bucofaringeo, es uno de los que pueden prevenirse, logrando que la población abandone al hábito de fumar y también puede hacerse prevención secundaria contra este cáncer, detectando los primeros síntomas en los centros de atención primaria, para proceder a su tratamiento y lograr la curación de una proporción importante y evitar el sufrimiento de la totalidad de ellos. El período de incubación del cáncer bucal puede ser tan largo como 15 años, lo que da tiempo para su pesquisa y tratamiento, sin embargo, los pacientes, a menudo consultan tardíamente. Las investigaciones socioculturales se hacen cada vez más necesarias para descubrir los medios de modificar las actitudes de la población.

El número de casos anuales estimados en el mundo, de cáncer bucal es de 340.000. En algunos países tiene mayor importancia relativa. En Asia Sur Oriental, representa el 25% de los casos de cáncer. En Sri Lanka, la práctica de mascar tabaco en forma de buyo confeccionado con hojas de betel y la de fumar "trompetillas" con el extremo encendido dentro de la boca, determina la gran frecuencia del cáncer bucal, aumentando el riesgo, la inadecuada higiene bucodentaria.

Se realizó el estudio de la totalidad de los certificados de defunción de Chile en el año 1982, que corresponde a 69.929 y se examinaron los datos de los egresos hospitalarios del Ministerio de Salud en el mismo año que corresponden a 1.159.892, seleccionando las muertes y los egresos por cáncer bucofaringeo que corresponden a los rubros 140 a 149 de la Clasificación Internacional de Enfermedades y Causas de Muerte (9ª. corrección). Se trata de un estudio de prevalencia del cáncer bucofaringeo en las defunciones y egresos de Chile en 1982.

Resultados

Las defunciones por cáncer bucofaringeo en Chile en 1982 son 150, con 82% en hombres y 18% en mujeres; la razón hombre/mujer fue de 4.6:1. Las defunciones totales por cáncer, que 1982 fueron 11.767, correspondieron en 50.5% a los hombres, lo que da una razón hombre/mujer de 1.02:1. Las defunciones por todas las causas, correspondieron en 56.2% a los hombres, lo que da una razón hombre/mujer de 1.28:1.

La importancia relativa de las muertes por cáncer bucofaringeo representa el 0.21% del total de defunciones y el 1.3% del total de cánceres. En 1980 este último porcentaje era de 1.1%

Al analizar el cáncer bucofaríngeo por grupos de edad se observa que el 54^o/o de ellos corresponde al grupo de 15 a 64 años (con 5.3^o/o en el grupo de 15 a 44 años) y el 46^o/o a los mayores de 65 años, lo que corresponde a tasa de 1.13 por 100.000 habitantes para el primer grupo y 10.80 para el grupo más añoso, igual a 9.56 veces mayor. Las defunciones se presentan tan precozmente como a los 20 a 24 años. Con respecto a las localizaciones específicas, los más frecuentes son los cánceres de la lengua con 17.3^o/o del total, seguidos de los bucofaríngeos con 16.0^o/o. Siguen en tercer lugar en importancia relativa los tumores malignos de las glándulas salivales mayores con 8.7^o/o del total, los nasofaríngeos con 8.0^o/o, los del piso de la boca con 7.3^o/o y los del labio con 4.7^o/o. Otras partes no especificadas de la boca corresponden a 16.0^o/o y los mal definidos de labios, bucales y faríngeos a 15.3^o/o. Cuando se analizan las localizaciones específicas por sexo, se mantiene la misma importancia relativa para el hombre. Para la mujer, la mayor importancia relativa la tienen los cánceres bucofaríngeos con 18.5^o/o seguida de los tumores malignos de las glándulas salivales y los nasofaríngeos con 11.1^o/o respectivamente; luego siguen los del labio, lengua y piso de la boca con 7.4^o/o cada uno. Son menos frecuentes los de las encías.

Los egresos hospitalarios por cáncer bucofaríngeo en Chile en 1982 corresponden a 411 casos, 1.5^o/o del total de hospitalizaciones por cáncer de 27.800, con una tasa de 3.6 por 100.000 habitantes. El 68^o/o de las hospitalizaciones corresponden a los varones y el 32^o/o a las mujeres.

Las mujeres se hospitalizan más por todas las causas con una razón de 1.93 mujeres por hombre; también se hospitalizan más por todos los cánceres con una razón de 1.44 mujeres por hombres, pero las hospitalizaciones por cánceres bucofaríngeos presentan una razón de 2.14 hombres por mujer.

Con respecto a la distribución por edad, las tasas más altas corresponden al grupo de 65 años y más con 19.3 por 100.000 habitantes. El grupo de 15 a 65 años presenta una tasa de 3.8 por 100 habitantes y el grupo de menores de 15 años presenta una tasa de 0.2 por 100.000 habitantes. Los egresos comienzan a aparecer en el grupo de 1 a 4 años de edad para las mujeres y de 5 a 9 años para los hombres.

Las localizaciones más frecuentes en los egresos son la lengua con 18^o/o del total, el labio con 17^o/o del total, el bucofaríngeo con 16^o/o, las glándulas salivales con 10.2^o/o, el piso de la boca con 8.3^o/o y los laringofaríngeos con 7.1^o/o. Cuando se analiza la localización por sexo, la mayor importancia relativa en el hombre la tiene el cáncer de la lengua con 19.0^o/o; en 2^o lugar el del labio con 17.6^o/o; 3^o el bucofaríngeo con 14.7^o/o; 4^o el piso de la boca con 10.4^o/o. En la mujer, la mayor importancia relativa corresponde al bucofaríngeo con 18.9^o/o, seguida de lengua con 15.9^o/o y labio con 15.9^o/o y glándulas salivales con 15.2^o/o.

Se trata de un cáncer de predominio masculino que comienza temprano en la vida y que se puede prevenir en buena proporción con adecuada higiene bucal y abandonando el hábito de fumar. Dada su localización es fácil de detectar, pero la pesquisa precoz debe hacerse en los lugares de trabajo porque la población que acude a los consultorios es predominantemente femenina. Con respecto a los diagnósticos, es aconsejable recomendar que se definan de acuerdo a la Clasificación Internacional de Enfermedades por existir un 31.3^o/o mal definido en las defunciones y 17.0^o/o en los egresos.

TABLA Nº 1

DEFUNCIONES POR CANCER BUCOFARINGEO POR LOCALIZACION Y GRUPOS DE EDAD. CHILE 1982.

Localización	-15	Edad (años)			Total	
		15 - 44	45 - 64	65 y +	Nº	o/o
Labio	-	1	3	3	7	4.7
Lengua	-	1	13	12	26	17.3
Glándulas Salivales	-	-	8	5	13	8.7
Encía	-	-	-	1	1	0.7
Piso de la boca	-	1	6	4	11	7.3
Otras partes no especificadas de la boca	-	-	9	15	24	16.0
Bucofaringeo	-	2	16	6	24	16.0
Nasofaringeo	-	1	7	4	12	8.0
Laringofaringeo	-	-	3	6	9	6.0
Mal definidos labio bucofaringeo	-	2	8	13	23	15.3
Total	-	8	73	69	150	100.0
Tasa x 100.000 hab.		1.13		10.80	1.31	

TABLA Nº 2

EGRESOS POR CANCER BUCOFARINGEO POR LOCALIZACION Y GRUPOS DE EDAD. CHILE 1982.

Localización	- 15	Edad en años			Nº	o/o
		15 - 44	45 - 64	65 y +		
Labio	-	10	25	35	70	17.0
Lengua	-	7	50	17	74	18.0
Glándulas Salivales	4	5	20	3	42	10.2
Encía	1	1	8	3	13	3.2
Piso de la boca	-	2	26	6	34	8.3
Otras partes no especificadas de la boca	-	15	23	11	49	11.9
Bucofaringeo	-	6	47	13	66	16.0
Nasofaringeo	1	4	7	1	13	3.2
Laringofaringeo	-	3	10	16	29	7.1
Mal definidos labio bucal y faringeo	1	3	9	8	21	5.1
Total	7	56	225	123	411	100.0
Tasa x 100.000 hab.	0.2	3.8		19.3	3.6	

106. VALIDEZ DE LA BIOPSIA RÁPIDA COMO MÉTODO DIAGNÓSTICO DEL CÁNCER

Srs. Andrés Navarrete, Hernán Noguera, Daeroberto Ojeda, Leonel Pizarro, Lilian Rubio,
Jaime Schilling, Claudio Stuardo, Lorena Tapia, Gonzalo Villavicencio y Dra.
Inés Salas

(Departamento de Salud Pública, División de Ciencias Médicas Oriente,
Facultad de Medicina, Universidad de Chile.

La biopsia rápida es un método importante y muy utilizado en el diagnóstico intraoperatorio del cáncer, aplicándose en el estudio de tumores y bordes de resección quirúrgica. Como de este diagnóstico depende la conducta quirúrgica a seguir, estudiamos la validez del método en el Servicio de Anatomía Patológica del Hospital del Salvador durante el año 1983, para lo cual procedimos a comparar los resultados obtenidos con las de otro método de confiable validez diagnóstica como es la biopsia lenta.

Para esto se estudió el universo de biopsias informadas por este Servicio durante 1983, que cumplían con los requisitos de tener biopsia lenta y rápida de misma muestra de tejido y de corresponder a personas mayores de 15 años. Las biopsias provenían de Hospital del Salvador y Maternidad, Fundación López Pérez (FLP) e INER y CT. La información se recolectó revisando los archivos de Anatomía Patológica, tarea realizada por los autores y, los datos obtenidos fueron consignados en fichas individuales diseñadas para este propósito.

En las 203 biopsias seleccionadas, el rango de edad predominante fue de 35 a 64 años (63.10/o), siendo el mayor porcentaje de ellas mujeres (83.70/o). La mayoría de los casos provenían del Hospital Salvador (37.90/o) y de la FLP (30.60/o) y en menor importancia de los otros servicios. De los órganos biopsiados se observa una franca mayoría correspondiente a órganos femeninos: mama (46.80/o) y ginecología (16.30/o).

Comparando la biopsia rápida con la lenta, estas concuerdan en 95 casos cuando existía cáncer en la pieza y en 92 casos cuando no existía, además informó 5 falsos positivos y 6 casos falsos negativos. Los 5 casos dudosos que existían eran cáncer confirmado por biopsia lenta.

Estos resultados arrojan una sensibilidad general del método de 89.60/o; una especificidad de 94.80/o y una exactitud de 92.10/o (Tabla 1).

Los parámetros medidos fueron altos en ambos sexos, sin embargo, la validez de la biopsia extemporánea fue mejor en mujeres (p. 0.01).

En cuanto a los servicios, los resultados obtenidos fueron semejantes, salvo que en la FLP la especificidad es menor. No existe diferencia de exactitud y especificidad para los distintos órganos, sólo se encuentra para ginecología una menor sensibilidad con una diferencia estadísticamente significativa (p. 0.01) (Tabla 2).

En síntesis se concluye que la biopsia rápida es un buen método para el diagnóstico intraoperatorio de cáncer en el Servicio de Anatomía Patológica del Hospital del Salvador, por ser válido con una sensibilidad, especificidad y exactitud altas, lo que permite recomendar su uso como una buena forma de orientación para el cirujano en su procedimiento quirúrgico, pero de acuerdo a indicaciones bien precisas.

Sería importante realizar un estudio similar que abarcara más servicios para lograr un mejor ejercicio de la Medicina.

TABLA 1

VALIDEZ DIAGNOSTICA DE BIOPSIAS DE CANCER SEGUN RESULTADO RAPIDO Y LENTO

Biopsia Lentas	Biopsias Rapidas						Total
	Positivas		Negativas		Dudosas		
	Nº	o/o	Nº	o/o	Nº	o/o	
Positivas	95	89,6	6	5,7	5	4,7	106
Negativas	5	5,2	92	94,8	0	0	97
Total	100	49,3	98	42,3	5	2,5	203

Exactitud = 92,10/o

TABLA 2

VALIDEZ DIAGNOSTICA DE BIOPSIAS DE CANCER SEGUN RESULTADO RAPIDO Y LENTO, SEGUN ORGANO

Organo	Sensibilidad	Especificidad	Exactitud
Mama	1000/o	970/o	990/o
Ganglios	1000/o	1000/o	1000/o
G. Urinario Fem.	71.40/o	96.10/o	91.00/o

107. TABAQUISMO EN LA POBLACION GENERAL Y EN LOS MEDICOS DE SANTIAGO INFORME PRELIMINAR

Drs. Ernesto Medina, Juan Pablo Pascual, Angelica Alegria, Miguel Biron, Jorge Buhler,
Patricio Bustos, Victor Cabrera, Cesar Cárcamo, Luis Corvalan, Luis Gutierrez, Gustavo
Gutierrez y Juan Larrañaga
(Escuela de Salud Pública. Facultad de Medicina. Universidad de Chile)

Las principales causas de muerte en la actualidad (enfermedades cardiovasculares y cáncer) están asociadas a diferentes hábitos y costumbres de la población, entre los cuales el tabaco ocupa un lugar destacado.

Por otra parte, la experiencia de muchos países revela que el resultado de los programas de control de tabaquismo depende de la actitud de los médicos frente al problema. En este estudio se comunican los resultados del estudio del hábito de fumar de la población de Santiago y de los médicos y estudiantes de medicina.

Para el propósito se usó la encuesta básica de la American Cancer Society. La población fue encuestada en forma telefónica en una muestra de 1100 personas, obtenida por un procedimiento aleatorio a partir de la guía telefónica de Santiago; sólo un 20/o de los llamados se negaron a contestar. El hábito de fumar en Santiago no está asociado al nivel socio económico como se desprende de las encuestas de consumo del INE (1), de los resultados obtenidos en esta encuesta, de la comparación de resultados respecto al tabaquismo en estudiantes de medicina con y sin teléfono domiciliario y del estudio de embarazadas.

Una investigación realizada en Santiago en 1971 (2) reveló un 360/o de fumadores, cifra que en este estudio se elevó a 390/o de la población, ajustando los resultados de la encuesta a la estructura poblacional de la capital en 1982. Resulta llamativo el aumento en el número de mujeres fumadoras (260/o en 1971 y 450/o en 1983), que contrasta con la declinación, por

abandono del hábito, en los valores (47% en 1971 y 33% en 1983). La edad constituye un factor de importancia registrándose un 47% de fumadores en los menores de 30 años proporción que disminuye a 38% en el grupo de 30 a 54 años y a 30% en los mayores de esta edad. La tasa de fumadores es significativamente superior en la mujer, a toda edad. Dos tercios de los fumadores lo hacen diariamente mientras en un tercio de los casos el consumo es ocasional. La mediana de cigarrillos diarios alcanza a 10 unidades, siendo de 13 en varones y 8 en mujeres. Un 55% de los fumadores tiene un grado importante de preocupación por los efectos dañinos del tabaco, identificándose como preocupados o muy preocupados, mientras el 45% restante manifiesta estar algo o no preocupados; la preocupación es mayor en los varones que en las mujeres. Las principales fuentes de información sobre los efectos del tabaco corresponden a la lectura y la televisión; ambos sistemas de comunicación de masas constituyen la fuente de información de un 66% de los encuestados, a lo que se agrega un 15% que menciona la radio. La observación de efectos en enfermos (11%) y la recomendación dada por médicos (8%) constituyen otras fuentes de importancia. No hay diferencias con significado estadístico respecto a fuente de información en ambos sexos y en diversos grupos de edades.

Además de la población general de Santiago estudiamos un total de 430 médicos del Área Norte de Santiago, incluyendo el Hospital Aguirre, del Río y la Escuela de Salud Pública, y 631 estudiantes de medicina de 10, 40 y 70 años; un 90% de ambos grupos contestó la encuesta.

Un 37% de los médicos (35% de varones y 42% de mujeres) son fumadores actuales, proporción similar a la observada en la población general. Solo un 38% de los médicos fumadores manifiesta un grado elevado de preocupación. El tabaquismo es diferente en diversas especialidades médicas observándose altas tasas de fumadores entre los psiquiatras (58%), oftalmólogos (54%), cirujanos (47%) y radiólogos (46%) y bajas tasas de tabaquismo en dermatólogos (19%), salubristas (22%), anestesiólogos (27%) e internistas (29%); otras especialidades fluctúan entre 30 y 35% de fumadores. La frecuencia inversa al grado de preocupación por los efectos del tabaco (coeficiente -0,683 y p. azar -0,01). El hábito de fumar es diferente en los diversos grupos generacionales de médicos; mientras en los profesionales de más de 60 años se registra un 28% de fumadores en los varones y 0% en las mujeres; a la inversa, entre los médicos menores de 30 años la proporción de fumadores es también de 27% en varones, pero asciende a 52% en las doctoras.

El estudio de los alumnos de medicina revela que una elevada proporción de estudiantes de ambos sexos ha tenido contacto con el tabaco y que cantidades crecientes, a lo largo de los estudios, han fumado diariamente por un semestre o más. No se aprecian diferencias según sexo. Las tasas de fumadores actuales son elevadas en ambos sexos: en los varones alcanza a 35%, 46% y 49% para el 10, 40 y 70 año de la carrera, mientras en las mujeres las proporciones son de 39%, 53% y 43%, respectivamente. Estas altas tasas de fumadores coinciden con elevadas proporciones (61 a 71%) de estudiantes preocupados por los efectos del hábito.

Los estudios epidemiológicos modernos han demostrado, más allá de toda duda, un conjunto de efectos indeseables del tabaco sobre la salud, cuyo conocimiento ha llevado a los médicos de muchos países a cambiar significativamente sus hábitos, reduciéndose el número de fumadores a menos de la mitad. La prevalencia encontrada por nosotros es similar a la observada por Greiber y Vargas, (3), no difiere de la observada en la población general y traduce que los médicos no han tomado conciencia del problema. El hecho resulta preocupante por cuanto el éxito de una campaña antitabáquica está ligada a la posición favorable de los profesionales. Resulta aún más grave el caso de los médicos de este estudio que, por laborar en centros universitarios, tienen la responsabilidad de modelar las conductas de los estudiantes y futuros médicos. Dicha influencia no se aprecia por cuanto los estudiantes de medicina no difieren de otros grupos juveniles, como por el incremento del número de fumadores durante la carrera.

Referencias

1. Instituto Nacional de Estadísticas. Encuesta de gastos de la población del Gran Santiago, 1977.
2. Joly DJ y cols. Encuesta sobre las características del hábito de fumar en América Latina. Publ. Cientif. OPS N° 337, Washington, 1977.
3. Greiber R y Vargas N. Hábito de fumar en estudiantes y profesionales de la salud. Rev. Med. Chile 110:473, 1982.

108. CONOCIMIENTOS ACERCA DE TABAQUISMO EN PROFESORES Y ALUMNOS DE CURANILAHUE

Drs. Gian Pallini, Juan Monsalve, David Silva y Mauricio Tapia
(Hospital de Curanilahue, Servicio de Salud Concepción-Arauco)

Curanilahue, Comunidad rural, es un poblado cuya principal fuente de trabajo es la Minería de carbón. Pertenece a la Provincia de Arauco VIII Región, depende del Servicio de Salud Concepción-Arauco. Cuenta con una población de aproximadamente 30.000 habitantes con un 90% de población urbana y 10% de población rural. Existe en el campo educacional, un liceo que alberga aproximadamente 1.500 alumnos de enseñanza media contando con una dotación de 45 profesores para las distintas asignaturas. Dado que la provincia de Arauco cuenta con índices económicos que la ubican entre las más pobres del país, y sus niveles culturales son bajísimos es que consideramos que se trataría de una población de alto riesgo, frente a medidas evasivas como el alcohol, tabaco y drogadicción.

Basado en lo anterior y viendo nuestras posibilidades de educar en estos terrenos hemos querido determinar el nivel de conocimientos existentes en relación a tabaquismo en alumnos de 4º año medio y profesores del Liceo de Curanilahue, ya que estos representan los mayores exponentes culturales del pueblo. Consideramos que estableciendo esto, obtendríamos una visión aproximada del nivel inicial que contamos para iniciar la educación en estas áreas.

Los objetivos fueron:

Determinar el nivel de conocimientos acerca de tabaquismo en alumnos de 4º año medio y profesores del Liceo de Curanilahue año 1984, analizando comparativamente el promedio de conocimiento de alumnos y profesores y cada ítem propuesto acerca de Tabaquismo.

Se contó con 4 médicos generales y formularios de preguntas acerca del tema, suficientes para encuestar al 100% de la población propuesta, proporcionada por el Departamento de Educación Municipal (DEM) de Curanilahue.

Durante el mes de junio de 1984, se probó la encuesta en el 20% de la muestra a estudiar no observándose defectos técnicos que dificultaran su desarrollo.

Durante ese mismo mes se aplicó en todos los alumnos de 4º año medio del Liceo de Curanilahue, completando un total de 129 alumnos encuestados; y paralelamente a todos los Profesores del Liceo con un total de 44 docentes encuestados. La supervisión del certamen estuvo a cargo de los Médicos autores de este trabajo. Posteriormente la información fué proce-
da y tabulada.

Resultados

En el estudio realizado observamos que, en general, existe un nivel aceptable de conocimientos acerca de tabaquismo. Los profesores revelan un conocimiento algo más acabado del tema, pero en los alumnos se detecta un nivel suficiente.

En general, los daños producidos por el tabaco son conocidos por la población estudiada, asociando en su mayoría tabaquismo a cáncer pulmonar y a riesgo de enfermedades cardiovasculares.

Es interesante señalar que existe un nivel aceptable de conocimientos en relación a los efectos que el tabaco puede provocar durante el embarazo, reconociendo como dañino a él.

La muestra estudiada no asoció dependencia y tolerancia a tabaquismo, tanto los alumnos como los profesores.

Sería interesante incluir en los programas de estudio, una asignatura que contemplara la enseñanza de tópicos acerca de tabaquismo a nivel de alumnos de enseñanza media.



TABLA 1

**DISTRIBUCION DE ALUMNOS Y PROFESORES DEL LICEO DE CURANILAHUE,
SEGUN PORCENTAJE DE RESPUESTAS CORRECTAS EN RELACION A TABAQUISMO
JUNIO DE 1984.**

Porcentaje de respuestas correctas	Profesores		Alumnos		Total	
	Nº	%	%	%	Nº	%
<25	3	6,8	7	5,4	10	5,8
25 - 49	5	11,4	58	45,0	13	36,4
50 - 74	18	40,9	52	40,3	70	40,5
75 - 85	15	34,1	9	7,0	24	13,9
>85	3	6,8	3	2,3	6	3,5
Total	44	100	129	100	173	100

Se observa un 40.90% de profesores que alcanzó un nivel superior a 740% de respuestas correctas versus un 9.30% de los alumnos que alcanzó este mismo nivel.

Tanto para profesores como alumnos existe alrededor de un 400% que alcanzó el nivel de 50-740% de respuestas acertadas.

Existe un 18.20% de profesores que alcanzó un nivel de conocimientos inferior a 500% de respuestas correctas versus un 50.40% de alumnos en esa misma condición.

Dado que no existe enseñanza programada acerca de Tabaquismo a ningún nivel, estimamos que el nivel de conocimientos mostrado en este trabajo es adecuado, estimándose que podría mejorar con información entregada a los alumnos a través de su aprendizaje corriente.

109. PLANIFICACION DE UN PROGRAMA REGIONAL DE DETECCION PRECOZ DE CANCER CERVICO UTERINO Y ORGANIZACION DEL LABORATORIO CENTRAL DE CITOPATOLOGIA.

Drs. Enzo Petinelli y Fuad Chacur y Sras. Milena Greco y María Ximena Reyes
(Laboratorio Regional de Citopatología. Servicio de Obstetricia y Ginecología,
Hospital Las Higueras. Talcahuano)

El 11 de Noviembre de 1976, con Resolución Exenta N° 980, se crea oficialmente el Centro Regional de Control Precoz de Cáncer Cérvico-Uterino, dependiente del Servicio de Obstetricia y Ginecología del Hospital Higueras de Talcahuano, con el objeto de detectar, diagnóstico y tratar adecuadamente el 100% de los casos catalogados como portadores de una neoplasia cervical intraepitelial y así disminuir la mortalidad por cáncer de cuello uterino en la 8ª Región. Este centro debe dirigir, normar y formar personal médico y paramédico que necesite el programa y llevar un registro centralizado de las actividades. Estará constituido en base al Laboratorio Central de Citopatología inaugurado a su vez el 4 Abril 1974 y el Servicio de Anatomía Patológica, contemplando su expansión de acuerdo a necesidades futura.

Este mismo años 1976, se hace una evaluación completa del Programa desde Noviembre 1975 a Octubre 1976 (17.303 frotis) y se concluye que se debe aumentar la cobertura para influir realmente en la incidencia de muerte por Cáncer Cérvico-Uterino, por lo que se planifica un programa quincenal de expansión anual progresiva a iniciarse en el año 1977 para llegar a 60.000 exámenes citológicos anuales en el año 1980. Por esta razón también se implementa una ficha precodificada para poder manejar mediante computación el registro que se iba a incrementar.

Sin embargo, por diversas razones de orden interna y externa sólo logramos ir aumentando progresivamente el número de exámenes de 20.933 en 1976 a 31.512 en 1979, para caer bruscamente a 17.285 en 1980.

En este mismo año y específicamente el 1º Agosto de 1980 comienza a llevarse a la práctica el Decreto Ley N° 2763, Artículo 16º del 3 de Agosto de 1979 que crea el Sistema Nacional de Servicios de Salud.

La estructura de los Servicios de Salud de la 8ª Región queda de la siguiente manera:

1. Servicio de Salud Talcahuano con 287.608 habitantes y N° de mujeres mayores de 15 años 101.526.
2. Servicio de Salud Concepción-Arauco con 555.665 habitantes y 188.989 mujeres mayores de 15 años.
3. Servicio de Salud Ñuble con 383. 347 habitantes y 113. 179 mujeres mayores de 15 años.
4. Servicio de Salud Bío-Bío con 289.852 habitantes y 91.006 mujeres mayores de 15 años

Total de habitantes VIII Región :1.516.472

Total de mujeres mayores de 15 años: 494.700

Este nuevo esquema regional descentralizado permite completar y aumentar la planta funcionaria y física del Laboratorio. Se adquieren nuevos equipos, microscopios de enseñanzas, etc., lo que se traduce en un nuevo aumento de citológicos anuales; 30.956 en 1981, 38.000 en 1982 (cifra mayor por año de toda la historia del Laboratorio Regional de Citopatología) y 51.027 en 1983.

La incorporación de más profesionales especializados en el Programa y el aumento de citológicos, hacen que éste se vuelva más complejo y que las exigencias también sean mayores, por lo que se recurre a la Secretaría Regional Ministerial (SEREMI), organizando allí una oficina de Coordinación Regional que permite centralizar aquellas acciones del Programa que así lo requieren.

Obedeciendo entonces las normas programáticas correspondientes (contribuir a la disminución de la tasa de mortalidad por cáncer cérvico uterino de mamas), y sobre las nuevas estructuras del salud, se incorpora el Programa Regional de Cáncer Cérvico Uterino de acuerdo a todo lo anteriormente expuesto y según se pasa a describir.

Coordinación del Laboratorio y Centro Regional de Detección Precoz del Cáncer Cérvico Uterino con los otros Servicios de Salud.;

De las cinco etapas que comprende el Programa: 1) detección precoz; 2) diagnóstico de los casos detectados; 3) tratamiento oportuno de los casos diagnosticados; 4) seguimiento y 5) evaluación del Programa, decidimos centralizar las acciones de detección precoz (citología exfoliativa), seguimiento y evaluación del Programa y descentralizar el diagnóstico y tratamiento de los casos detectados aprovechando las Unidades de Patología Cervical de los distintos Servicios de Salud.

En una primera etapa tuvimos que modificar y mejorar los sistemas de comunicación del Laboratorio con el resto de los Servicios para posteriormente organizar y evaluar el seguimiento de los casos positivos.

Para lo primero elaboramos los siguientes Flujogramas:

- 1) Solicitud de exámenes de Papanicolaou al Laboratorio Regional de Citopatología.
- 2) Informe de exámenes solicitados al Laboratorio Regional de Citopatología.

Para los efectos de mejorar y controlar el seguimiento de los casos citológicos sospechosos (positivos) en los Servicios, elaboramos los siguientes flujogramas:

- 1) Conducto regular de informe de citología, sospechosa desde el Laboratorio Central por Oficina de Partes del Hospital hasta la oficina coordinadora en SEREMI y finalmente desde ahí hasta los servicios de salud.
- 2) Información del estado de seguimiento de la citología sospechosa al Laboratorio regional de Citopatología.

Resultados

Esta planificación del Programa en la 8ª Región y la Organización del Laboratorio Central ha permitido principalmente lo siguiente:

- 1) Agilizar la entrega de informes citológicos de una demora de 40 a 80 días a 7-10 días máximo, actualmente.
- 2) Fluidificar y uniformar el trabajo de "Screening" y de Secretaría del Laboratorio, lo que se ha traducido a su vez en un rendimiento máximo de acuerdo a su capacidad instalada de aproximadamente 280 exámenes procesados e informados diariamente con un resultado anual potencial de aproximadamente 50 a 60.000 citológicos en total.
- 3) El desarrollo de las Unidades de Patología Cervical locales, lo que también ha significado una comodidad para la paciente, pues no debe hacer repetidos y costosos viajes a Talcahuano, si es de otro Servicio si no que atenderse en su localidad con personal idóneo.
- 4) Evitar la pérdida de exámenes e informes por desorden o incoordinación en la recepción de muestras y/o respuestas de informes.
- 5) Crear conciencia que deben mejorarse los sistemas de registros absolutamente insuficiente para los requerimientos y complejidad actuales.
- 6) Planificación anual de cupos citológicos para cada Servicio de Acuerdo a rendimiento de seguimiento y no solamente por el número de habitantes.
- 7) Crear conciencia de la importancia del seguimiento en algunos Servicios de Salud en los cuales no existía nada organizado y sólo se hacía en forma espontánea, de acuerdo a la motivación de la paciente cuando esta recibía el informe. Esta situación indudablemente daba rendimientos bajísimos y se desconocía realmente lo que pasaba con cada uno de los informes sospechosos.

Conclusiones

Si bien es cierto se han podido concretar algunas etapas del programa, las básicas por lo menos, el objetivo final de disminuir la tasa de muerte por Cáncer Cérvico-Uterino todavía se ve muy lejano. Hemos hecho una revisión al respecto y las cifras de mujeres muertas por año por cáncer cérvico-uterino en el Servicio de Salud Talcahuano aparecen en la Tabla 1.

Estas cifras probablemente son muy parecidas en el resto de los servicios y significa que no ha habido repercusión alguna del programa sobre las tasas de mortalidad. Para que esto suceda deberá aumentarse la cobertura de pesquisa a por lo menos un 70% de la población femenina susceptible, situación ideal todavía difícil de lograr no solamente por razones económicas o materiales sino también sociales y culturales y de infraestructura sanitaria en general.

Como solución transitoria creemos necesario el aprovechamiento máximo del número de citologías que se empleen para la pesquisa de los casos positivos y ojalá que sean controlados con una cobertura útil aquellos grupos de mujeres de alto riesgo de tener una neoplasia cervical cuyos antecedentes epidemiológicos podrán catalogarlos como tal.

Es probable que si logramos mantener un control adecuado de estos grupos específicos podremos finalmente bajar las tasa de mortalidad sin tener que emplear muchos más recursos que los que disponemos actualmente.

Sin embargo a largo plazo es indeludible mantener y proseguir con la expansión del programa para que finalmente logremos el impacto bio demográfico que pretendemos.

TABLA I

**MORTALIDAD POR CANCER DE CUELLO UTERINO
EN EL SERVICIO DE SALUD TALCAHUANO**

Año	Casos	Tasa x 100.000
1970	16	6.62
1971	15	6.11
1972	9	3.61
1973	13	5.13
1974	27	10.50
1975	20	7.65
1976	21	7.90
1977	19	7.03
1978	21	7.64
1979	24	8.58
1980	20	7.02
1981	15	5.17
1982	21	7.12

110. INGESTION DE YODO POR LAS POBLACIONES DE 2 AREAS DE BOCIO ENDEMICO.

Drs. Mario Montecinos, Claudio Espejo y Juan Carlos Zúñiga
(Departamento de Salud Pública, División Occidente, Facultad de Medicina,
Universidad de Chile)

Encuestas efectuadas en escolares en María Pinto y Alhué (1) demostraron que la prevalencia de bocio endémico no ha sufrido modificaciones desde 1955 (2).

Como es importante para estas 2 áreas, contar con niveles adecuados de yodo en la sal y en algunos alimentos, se diseñó el presente estudio, cuyos objetivos fueron, precisar.

- a) El Nº de muestras de sal que contienen niveles normales de yodato (entre 13 mg. $0/0$ y 21 mg. $0/0$).
- b) El tipo de sal consumida en María Pinto y Alhué, especialmente en aquellas localidades de alta endemia. Esto tiene el objeto de ver la posibilidad de controlar el problema a traves de un programa de yodación de la sal.
- c) La frecuencia de ingestión de alimentos marinos.
- d) El tamaño de la población de alto riesgo: menores de 5 años, mujeres en edad fértil y embarazadas.

Entre Febrero y Julio de 1984 se tomaron 101 muestras de sal al azar de los principales locales de abarrotes de María Pinto y Alhué, con el procedimiento señalado por Control de Alimentos del Servicio de Salud del Ambiente. Estas se remitieron al Instituto de Salud Pública, para determinación de yodo.

Se diseñó una encuesta, consignando número de persona, número de mujeres en edad fértil y embarazadas, menores de 5 años, frecuencia de ingestión de alimentos marinos y tipo de sal consumida. En María Pinto se encuestaron 198 familias (1.027 individuos) y en Alhué 156 (706 individuos).

Resultados

De 101 muestras de sal, 92 correspondieron a sal envasada (91,1 $0/0$) y 9 a sal de costa granel (8,9 $0/0$). Sólo 3 muestras (3 $0/0$) contenían la concentración normal de yodato. El 71,3 $0/0$ (72 muestras) tenían niveles de yodo francamente insuficientes (menos de 4 mg. $0/0$). El 100 $0/0$ de la sal envasada llevaba el rótulo de "yodada".

En María Pinto, el 99 $0/0$ de las familias usaban preferentemente, sal envasada. No hubo diferencias en el tipo de sal ingerida entre las localidades de distinta endemia.

En Alhué, el 83,3 $0/0$ prefería habitualmente, sal envasada (130 familias) y el 16,7 $0/0$ sal de costa (26 familias). Se apreció un mayor consumo, significativo, de sal envasada en Villa Alhué (30,6 $0/0$ prevalencia de bocio) comparado con Hacienda Alhué (área menos poblada, más aislada y con 44,9 $0/0$ de prevalencia de bocio).

Comparando María Pinto y Alhué se consume más sal envasada en la primera (significativo $p < 0,001$).

Se pesquisaron, tanto en María Pinto como en Alhué, individuos de alto riesgo que representan un porcentaje cercano al 34 $0/0$ del total de encuestados y al 6 $0/0$ del total comunal.

En ambas comunas, alrededor del 50 $0/0$ de las familias ingiere escasamente alimentos marinos (1 vez mas por mes o menos).

Se ratifica la existencia de un gran déficit en la yodación de la sal. No hubo muestras con exceso de yodo, hecho que sí comprobaron Michaud y col. en 1980 (3). Al parecer, esto último coincide con: a) Disminución de ventas de yodato por las Industrias Químicas a las Industrias Salineras, a partir de 1981 y b) aparición en 1982, del actual Reglamento Sanitario de Alimentos, que no señala la obligatoriedad de yodación.

El mayor consumo de sal envasada en algunas localidades, no explica las diferentes prevalencias de bocio, y habrían otros factores, que en el caso de Alhué, sería una carencia más severa de yodo en la ingesta.

El alto porcentaje de población de alto riesgo, justifica la implementación de un programa controlado de yodación de la sal.

Referencias

1. Montecinos, M.; Valenzuela, M.; Díaz, L.; Vargas, N. Prevalencia de bocio en escolares en la Comuna de María Pinto (1983). Bol. Hospital San Juan de Dios 30:177, 1983.
2. Montecinos, M.; Valenzuela, M.; Díaz, L.; Vidal, D.; Vargas N.; Bocio Endémico: Encuesta de prevalencia en escolares de la Comuna de Alhue, 1983. Bol. Hospital San Juan de Dios 30:318, 1983.
3. Donoso, F.; Jadresic, A.; García de los Rios, M.; López, E.; Atria, P.; Encuesta de bocio en las escuelas del Departamento de Melipilla. Rev. Méd. Chile 83: 246, 1955.
4. Michaud, p.; Silva, J. Contenido de yodo en una muestra de sal yodada. Rev. Méd. de Chile 109: 681, 1981.

TABLA I

TIPO DE SAL CONSUMIDA POR FAMILIAS DE MARIA PINTO Y ALHUE 1984.

Tipo de sal	María Pinto		Alhue		Total	
	Nº	o/o	Nº	o/o	Nº	o/o
Envasada	196	99	130	83,3	326	92,1
De Costa	2	1	26	16,7	28	7,9
Total	198	100	156	100	354	100
Nº Individuos	1.027		706		1.733	

III. LA SALUD DEL ANCIANO EN TALCA CONSULTAS, EGRESOS Y MUERTES 1982.

Enf. Julia Villalobos, Dra. Aída Kirshbaum y Sra. Ise López
(Universidad de Talca y Escuela de Salud Pública, Universidad de Chile)

Con el propósito de describir las características de la morbimortalidad del anciano, definido internacionalmente como la persona de 65 años y más, se analiza la totalidad de los consultantes que acudieron a los 3 Consultorios urbanos existentes en la ciudad de Talca el total de los egresos de este grupo registrados en el Hospital Regional, único en esta localidad y la totalidad de las muertes registradas en la provincia de Talca durante el año 1982.

Se utilizaron como fuentes de información los "Informes diarios de consulta" los "Informes estadísticos de egreso de hospitalización" y los "Certificados de defunción manual.

En 1982 se otorgaron 14.440 consultas a ancianos en los 3 consultorios esta cifra representa el 16% del total de las consultas otorgadas al adulto, la concentración fue de 2.4 consultas anuales por anciano con un rango de 2.3 a 2.5, lo que está lejos del promedio de 4 estimado como aceptable; el 54% de estos ancianos presentan una sola consulta y el 80% entre 1 y 3, lo que contradice al argumento frecuente de que el anciano acude muchas veces al año a consultar.

Grupos de causas de consulta más frecuentes: Aparato Circulatorio, Respiratorio, Enfermedades de las Glándulas Endocrinas, Sistema Nervioso, Organos de Los Sentidos y Sistema Osteomuscular.

El Hospital de Talca, atendió 8.698 egresos de adulto de los cuales el 18,7% eran ancianos, no presentando diferencias por sexo. El 81% de estos ancianos tuvo una sola hospitalización y la residencia del 60% de los hospitalizados es urbana.

La distribución de los egresos por grupos de causas, es la siguiente. Enfermedades del Aparato Circulatorio, Digestivo, Genito-Urinario, Respiratorio, Tumores y Traumatismos y envenenamientos.

En el hombre predominó el grupo de Enfermedades Infecciosas y Parasitarias, los Tumores, Trastornos mentales y las Genito-Urinarias, estas últimas cuatro veces más frecuente.

La mujer presenta una proporción igual al doble en las Enfermedades de las Glándulas Endocrinas, las del Sistema y las Enfermedades del Sistema Osteomuscular. Tienen mayor proporción las Enfermedades de la Sangre y Organos Hematopoyéticos, Circulatorias, Respiratorias y Digestivas.

La primera causa específica fue el Adenoma de Próstata, segundo por el Accidente Vascular Encefálico, la Enfermedad Bronquial Obstructiva Crónica Crónica y los Trastornos de las Vías Biliares.

Predominan en la mujer la Insuficiencia Cardíaca, la Diabetes Mellitus, las Fracturas de los miembros, la Catarata y las Infecciones Respiratorias Agudas. En el Hombre al Cáncer Gástrico, las Heridas Traumáticas y la Insuficiencia Renal Crónica.

El promedio de días de estada fluctúa entre 3.7 y 21.3 días, con un promedio de 12.5 días cifra similar al promedio de días de estada para el adulto en el Hospital. Las causas específicas que producen el mayor promedio de días de estada son el Cáncer gástrico y las Fracturas de Miembros.

La letalidad intrahospitalaria fue de 16,7% para ambos sexos, aumentando con la edad de 12,8% a 23,6%. La letalidad del anciano corresponde al 48,8% de la del adulto en el Hospital de Talca.

Las defunciones por grupos de causas muestran en primer lugar las del Aparato Circulatorio, los Tumores y las del Aparato Respiratorio.

Los hombres presentan una mayor proporción de defunciones por Enfermedades del Aparato Genito Urinario y Traumatismo, que las mujeres.

Por causas específicas la mayor frecuencia corresponde al Accidente Vascular Encefálico, Neumonía e Insuficiencia Cardíaca. En el hombre los Accidentes representan el doble de lo que ocurre en la mujer y tienen en ellos algún peso mayor el Infarto del Miocardio.

Con respecto al lugar específico de fallecimiento, estos se producen predominante en el hogar en las nueve comunas analizadas, con excepción de las muertes de residentes en Manuel que registra una mayor proporción en el hospital.

El 83% de los fallecidos registra certificación médica.

Al analizar en conjunto, las tres unidades de análisis se encuentra que sólo les es común el grupo de las Enfermedades Circulatorias (Tabla 1). En cuanto a las causas específicas hay coincidencia de algunas de ellas; pero en diversas proporciones (Tabla 2).

TABLA Nº 1

DISTRIBUCION DE LOS CUATRO GRUPOS DE MAYOR IMPORTANCIA EN LAS UNIDADES DE ANALISIS ESTUDIADAS: CONSULTAS, EGRESOS Y DEFUNCIONES

	Grupos de Causas			
	1a	2a	3a	4a
Consultas	Circulatorias	Endocrinas	Respiratorias	Sistema nervioso y órganos de los sentidos
Egresos	Circulatorias	Digestivas	Genito-urinaria	Respiratorias
Defunciones	Circulatorias	Respiratorias	Tumores	Digestivas

TABLA Nº 2

DISTRIBUCION DE LAS CUATRO CAUSAS ESPECIFICAS DE MAYOR IMPORTANCIA EN LAS UNIDADES DE ANALISIS ESTUDIADAS

Unidades de análisis	Causas Específicas			
	1a	2a	3a	4a
Consultas	Hipertensión arterial	Diabetes mellitas	E.B.O.C.	Insuficiencia Cardíaca
Egresos	Adenoma de próstata	A.V.E.	E.B.O.C.	Trastornos de Vías Biliares
Defunciones	A.V.E.	Neumonía	Insuficiencia cardíaca	Infarto de miocardio

EGRESOS HOSPITALARIOS DE SENESCENTES EN 4 HOSPITALES DE LA REGION METROPOLITANA.

Dra. Aida Kirschbaum, Enf. Edith Cornejo. Prof. Ilse López y Enf. Mercedes Concha
(Escuela de Salud Pública Universidad de Chile)

El interés despertado por el mayor de 65 años en los últimos tiempos, ha motivado a varios autores para cuantificar e identificar la morbilidad observada en especial a nivel de atención primaria. El trabajo que se presenta centra su atención en el egreso hospitalario, recopilando datos obtenidos en tres estudios separados.

Se trata de describir diferencias y similitudes observadas en establecimientos con características geográficas y cualitativas disímiles.

Se pretende demostrar 1) las características de edad y sexo de los egresos, 2) la importancia relativa de las causas de egreso por algunos de causas y causas específicas y 3) las causas por edad y sexo.

Se comparan las distribuciones de egresos hospitalarios observados durante un año en cuatro establecimientos. Los egresos se clasifican por grupos de causas (Lista abreviada de 17 grupos) y diagnósticos específicos.

Fuente de datos. Se utiliza la información presentada en estudios realizados en 1982 en los Hospitales San José y Clínico de la Universidad de Chile, en que se describen las características de los egresos de senescentes allí producidos y la tesis de grado en que se estudiaron los egresos observados en el mismo año en el Hospital Sótero del Río y Clínico de la Universidad Católica. En todos estos trabajos se utilizó una metodología similar, lo que permite hacer comparaciones y que a) los egresos corresponden al grupo etareo de 65 años y más, ocurridos entre enero y diciembre de 1982 b) se utilizó la Clasificación Internacional de Enfermedades para clasificar los diagnósticos y los procedimientos para obtener los datos son idénticos.

Resultados

Con respecto a la edad, en los 4 hospitales, cerca de dos tercios de los egresos corresponden a personas de la llamada 3a. edad (65-74). Las personas de 85 años y más se observan entre 40% y 80%. En relación al sexo, en el hospital San José predominan los egresos de mujeres (59%) y en el de la Universidad Católica de hombres, (54,8%) en las otras dos la proporción es semejante alrededor de un 50%.

Los 5 grupos de causas que produce la mayor proporción de egresos en los 4 establecimientos corresponden a Enfermedades del Aparato Circulatorio, Digestivo, Gérito Urinario, Tumores y Respiratorias. En conjunto, producen respectivamente el 73%, 84% y 79% de los egresos. Las cifras para cada grupo de causas entre los hospitales son bastantes parecidas, con excepción de los tumores en el San José (36%), probablemente por incluir uno de los servicios especializados para estos tratamientos en Santiago.

Para analizar las causas específicas fue necesario escoger los 10 diagnósticos más frecuentes en cada uno de los 4 hospitales algunos de ellos no son comunes a todas. Es indudable que en los diagnósticos específicos se hacen notar las características de los establecimientos. En San José cuatro tipos de Tumores malignos aparecen en los 10 primeros causas de egresos. En el Hospital Clínico de la Universidad de Chile llama la atención la catarata como tercera causa. En el Clínico de la Universidad Católica, en cambio, las enfermedades cardiacas, mientras que el Sótero del Río, hospital general sin servicios altamente especializados, aparece una gama mucho más registrada y menos específica lo cual se hace notar al agrupar los 10 diagnósticos: el 57% de los egresos mientras que en los demás hospitales estas sólo alcanzan entre 44 y 49%.

La letalidad alcanza a 16.2% y 15.1% en el Hospital Clínico de la Universidad de Chile y Hospital Sótero del Río. Mientras que en los otros dos alcanza a la mitad. Cabe destacar que los dos primeros cuentan con servicio de Urgencia. Por sexo la diferencia más importante se observa en el Hospital Clínico de la Universidad Católica donde las mujeres presentan un porcentaje que es la mitad del de hombres.

En los hospitales se aprecian algunas diferencias en la letalidad. En el Clínico de la Universidad de Chile, la letalidad por enfermedades respiratorias es de 15.2% en hombres

rias donde la letalidad de los hombres es de 12.80/o mientras que en las mujeres es solo de 1.7. En el Hospital Clínico de la Universidad Católica la letalidad por enfermedades circulatorias es de 600/o en hombres y sólo 33.30/o en las mujeres. En el Sótero del Río es en las digestivas donde se observan grandes diferencias entre hombres y mujeres, esta últimas presentan una tasa de 160/o contra un 70/o de los hombres.

En suma, los egresos clasificados por grupos de causas no difieren entre hospitales. Al clasificar por causas específicas se aprecian las características de desarrollo de servicios altamente especializados. En cuanto a la letalidad se observan dos niveles de riesgos poblacionales, mayor en el Sótero del Río y Clínico de la Universidad de Chile, que cuentan con servicios de urgencia. Por sexo hay diferencias importantes en cuanto a causas de egresos y letalidad.

TABLA Nº 1

ORDEN DE GRUPOS DE CAUSAS DE EGRESOS EN CADA HOSPITAL

Orden	U. Chile	o/o	San José	o/o	U. Católica	o/o	S. del Río	o/o
1º	Circulat	22	Tumores	36	Circulat	30	Circulat	24
2º	Digestivos	18	Circulat	17	Digestivos	18	Digestivos	21
3º	Genitourin.	13	Digestivos	16	Genitourin.	14	Tumores	12
4º	Tumores	12	Respirat.	10	Tumores	13	Respirat.	11
5º	SNC y OS	10	End. Metab.	7	Respirat.	9	Genitourin.	11
6º	Respirator.	8	Genitourin.	55	Mal defin.	7	Traumatismo	7
7º	Traumatis.	7	Infeciosa	3	SNC y OS	3	SNC y OS	3.4
8º	End. Metab.	4	Mal defin.	1.6	Osteomus.	2	End. Metab.	3.4
9º	Osteomusc.	4	Piel	1.2	Traumatis.	1	Mal Defin.	2.3
10º	Mal defin.	1	Osteomusc.	1.0	Sangre	1.3	Infec.	2
11º	Infecci.	1.2	Sangre	1.0	End. Met.	1.0	Piel	1.7
12º	Metab.	0.8	Traumat.	0.6	Infec.	0.5	Osteomuscu	0.3
13º	Piel	0.8	Metab.	0.5	Metab.	0.3		
14º	Sangre	0.2	SNC y Os	0.2	Piel	0.3		

TABLA Nº 2

DIEZ PRIMERAS CAUSAS ESPECIFICAS EN CADA HOSPITAL

	U. Chile	o/o	San José	o/o	U. Católica	o/o	S. del Río	o/o
1	Aden. Prostat.	7.0	Ca. Gent. Urin.	7.6	Aden. Prost.	6.3	Cardiop. Coron.	7.5
2	A.V.E.	6.5	Diabetes	6.2	Patol. Biliar	4.6	Aden. Prostat.	7.3
3	Catarata	5.4	Ca. Digest.	5.5	Ca. Digest.	4.6	A.V.E.	6.9
4	Patol. Biliar	4.7	E.B.O.C.	5.2	Ca. Genito Urin.	4.6	Fracturas	6.8
5	Fracturas	4.3	Patol. Biliar	5.2	Cardiop. Coron.	4.3	Ca. Digestiv.	6.2
6	Neuropatías	4.0	Hernias	5.2	Enf. Aortica	4.1	Patología Biliar	6.1
7	Infarto Mioc.	3.7	Ca. Mama	4.0	Infarto Miocar.	3.8	Neuropatías	4.5
8	Diabetes	3.3	Insuf. Cardiac.	3.9	E.B.O.C.	2.8	Ca. Genitourin.	4.0
9	Hernias	2.8	Ca. Piel	3.4	Hernias	2.7	E.B.O.C.	4.0
10	E.B.O.C.	2.6	Cardiop Coron	2.8	Insuf. Cardiac	2.5	Hernias	3.7
					Arritmias	2.5		

113. CARACTERISTICAS DEL SENESCENTE HOSPITALIZADO EN EL SERVICIO DE SALUD METROPOLITANO OCCIDENTE.

Int. Juan C. Terán, Jorge Saavedra, Alberto Jory, Dres. Francisco Navarro, Nelson A. Vargas C.
(División de Ciencias Médicas Occidente, Facultad de Medicina Universidad de Chile).

La evolución demográfica del país ha originado un aumento gradual y constante de los mayores de 65 años (senescentes); tanto en cifras absolutas como relativas. Este hecho no se acompañaría de una evolución paralela de los Programas de Salud para ofrecer más y mejor atención médica a esta Población. Con el objeto de aportar información sobre la situación del senescente hospitalizado en servicios de salud estatales, se aplica una encuesta personal a 202 senescentes: 94 hombres (46,50/o) y 108 mujeres (53,50/o), en buen estado de salud mental, hospitalizados en el Instituto Traumatológico de Santiago y Hospitales San Juan de Dios y de Peñaflor, entre los meses de Mayo y Julio de 1984.

Los objetivos fueron caracterizar al grupo según edad, sexo, estado civil, escolaridad, situación en el grupo familiar, situación previsional, monto y origen del ingreso, conocimiento y utilización de la pensión de vejez.

Resultados

La población estudiada era beneficiaria del servicio de salud en un 950/o e indigente en un 40/o. En lo referente a estado civil se encontró, de acuerdo a lo esperado, diferencias significativas en la proporción de mujeres viudas y hombres casados ($p < 0,01$). La mayor proporción de encuestado (76,70/o) vivía con un familiar directo, mientras que el 500/o era miembro de familia nuclear. Cabe destacar que un 23,30/o de la población estudiada vivía allegado, solo o en asilo.

En cuanto al grado de instrucción, el 70,80/o tenía escolaridad básica y un 19,30/o era analfabeto. En lo relativo al ingreso, el monto promedio alcanzó a \$150 diarios, 60 ancianos (29,70/o) recibía menos de \$ 100 y 6 (30/o) no tenía ingresos. La fuente de origen más frecuente (470/o) fue la jubilación, seguida por la pensión de viudez (16,80/o) y la de vejez (12,90/o). Considerando que la pensión de vejez (2.895 pesos) es un beneficio que podría mejorar las condiciones de vida de esta población, se decidió estudiar su conocimiento y utilización: 42 ancianos (20,80/o) tenían derecho a ella; pero no la recibían 16 (7,90/o del total). De éstos, 7 (3,50/o del total) ni siquiera la conocían.

Se discute las implicaciones de estos hallazgos.

TABLA 1

**CARACTERÍSTICAS DE 202 SENESCENTES HOSPITALIZADOS EN
SERVICIO DE SALUD METROPOLITANO OCCIDENTES MAYO – JULIO 1984.**

	Hombres (Nº 94)		Mujeres (Nº 108)		Total	
Edad Promedio	74,0 Años		73,9 Años		73,9 Años	
Estado Civil	Nº	o/o	Nº	o/o	Nº	o/o
- Viudez	22	23,5	64	59,2	86	42,5
- Casado	52	55,3	28	25,9	80	39,6
- Soltero	16	17,0	10	9,3	26	12,9
- Otros	4	4,2	6	5,6	10	5,0
Escolaridad						
- Básica	66	70,2	77	71,3	143	70,8
- Analfabeto	22	23,5	17	15,7	39	19,3
- Media	2	2,1	11	10,2	13	6,4
- Otros	4	4,3	3	2,8	7	3,5
Situación Familiar						
- Familia Nuclear	56	59,6	45	41,7	101	50,0
- Familia Extendida	15	16,0	39	36,0	54	26,7
- Solo	10	10,6	14	13,0	24	11,9
- Allegado	10	10,6	7	6,5	17	8,4
- Asilo	3	3,2	3	2,8	6	3,0
Ingresos (Pesos)						
- Promedio diario	165,0		137,5		150	
- o/o Menor de \$ 100	19	20,2	41	38,0	60	29,7
Pensión de Vejez						
Beneficiarios Totales					42	20,8
- Reciben					26	12,9
- No Reciben					26	7,9
- No conoce ni Recibe					7	3,5

114. ASPECTOS DE LA REALIDAD PSICO-BIOLÓGICA DE SENESCENTES NO INTERNADOS E INTERNADOS

Psic. Heliette Saint Jean y Edith Asriel. Dra. Hannah Biltran y Enf. Silvia Suarez
(Departamento de Psiquiatría, División Oriente, Facultad de Medicina,
Universidad de Chile y Escuela de Salud Pública Universidad de Chile)

Es un hecho internacionalmente conocido que la problemática generada por el aumento de edad de las poblaciones, requiera de un conocimiento de la realidad local, simultáneamente con el conocimiento de los esfuerzos realizados en otros países, para resolver esta problemática. En la actualidad la revisión de la bibliografía demuestra que este problema no está resuelto en forma definitiva y por lo tanto es necesario seguir perfeccionando los sistemas de atención de este grupo etario y seguir investigando los factores específicos de cada cultura.

En este estudio se postula que la realidad del senescente asilado es diferente de que permanece en su domicilio y esta realidad es independiente de los factores socioeconómicos. También pensamos que las variables psicológicas sumadas a la falta de recursos profesionales y no profesionales y la ausencia de programas de rehabilitación integral (bio-psico-social) aumenta la probabilidad de aparición de la invalidez en los senescentes.

Por último consideramos importante integrar precozmente al alumno universitario que pertenece a las carreras de la salud, en el conocimiento de la población que debiera servir, interactuando con senescentes normales y patológicos, participando en un trabajo de investigación en el tema.

Metodo

Se sortearon senescentes del Centro Geriátrico del Área Metropolitana y se incluyeron ancianos que viven en Hogares, o están hospitalizados transitoriamente; también se realizaron entrevistas a los domicilios de senescentes que permanecen con la familia. El grupo estudiado es de 130 senescentes. Se estructuró un instrumento de evaluación para conocer, la realidad del anciano, sus características personales y de morbilidad; también sus intereses, actividades y necesidades. Se incluyó un estudio de la capacidad perceptora de la memoria, inteligencia y características de personalidad. Todas las variables psicológicas fueron estudiadas con pruebas sencillas que están al alcance de cualquier profesional entrenado.

Las variables a contrastar son deseo, edad y nivel socio-económico en función de la calidad de internado no internado. También un estudio descriptivo y comparativo de las variables psicológicas, biológicas y de capacidad. El registro de la información lo realizaron alumnos universitarios de Enfermería, Kinesiología, supervisados por docentes de las carreras y profesionales del Depto. de Psiquiatría (D.C.U.O.).

Encontramos que la mayoría son mujeres 62%, la edad oscila entre 53 y 92 años; el estado civil, se dispersa en 39% viudos, 38% casados, 19% solteros y 40% separados. El nivel socio económico se distribuyó en un 26% Bueno, 46% Regular y 28% Malo.

115. PROGRAMA HIGIENICO-DIETETICO A NIVEL DE LA EMBARAZADA, PRE-ESCOLAR Y ESCOLAR

Drs. Luz Vivaldi, A. Flores, I. Navarrete, M. L. Acevedo, A. Parada P. Ramírez,
P. Haemmerli y A. Ramírez

(Sociedad Chilena de Prevención y Educación en Salud y Facultad de Medicina, Universidad de Concepción)

Durante los últimos años hemos podido apreciar un progreso relevante en relación a métodos y técnicas odontológicas preventivas.

EN RELACION A EMBARAZADAS. Se efectúa un programa a base de talleres sobre alimentación los cuales se ajustan a sus principios básicos: completa, suficiente, armónica y adecuada.

Objetivos

1) Capacitar a futuras madres en el manejo de una dieta racional en beneficio de su salud y la del hijo en gestación. 2) Adiestrar a embarazadas que concurren mensualmente a control, en técnicas y medidas preventivas para lograr un estado buco-dentario compatible a su embarazo. 3) Derivar al Centro Odontológico asistencial toda embarazada con problemas de salud para su atención inmediata. 4) Lograr que la embarazada valore responsablemente mes a mes el progreso de su salud buco-dentaria. 5) Interesar a las futuras madres para continuar con el programa durante la época de lactancia de tal manera que los buenos hábitos se mantengan indefinidamente.

Metodología

Embarazadas reciben capacitación y adiestramiento en Nutrición y Alimentación y salud bucal en talleres para tal efecto. A cada embarazada se le efectúa un examen clínico buco-dentario inicial y final con su registro en la ficha de control mensual. De acuerdo a la situación de salud buco-dentaria se deriva a los Centros Odontológicos correspondientes para su atención dental gratuita en el período de embarazo.

Resultados

Al inicio del programa el 55,32% de las embarazadas presentan gingivitis y un índice \bar{X} COPD = 16,16. Esta situación una vez conocida por las madres y el equipo profesional de salud un poderoso estímulo para poner en práctica medidas y técnicas necesarias para modificar favorablemente la conducta de las beneficiadas.

Un programa de Odontología Preventiva orientado a la embarazada permite modificar favorablemente la conducta en relación a salud general y buco-dentaria, lográndose una significativa mayoría.

Se confirma que el embarazo si, no es motivo de un mayor daño bucal-dentario.

A NIVEL PRE-ESCOLAR; la capacitación previa de la madre, facilita la incorporación del niño al programa de Odontología Preventiva.

Objetivos

Verificar la efectividad de este programa higiénico-dietético proyectándolo en la salud del pre-escolar (2 - 5 años).

Se seleccionó aleatoriamente y observó durante dos años, tres grupos cada uno compuesto por 66 niños de 3 años de edad provenientes de familias de extrema pobreza y de similares condiciones.

El grupo de observación mantuvo durante dos años un programa higiénico-dietético. Los dos grupos testigos de iguales condiciones al grupo de observación no estuvieron sometidos a programa higiénico-dietético.

Se constata que en el grupo de observación la dentadura temporal sana la presentan 41 niños es decir el 65% o, en tanto que en los dos grupos control en uno, se constata el 1,59% o y el 11,10% en el restante.

El programa favorece la salud bucal del pre-escolar contando con la participación de las educadoras de Párvulos y los propios padres.

A NIVEL ESCOLAR. Cuando el niño ha logrado internalizar buenos hábitos higiénico-dietético ingresa a la enseñanza básica con una dentadura en buenas condiciones. Esta situación favorable se mantiene con las medidas higiénico-dietéticas y la colaboración de profesores que saben detectar tempranamente problemas de salud buco-dentaria y responsablemente derivan al escolar para su atención oportuna. Estos con una buena educación sanitaria constituyen un recurso humano de primera magnitud para actuar como monitores.

Objetivos

Capacitar a escolares que poseen una buena educación sanitaria para actuar como monitores en salud bucal.

Se seleccionaron niños que habían recibido educación sanitaria y se les dió información e instrucción para actuar como monitores en salud buco-dentaria intra-escolar y familiar.

Se constata la eficacia de la labor de los escolares como monitores, quienes lograron además mejorar su rendimiento escolar como así sus relaciones familiares y en la propia Escuela.

Se establece la efectividad de incorporar al escolar debidamente formado como monitor en programa Odontología Preventiva.

116 PROGRAMA DE SALUD BUCAL DE LA JUNTA NACIONAL DE JARDINES INFANTILES DE LA VIII REGION

Drs. Luz Vivaldi y Adriana Flores
(Facultad de Medicina, Universidad de Concepción y Sociedad Chilena de
Prevención y Educación en Salud)

Antecedentes del Programa

La caries dentaria, es una enfermedad de alta prevalencia en Chile y en el resto del mundo, especialmente en los niños a temprana edad, incidiendo en el normal desarrollo físico, síquico, social y biológico del preescolar.

Estudios epidemiológicos realizados recientemente en la VIII Región, han demostrado que el niño ya a los 2 años, presenta un promedio de caries superior a dos, y a los 5 años el índice de caries se eleva a 6 para ambos sexos.

Además de la caries, es frecuente encontrar falta de desarrollo de los maxilares por la pérdida prematura, en especial, de los molares temporales cariados, alterando la función masticatoria, lo que repercute en el estado de nutrición del preescolar.

Favorecen las alteraciones señaladas, la falta de educación sanitaria de los padres, que no se preocupan de formar buenos hábitos higiénicos y contribuyen a través de dietas cariogénicas o irracionales a la acentuación de estos problemas.

El jardín Infantil ofrece una condición muy favorable para llevar a cabo programas preventivos de salud bucal y general, ya que permite la formación y desarrollo de buenos hábitos en los menores. En relación a la salud bucal, permitiría que un gran porcentaje de niños ingresaran a la enseñanza básica con su dentadura sana.

Estos antecedentes nos llevaron a plantear en 1981 la necesidad de extender y realizar programas de odontología preventiva en los Jardines Infantiles de la VII Región, dirigidos a los aspectos de alimentación e higiene bucal. Conjuntamente con la acción dirigida a los niños, se capacitaría a las Educadoras de Párvulos para facilitarles su acción preventiva, permitiéndoles detectar oportunamente cualquier lesión inicial que deberá derivar al Centro de Salud del sector. Se reforzarían las acciones anteriores con la educación en alimentación y salud bucal al grupo familiar, de tal forma que la labor de las Educadoras y Odontólogos se haría más efectiva y eficaz.

Objetivos del Programa

- 1) Elevar el nivel de salud buco-dentaria de la población y en especial la de preescolares, mediante educación programada.
- 2) Formar hábitos de alimentación e higiene bucal que le aseguren una boca sana permanente.
- 3) Disminuir la incidencia de patologías buco-dentarias mediante adecuadas medidas preventivas.
- 4) Orientar a las familias del preescolar para que adopten dietas racionales y adecuadas a las condiciones socio económicas del grupo familiar.
- 5) Capacitar a Educadoras de Párvulos de la Junta Nacional de Jardines Infantiles para que colaboren en el desarrollo y mantención del Programa de Salud bucal.

Metodología

A nivel del preescolar se realizan las siguientes acciones odontológicas:

- a) Examen bucal y profilaxis y su correspondiente registro en ficha dental.
- b) Control periódico de higiene bucal.
- c) Corrección de malos hábitos
- d) Derivación para rehabilitación en los consultorios odontológicos del sector.
- e) Educación sanitaria en conjunto con las Educadoras y extensivas al grupo familiar.

A nivel de familia, se desarrollan las actividades siguientes:

- a) Educación en Salud bucal.
- b) Talleres para educación en alimentación
- c) Exposiciones permanentes y rotatorias sobre alimentación, salud bucal y su prevención.
- d) Formación de monitores en Salud, procedentes de preferencia, de hermanos mayores de los preescolares.

Resultados

El programa fue implantado en 1977, en los Jardines Infantiles de la Región del Bío-Bío. En 1981 se inició la evaluación, eligiendo al azar uno de los Jardines Infantiles y comparándolo con dos grupos de preescolares de iguales condiciones en cuanto a sexo, edad y condiciones socio-económicas.

En el Jardín seleccionado, "La Leonora" de la localidad de Chiguayante (Concepción), se tomaron todos aquellos niños que en 1983, tenían dos años de aplicación del programa y que totalizaron 63. En el grupo de observación se constata que al cabo de 2 años de los 1.260 dientes temporales en boca, 99 de estos tenían caries dentarias (7,86^o/o). En relación a los niños, 41 de ellos mantenían su boca libre de caries (65^o/o).

En uno de los grupos testigos del mismo sector, el número de dientes cariados fue de 472 en un total también de 1.260 dientes temporales (37,46^o/o) y sólo un preescolar tenía la boca sana (1,59^o/o).

En el segundo grupo testigo de otras localidades, de los 1.260 dientes temporales en boca, 440 de éstos tenían caries (34,92^o/o) y sólo 7 preescolares mantenían su boca sana (11,11^o/o).

Estos resultados evalúan la efectividad y eficacia del programa desarrollado.

Dada la metodología empleada para la evaluación de los Jardines Infantiles beneficiados, podemos suponer que resultados similares se obtendrán al evaluar los 4.008 preescolares que actualmente se benefician con este programa.

En cuanto a lo formación de monitores, se han capacitado 80 Educadoras de Párvulos de la J.N.J.I. (VIII Región) y 20 monitores niños, hermanos de los preescolares beneficiados con el Programa, que junto a odontólogos harán realidad los objetivos propuestos para todos los preescolares de la J.N.J.I. de la VIII Región y pronto para el resto de los preescolares de Chile, si lo realizado acá es aceptado para reproducirlo en el resto de las regiones.

117. EVALUACION DE LA DOCENCIA DE ADMINISTRACION HOSPITALARIA

Segundo Informe de la Investigación de la docencia en Cursos para Ejecutivos Superiores de Hospital

Dra. Ruth Contreras y Enf. Elizabeth Guedelhoefer
(Escuela de Salud Pública, Universidad de Chile)

La primera parte de este estudio se presentó en las Jornadas de Salud Pública 1983,

Aspectos Estudiados en la 2a. Parte del Estudio

El primer informe planteó algunas interrogantes que interesó dilucidar en esta segunda parte se consideró igualmente de interés completar algunos aspectos no considerados anteriormente todos como:

- Distribucion por profesión
- Movilidad posterior al Curso según profesiones
- Consistencia de las funciones con el cargo que se ocupa
- Predominio de actividades de Administración en el desempeño.

¿Quiénes son los que concurren a los Cursos de Administración Hospitalaria para Ejecutivos Superiores de Hospital? En los cursos del estudio corresponden a Médicos, Enfermeras, Matronas, Cirujanos Dentistas, Nutricionistas, Tecnólogos Médicos, Administradores Públicos, Oficial de Fuerzas Armadas, Ingeniero Comercial, Contador Público, Químico Farmacéutico y Egresado de Derecho.

Cuantificada la concurrencia de ellos se observa que el 91% del total corresponde a profesionales del Area Biológica. (Enfermeras 36.8%, Médicos Cirujanos 31.6%; 9% de Matronas y 6.8% de Cirujanos Dentistas). En el grupo de profesiones del Area Administrativa aunque en porcentajes muy bajos, son los Asistentes Médicos Administrativos los que presentan el mayor porcentaje de concurrencia: 2.6%. El resto de los profesionales, tanto del área biológica como de la administrativa, asistieron en porcentajes menores al 2.5%.

En cuanto a la movilidad en la jerarquía de las funciones encomendadas, se observa que son los Cirujanos Dentistas y los Médicos Cirujanos los que tuvieron movilidad ascendente en mayor proporción: 75 y 62% respectivamente. Entre las matronas y Enfermeras tuvieron movilidad ascendente las menos el 27% de las primeras y el 41.8% de las segundas. Los porcentajes de los otros profesionales no tienen mayor significación por su bajo número de concurrencia: entre 1 a 4. Entre los que NO tuvieron Movilidad predominan las Matronas, 63.6% del total de ellas. Entre los Médicos Cirujanos no lo hizo el 16.2% y entre los Cirujanos Dentistas el 12.5%. Entre los que tuvieron movilidad descendente, los Médicos Cirujanos y las Enfermeras lo hicieron en porcentajes muy similares: 18.9 y 18.6 por ciento respectivamente; seguidos por los Cirujanos Dentistas, 12 por ciento y las Matronas: 18%.

Al hacer el análisis de las funciones que ejecutan, con el cargo que ocupan y en relación a la situación "antes" y "después" del Curso, se observa que ésta es prácticamente la misma y hay una consistencia entre funciones y cargo antes del curso en el 73.5% de los casos que después del curso es de 76%. La pequeña diferencia está dada por disminución en los casos con "consistencia parcial"

En cuanto al porcentaje de actividades administrativas desempeñadas por los egresados, hay mayor predominio de éstas con posterioridad al Curso, 18% más, lo que indica un mejoramiento en la Conducta Administrativa.

El mayor porcentaje de los egresados, 71.8%, declara haber logrado introducir cambios que significaron desarrollo en el Hospital, Los más de ellos, 6 de cada 10, corresponden a aquellos que tuvieron movilidad ascendente. Se observa a su vez que el 42.3% no lograron introducirlos, son egresados que no tuvieron movilidad alguna, seguidos como esperado por aquellos que tuvieron movilidad ascendente, 48.4%. Llamen la atención los casos que teniendo movilidad descendente o que no tuvieron movilidad alguna, introdujeron, a pesar de ello, cambios que significaron desarrollo del Establecimiento.

Entre los grupos profesionales que mayor éxito presentan en la captación de los grupos naturales de trabajo, 81% del total de los egresados, están los Médicos Cirujanos que lo logran en el 91.9%; los Cirujanos Dentistas, en el 87%o.5, las Enfermeras el 79.0% y por último el 63% de las matronas. El 11% de los egresados no contestó esta consulta.

Según nivel de desempeño se observa que los que en mayor porcentaje logran captarse los grupos naturales de trabajo, son los Jefes de Servicios del Hospital: 4 de cada 10; los Directivos de Hospital en segundo lugar: 3 de cada 10 y por último los Directivos Superiores de Salud: 2 de cada 10.

A la interrogante sobre Insatisfacción en el trabajo, es en el grupo de Enfermeras en quienes se observa el mayor porcentaje de profesionales insatisfechos. En las matronas lo está el 18%, de los Cirujanos Dentistas el 25%, bajando al 8.1% los Médicos Cirujanos. Expresado en el sentido contrario, los profesionales que expresan mayor grado de satisfacción en el trabajo son los Médicos.

Según niveles de desempeño, el más insatisfactorio, aunque los menos, es el nivel de Jefes de Servicios del Hospital: 21.5% seguido por quienes se desempeñan prioritariamente en el nivel de atención directa: 15.7%. Debe llamar la atención el 21.5% en el grupo Directivo de Hospital ya que la capacitación de los cursos está dirigida precisamente a ellos.

Relacionando la insatisfacción con la movilidad, se observa en este estudio, que ella no influye mayormente por los similares porcentajes que se observan: 31.5% en los de movilidad ascendente y 36.8% en los sin movilidad.

Consultados en cuanto a los vacíos de conocimiento en el desempeño posterior el 47% expresa haberlos percibido. El mayor porcentaje lo hace en relación a una Unidad del programa: 55.2%, baja al 25.4% que lo hace en relación a dos Unidades y el 7.3% a tres Unidades. Sólo un egresado 1.8%, lo hace en relación a cuatro de las cinco Unidades del Programa.

Según nivel de desempeño, el nivel que expresa mayormente vacíos es el de Jefes de Servicios del Hospital, aunque en el menor porcentaje de ellos 36.3%. Los Directivos del Hospital lo hacen en el 32.7% y los Directivos Superiores de Salud en el 21.8%.

En relación a las Unidades en que fueron percibidos los vacíos, el mayor porcentaje lo hace en relación a la Unidad de "Métodos y Técnicas de Trabajo": 72.7%; baja drásticamente a la Unidad de Salud Pública: 25.4% de los egresados. Así los mayores vacíos de conocimiento se percibieron en los Contenidos que constituyen "herramientas de trabajo".

En cuanto a la pertinencia de los Contenidos entregados y catalogados como "los requeridos", el 70.9% expresa que sí lo son. Analizado este aspecto por grupos profesionales, se observa que son las Enfermeras quienes en mayor porcentaje califican los contenidos como "pertinentes": 80% del total de ellas; baja al 56.7% en los Médicos Cirujanos y al 76.2% en las matronas. Es decir, en todos los casos siempre son los más, los que los califican como "pertinentes" los contenidos del Programa.

Según nivel de desempeño el mayor porcentaje, aunque lo menos, califican los contenidos como los requeridos Nuevamente son los Jefes de Servicio los que hacen en mayor porcentaje: 27.3% seguidos por Directivos de Hospital: 18.8% y los Directivos Superiores de Salud: 16.8%.

Consistentemente el menor porcentaje de los egresados califican los contenidos como "insuficientes": 19.6%.

Según nivel de desempeño el grupo que los califica en mayor porcentaje como "insuficientes", son los Directivos de Hospital, pero nuevamente los menos: 30.4%. Siguen los Jefes de Servicios del Hospital: 26% y por último los Directivos Superiores de Salud: 21.7%.

Según profesiones son los Médicos Cirujanos los que expresan en mayor porcentaje insuficiencia de contenidos: 29.7% de ellos; siguen los Cirujanos Dentistas 12.5% y las Enfermeras 11.6%.

Con respecto a los seminarios de Educación Continua que anualmente se realizan para los egresados, los menos han asistido a todos ellos; sin embargo a uno u otro Seminario han asistido 6 de cada 10 egresados. En esta forma irregular han asistido las más de las Enfermeras: 74,4% y menos de la mitad de los Médicos: 48,5% y Matronas: 45,4%. En menores porcentajes lo hicieron los otros profesionales.

Según niveles, asistieron los menos, Jefes de Servicios del Hospital 36,6% y Directivos de Hospital 32,4%. Por profesiones, los que porcentualmente han asistido menos, son las Matronas y los Médicos Cirujanos, en una misma relación: 5 de cada 10.

Por último cabe referirse a las observaciones que los egresados emitieron en la encuesta.

El 41% de ellos hicieron 105 observaciones, con gran dispersión en cuanto a los contenidos. Los de mayor frecuencia relativa son los que aclaran o justifican las respuestas dadas en el cuestionario.

Los restantes contenidos hacen referencia a problemas en el desempeño de sus funciones, subutilización por las autoridades de capacitación adquirida, dificultad para responder la encuesta, calidad de la encuesta y sus objetivos, necesidad de capacitación obligada de todas las jefaturas y necesidad de intercambio posterior, de experiencias.

El resto de las observaciones tienen relación directa con la docencia:

- Intensificar Unidad "Métodos y Técnicas de Trabajo" (Programación).
- Agregar contenidos de: computación, legislación y técnicas de microfilm.
- Prolongar duración del Curso.
- Validez de los Contenidos.
- Aumentar número de seminarios anuales o búsqueda de formas alternativas
- Importancia de los Seminarios para el desempeño posterior y que además son estímulo para la Administración.

118. IMPACTO DEL CURSO DE ADMINISTRACION HOSPITALARIA PARA JEFES DE SERVICIOS EN EL HOSPITAL DE COPIAPO

Sra. Lucrecia Villarroel y Enf. Elizabeth Guedelhoefer
(Servicio de Salud de Copiapó y Escuela de Salud Pública, Universidad de Chile)

Este trabajo tuvo como punto de partida la decisión del entonces Director del Servicio de Salud Copiapó, Dr. Juan Mendoza, de evaluar acreditando administrativamente el Hospital de esa ciudad, campo clínico de las Carreras de la Salud de la Universidad de Antofagasta; la Universidad solicitó a la Escuela de Salud Pública apoyo para esa evaluación, que se efectuó en Agosto de 1983.

Todo grupo enfrentado a la evaluación de algún "efecto alcanzado" debe partir con el conocimiento de la realidad, previamente a la introducción de la variable a través de la cual se espera lograr una mayor efectividad; en este caso un Curso de Capacitación en Administración Hospitalaria dirigido a los Jefes de Servicios Clínicos, de Apoyo Clínico y Apoyo Administrativo del Hospital de Copiapó.

Sobre la base de ese primer diagnóstico y el curso ya mencionado, las autoridades locales esperaban elevar la calidad del proceso de atención a los pacientes mejorando la administración del Hospital en todos sus niveles, mejoramiento a ser medido 8 meses después de finalizado el Curso (Noviembre 1983).

Por último cabe dejar constancia que esa primera Acreditación Administrativa fue posible gracias al esfuerzo conjunto del Servicio de Salud de Copiapó: Sra. Lucrecia Villarroel, la Universidad de Antofagasta: Sra. Eliana Espejo y la Escuela de Salud Pública de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile: Srta. Ma. Elizabeth Gudelhofer.

Objetivo y Metodología:

Medir el efecto del "Curso de Administración Hospitalaria para Jefes de Servicio en el desarrollo Administrativo del Hospital de Copiapó.

Para la evaluación administrativa previa y posterior, del Hospital se utilizó el método de "Acreditación Administrativa de Hospitales" que consiste en la comparación de la realidad del Hospital con un Modelo: Instrumento de Acreditación, que no es sino un listado de 201 requisitos administrativos ordenados en primera instancia en los siguientes "Factores de Acreditación": Política, Personal, Maquinarias y Equipos, Planta Física, Presupuesto, Organización, Procedimientos, Programación, Comunicaciones e Información y Coordinación. A su vez en cada uno de estos Factores se ordenaron los requisitos en "Capítulos" que corresponden a los aspectos administrativos más relevantes del factor respectivo.

La comparación, contestando Si, No o parcialmente, se efectúa en cada Servicio lo que permite la elaboración del Perfil de desarrollo Administrativo del Hospital, según Factores de Acreditación y según Servicios (Departamentos) que lo componen.

Las variables consideradas para la evaluación del posible efecto alcanzado por el Curso fueron los siguientes:

- Director del Servicio de Salud Copiapó.
- Director del Hospital.
- Sub-director del Hospital.
- Jefes de Servicios (Departamento) Clínicos, de Apoyo Clínico y Apoyo Administrativo.
- Política de Atención Hospitalaria a nivel Dirección de Salud.
- Política de Atención del Hospital.
- Planta Física.
- Recursos Materiales (Maquinarias, Equipos e Insumos).
- Planta de Personal del Hospital.
- Remuneraciones.
- Presupuesto del Hospital.

Características del Curso impartido

El curso tuvo una duración de 46 horas, distribuidas en 10 días en tiempo completo, con dos docentes.

Asistieron a él 17 Jefes de Servicio (Depto.) Sub-Jefes o posibles Jefes, del Hospital de Copiapó, se agregaron 5 de la Dirección de Salud (incluido el Director del Servicio) y 15 de otros Hospitales de la Región Atacama.

Propósito:

Elevar el nivel de la atención médica del Hospital, a través de la aplicación del conocimiento administrativo en las decisiones que se tomen a lo largo y ancho de su estructura.

Objetivo General:

Valorar la administración como una herramienta indispensable para lograr el rendimiento óptimo de las actividades de Salud, aplicando su conocimiento en las decisiones del quehacer diario.

Objetivos Específicos:

Se espera que el alumno:

- CONOZCA los factores que condicionan el proceso de enseñanza-aprendizaje en relación al desarrollo de su personal y a su condición de alumno.
- INICIE o REFUERCE, habilidades para trabajar en equipo.
- IDENTIFIQUE los aspectos relevantes de la teoría de la administración.
- COMPRENDA los conceptos de: objetivo - necesidad - respuesta, escala medio - fin, conflicto y acomodación del conflicto; solución de problemas.
- FORMULE objetivos de trabajo.
- IDENTIFIQUE el enfoque operacional de 11 elementos.
- IDENTIFIQUE los distintos grupos funcionales que participan en el proceso de atención de Salud y los Interrelacione.
- APLIQUE elementos conceptuales-operacionales de la administración en un proceso concreto dado.
- VALORE la importancia de la información en la toma de decisiones.
- ENUMERE los aspectos fundamentales de la teoría de sistemas y de la toma de decisiones.

Contenidos

Introducción al proceso de enseñanza aprendizaje; comunicaciones y dinámica de grupos; roles formales e informales: positivos y negativos. Dirección de debate, Aspectos fundamentales de la Administración y su relación con otras disciplinas. El proceso administrativo. Aspectos principales de la teoría de toma de decisiones. De la de los sistemas. Otros enfoques. Definiciones operacionales de: propósito, objetivo-meta; objetivo-respuesta; escala medio-fin, interdependencia. Problema-conflicto y acomodación del conflicto. Características que debe reunir un buen objetivo; Formulación de Objetivos. El proceso administrativo en el proceso de atención de Salud. El enfoque de los 11 elementos básicos. Características principales de cada uno de ellos (Política, personal, maquinarias y equipos, Insumos, Planta física, Organización, Programación, Presupuesto, Coordinación e información y comunicación).

Metodología

El Curso es eminentemente activo desde el punto de vista de los alumnos. Ello se logra a través de la clase discusión: trabajo en grupos pequeños, ejercicios de aplicación del conocimiento y lectura discutida.

Resultados

Al efectuar la acreditación posterior al Curso se observó que el Hospital elevó su nivel global de desarrollo administrativo de un 34.6% al 50.4%.

Según Servicios se puede observar un perfil muy quebrado en el que los más altos niveles los alcanzan, en ese mismo orden, los servicios de Farmacia, Obstetricia y Ginecología y Alimentación. El nivel administrativo más bajo lo presenta Traumatología.

En cuanto al crecimiento en el período de estudio, lejos Farmacia lo logró hacer en mayor grado; aumentó un 40%. Es seguido por los Servicios Generales que aumentaron en 28.5%. Personal, Urgencia y Cirugía se ubican en una posición media: crecieron entre un 20 y un 28.5%. Los que crecieron en menor porcentaje fueron y en ese orden, Traumatología, Esterilización Central y Rayos X.

Según agrupación de los Servicios éstos crecieron prácticamente en igual promedio. Los Servicios Clínicos lo hicieron en un 15.6%, los de apoyo Clínico en un 16.7% y los de apoyo administrativo en un 16.9%.

Según factores de acreditación se observa igualmente un perfil muy irregular lo que revela que el crecimiento administrativo del Hospital no obedece a un programa centralizado de desarrollo administrativo, sino a programas individuales de los Jefes de Servicio.

El único factor que permaneció sin variación fue el de presupuesto, lo que es comprensible ya que los cambios en este factor son de decisión de la Dirección del Hospital.

Los factores que más crecieron fueron Personal y Organización y los que lo hicieron menos: Planta Física, Política, Información y Comunicaciones, Maquinarias y Equipos e Insumos; todos ellos entre un 11 y un 13.7% de desarrollo más. El resto de los factores crecieron en un porcentaje que oscila entre un 15 y un 17% más.

El factor programación aún cuando creció considerablemente sigue, junto con el factor Política, en posición de bajo nivel; siendo ambos especialmente críticos tanto en el quehacer específico como en el administrativo del Hospital.

En cuanto a la evaluación posterior de las variables, de las 11 consideradas para el estudio, tres presentaron variaciones.

Variable	Situación Posterior
1.- Director del Hospital	VARIO. Se nombró a partir de diciembre de 1983 como nuevo Director a un alumno del Curso. Actualmente en el Curso para ejecutivos superiores del Hospital.
2.- Jefes de Servicio	VARIO. Hubo cambio en las Jefaturas de Traumatología y Medicina. Ninguno ni antes ni después alumnos del Curso.
3.- Presupuesto del Hospital	SIN VARIACION. Aunque al conservarse el mismo, en términos reales significa menor disponibilidad presupuestaria.
4.- Política hospitalaria a nivel de la Dirección de Salud	SIN VARIACION.
5.- Política interna del Hospital	SIN VARIACION
6.- Planta Física	SIN VARIACION
7.- Recursos materiales	SIN VARIACION
8.- Planta del Personal	SIN VARIACION
Estímulos:	
10. Director del Servicio de Salud Copiapó	VARIO.
11. Capacitación que corresponde a la variable introducida.	

Conclusión:

De acuerdo a los resultados de la revisión de las variables se puede concluir que los cambios en el nivel de desarrollo administrativo del Hospital de Copiapó, son atribuibles a la capacitación en materia de administración hospitalaria de sus Jefes de Servicio.

TABLA 1

**PERFIL DE DESARROLLO DEL HOSPITAL COPIAPO SEGUN SERVICIOS,
1983 - 1984**

SERVICIOS	o/o de desarrollo	
	1983	1984
SERVICIOS CLINICOS		
Dental	23	54
Pediatría	44	58
Cirugía	36	51
Medicina	32	45
U.C.I	33	47
Obstetricia-Ginecología	45	65
Traumatología	22	25
Urgencia	20	44
Pabellón quirúrgico	23	33
APOYO CLINICO		
Radiología	35	36
Estadística Central	28	34
Laboratorio Clínico	44	59
Farmacia	28	68
Alimentación	47	61
APOYO ADMINISTRATIVO		
Personal	37	62
Servicios generales	33	61
Abastecimiento	43	60
Control y presupuesto	38	54
SOME	34	48

TABLA 2

**PERFIL DE DESARROLLO DEL HOSPITAL COPIAPO SEGUN FACTORES,
1983 - 1984.**

FACTORES	o/o de desarrollo	
	1983	1984
Política	13	26
Personal	48	75
Planta Física	47	58
Maquinarias y Equipos	34	47
Insumos	46	60
Organización	40	61
Programación	3	19
Procedimientos	28	44
Presupuesto	47	47
Información	27	41
Coordinación	31	49

119. MEDICINA FAMILIAR EN LA FORMACION DE ALUMNOS DE LAS CARRERAS DE LA SALUD: UNA EXPERIENCIA DE INTEGRACION DOCENTE ASISTENCIAL

Dr. Armando González B. y Enf. Marta Aravena
(División de Ciencias Médicas Sur, Facultad de Medicina, Universidad de Chile)

A través de un programa de integración docente asistencial se pretende satisfacer las necesidades de salud de las comunas rurales en un nivel primario de atención y orientar la formación de los profesionales de la salud hacia una preparación general que les permita dar una atención integral a la familia. Se añan en esta experiencia esfuerzos de la Universidad, del Servicio de Salud y de las Municipalidades Comunes.

Se tomó para estos efectos 6 comunas de 2.000 habitantes promedio, con un total de 400 a 500 familias. En cada una de ellas se constituyó un equipo de alumnos de las Carreras de Medicina, Enfermería y Obstetricia quienes a través de una experiencia globalizadora viven por dos meses en cada comuna, otorgando a la población toda la atención de salud.

El período de experiencia se dividió en 3 etapas: una primera de diagnóstico de salud, una de programación y una tercera de ejecución y evaluación. En el período diagnóstico, los alumnos estudiaron la población a cargo con todos los indicadores de salud, educación, trabajo, etc., y encuestaron a todas las familias con el fin de catalogar el riesgo que éstas presentan.

De acuerdo al diagnóstico realizado, los alumnos programaron las actividades de fomento, protección y recuperación de la salud, sobre la base del trabajo con la familia. Esto se fundamentó en el hecho que los problemas de salud en un nivel primario, no son de resolución aislada sino que requieren de la participación de todo el equipo de salud y del grupo familiar completo.

Gran énfasis se da en este programa a la prevención y fomento de la salud, utilizando para esto todas las organizaciones comunitarias existentes.

El desarrollo de cada una de las etapas programadas requiere de investigación constante, la que es efectuada conjuntamente por alumnos, docentes y profesionales de la salud.

A un año en el desarrollo de este proyecto que comprende un total de tres, se espera detectar a su término cambios positivos en salud de las comunas intervenidas, medido esto a través de la comparación de la situación inicial con la situación terminal y por la comparación con comunidades no intervenidas.

120. ANALISIS DE ANTECEDENTES Y CALIFICACIONES DE LOS EGRESADOS DE ESCUELAS DE MEDICINA CHILENAS, 1978-1980

Sres. Enrique Vicentini, Héctor Ugalde y Soledad Ubilla
(Escuela de Salud Pública, Universidad de Chile)

Este es un somero análisis en que se relaciona la preparación universitaria del alumno de Medicina con sus antecedentes al ingreso y la trascendencia que estos factores puedan tener respecto a su desempeño profesional.

Se describen dos variables: puntajes de la Prueba de Aptitud Académica y Notas de Egreso, en 1960 de médicos cirujanos correspondientes a las promociones egresadas en los años 1978, 1979 y 1980 de las universidades chilenas; se estudia la correlación existente entre ambas variables y se analizan las frecuencias entre las medias de las poblaciones que constituyen las Escuelas de Medicina mediante el test de Student con un nivel de significación del 99%.

Los resultados muestran que puede considerarse una sola población homogénea respecto a los puntajes de PAA mientras que existen diferencias netas respecto a las notas de egreso, también se evidencia que sería aventurado pretender explicar diferencias en las notas de egreso sobre la base de diferencias previas en los puntajes de PAA. Finalmente se comenta la trascendencia de estos hallazgos en función de las posibilidades de perfeccionamiento profesional, en particular de la postulación a cargos en el Sistema Nacional de Servicios de Salud y se postulan posibles soluciones para la situación planteada.

ESTE LIBRO SE TERMINO
DE IMPRIMIR EN
LOS TALLERES
DE LITOGRAFIA
VALENTE
EN MAYO
1965

