

Sesión Salud Materno Infantil

Moderador: Dra. Ana María Kaempffer

PROGRAMA DE BUSQUEDA MASIVA DE FENILQUETONURIA E HIPOTIROIDISMO CONGENITO EN LA V REGION

AUTORES: CORNEJO V., DE LA FUENTE P., VIDALES A., RAIMANN E., MORAGA M., COLOMBO M.

PALABRAS CLAVES: FENILQUETONURIA, HIPOTIROIDISMO CONGENITO, RETARDO MENTAL

En 1991 se inició un programa de detección neonatal de Fenilquetonuria (PKU) e Hipotiroidismo Congénito (HTC) en Quillota. Posteriormente se han ido sumando sectores de la V Región, tales como Quintero, Quilpué y Sector Quillota-Petorca. El objetivo principal de este programa es cubrir el 100% de Recién Nacidos (RN) de la V Región y prevenir el retardo mental que estas dos patologías producen. La metodología considera la prueba de Guthrie para determinar Fenilalanina (FA) en PKU, siendo su corte de normalidad $< 2\text{mg}\%$ de FA y para HTC se determina la hormona tiroestimulante (TSH) por una técnica inmunoenzimática (valor normal $< 25\text{ mUI/ml}$). La toma de muestra se realiza por punción de talón a las 48 horas de vida. Durante este período se han analizado 5.758 muestras en papel filtro, obteniéndose una cobertura del 97.02% de RN examinados. Un 0.45% requirió una segunda muestra de sangre por presentar niveles $> 2\text{mg}\%$ de FA. Se han diagnosticado 2 PKU clásica (FA = $\pm 25\text{mg}\%$ HPLC), iniciando el tratamiento a la edad 17.5 días. El 0.6% de los recién nacidos tuvo niveles elevados de TSH, confirmandose un HTC en tres niños (TSH $\pm 147\text{ mUI/ml}$, T4 ± 9.4).

Basándose en estos resultados, resulta difícil establecer la incidencia de PKU e HTC, ya que se está cubriendo un bajo porcentaje de RN de la V Región. Por esta razón resulta imperiosa la necesidad de expandir este programa a todas las regiones y conocer la incidencia real de ambas patologías.

TENDENCIAS DE LA LACTANCIA MATERNA EN SANTIAGO ENTRE 1952 Y 1989

AUTORES: PINO P., VENTURINI G., VEGA J.

PALABRAS CLAVES: LACTANCIA MATERNA, TENDENCIAS, ENCUESTAS RETROSPECTIVAS.

Pese a las evidencias respecto del papel protector de la lactancia materna (LM), se desconoce el impacto que las fluctuaciones en esta práctica han tenido sobre la salud infantil. Tales estudios requieren registros o estudios comparables que permitan estimar la tendencia de la LM. El objetivo de este estudio fue reconstituir la historia reciente de la LM a partir de encuestas retrospectivas de mujeres que hubiesen dado a luz en el período de 1952 a 1989 (19 bienios). Se entrevistó a 1.343 mujeres provenientes de seis consultorios, representando a cada Servicio de Salud de Santiago. Se obtuvo información -prácticas de LM y situación de algunas variables al momento de nacimiento- referente a 3.285 lactantes. Estos representan razonablemente al período en estudio y a los estratos socioeconómicos medio y bajo de la población de Santiago.

Se analizó la tendencia de la iniciación de la LM y de la amamantación hasta los dos y tres meses. Se observó que la proporción de recién nacidos que iniciaron la LM no presentó tendencia definida, manteniéndose estable en torno de 95%.

En cambio, se observa una tendencia descendente de las otras dos variables a partir de 1960, con máxima expresión entre 1973 y 1976, cuando menos del 75% de los lactantes era amamantado al pecho hasta los tres meses. También se aprecia un repunte a partir de 1976 con retorno (y hasta superación), de los valores iniciales (85%), pero mostrando inestabilidad en los años 80. Desagregando por nivel socioeconómico se observa que el estrato bajo fue más influenciado tanto por la caída como por la elevación de la LM. La LM era elevada pero debe tenerse en cuenta que la LM exclusiva - única protección total para el lactante - debe haber alcanzado niveles considerablemente más bajos. Se destaca que, a diferencia de lo postulado por otros investigadores para el país, en Santiago la tendencia siguió el patrón observado tanto en países industrializados como en países en desarrollo. La inestabilidad reciente - también detectada en otras realidades - señala la importancia de una actuación permanente de programas de estímulo a esta práctica.

PREVALENCIA E INCIDENCIA DE COLELITIASIS EN POBLACION ADOLESCENTE FEMENINA

AUTORES: GLASINOVIC J.C., MEGE R.M., SCRIVANTI M., FERNANDEZ P., ET AL

PALABRAS CLAVES: COLELITIASIS, ADOLESCENTES, EPIDEMIOLOGIA, HISTORIA NATURAL

En Chile existe una alta frecuencia de coleditiasis. La enfermedad es de mayor prevalencia en las mujeres, particularmente en el período de edad fértil. Esto ha sido atribuido a la acción de las hormonas sexuales femeninas. En efecto, en la mujer chilena el embarazo es un factor de gran importancia en el desarrollo de cálculos. La adolescencia femenina es otro período en el cual las hormonas sexuales tienen gran importancia.

OBJETIVOS:

- 1) Determinar prevalencia e incidencia de coleditiasis en población femenina adolescente.
- 2) Determinar factores de riesgo para la coleditiasis en este grupo.
- 3) Estudiar la historia natural de la enfermedad.

POBLACION Y METODO:

Se tomó como universo en estudio a 6036 adolescentes de 13, 14 y 15 años en diecinueve colegios en las áreas oriente y suroriente de Santiago. El estudio fue aceptado por 2492 alumnas (41,3%), a quienes se efectuó una ecografía biliar, se les determinó IMC, lípidos sanguíneos y perfil de hormonas sexuales.

El estudio ecográfico fue repetido un año después a 1945 niñas de la misma población (78%)

RESULTADOS:

CASOS DE COLELITIASIS Y DE COLECISTECTOMIZADAS DETECTADAS EN EL PRIMER ESTUDIO Y CASOS NUEVOS APARECIDOS UN AÑO DESPUES

| | LITIASIS | | COLESCIST. | | TOTAL | |
|----------------------|----------|------|------------|------|-------|------|
| | n | % | n | % | n | % |
| 1er estudio (n=2492) | 30 | 1.20 | 6 | 0.24 | 36 | 1.44 |
| 2do estudio (n=1945) | 8* | 0.40 | - | - | 8 | 0.40 |

*casos nuevos

HISTORIA NATURAL DE LA ENFERMEDAD:

3 de las 30 niñas presentaban síntomas al efectuarse el primer estudio y otras 4 se hicieron sintomáticas en el curso del año. Ninguno de los 8 casos nuevos ha presentado síntomas.

DETERMINACIONES DE IMC, LIPIDOS SANGUINEOS Y PERFIL HORMONAL:

No se observaron diferencias entre litiasicas y

controles.

CONCLUSIONES:

1) En la población femenina adolescente estudiada la prevalencia de coleditiasis fue de 1.44 % y la incidencia de un 0.4 %.

2) Esta incidencia se ajusta al aumento de la frecuencia de litiasis en función de la edad de las mujeres nulíparas.

3) Un 27% de las adolescentes litiasicas ha presentado síntomas.

4) No se encontró relación entre la presencia de coleditiasis y la obesidad, el aumento de lípidos sanguíneos y la alteración del perfil hormonal sexual.

INFLUENCIA DEL NIVEL TECNOLÓGICO EN LA EVITABILIDAD DE MUERTES INFANTILES

AUTORES: GATTINI C., SOLIS V., ZURITA D

PALABRAS CLAVES: MORTALIDAD INFANTIL, TECNOLOGIA, EVITABILIDAD

La mortalidad infantil en Chile sigue siendo un problema prioritario en la salud de la población. Su nivel ha disminuido en forma ostensible en las últimas décadas por la influencia de múltiples factores. Sin embargo, la información disponible permite afirmar que existe una cantidad aún importante de muertes infantiles que pueden evitarse con tecnología existente o potencialmente disponible en el S.N.S.S.

El objetivo de este trabajo, que forma parte de un estudio sobre mortalidad infantil realizado en 1991, es conocer algunas características de las defunciones infantiles que se pueden beneficiar en una tecnología más compleja aumentando potencialmente su grado de evitabilidad.

La metodología consistió en la revisión de los certificados de defunción (n = 4.915) y de las auditorías de defunciones infantiles (n = 3.453) correspondientes a 1990. Además el grupo investigador incorporó variables adicionales que permitieron estimar la evitabilidad de la muerte según tecnología básica y compleja.

Los resultados muestran que aún es posible reducir la mortalidad infantil dado que el 28.2% de las muertes son evitables con tecnología básica, aumentando a 34.1% con tecnología compleja.

La disponibilidad de tecnología compleja tendría un mayor impacto en las muertes neonatales, las que aumentarían su evitabilidad de 15.6% con tecnología básica al 21.2% con tecnología compleja (35.9% de incremento). En las defunciones infantiles tardías donde el 46.4% de las muertes son evitables con tecnología básica la incorporación de tecnología compleja aumentaría este valor sólo a

52.5% (13.1% de incremento).

Destaca que entre las causas de muerte más frecuentes, las que aumentarían en mayor proporción su evitabilidad al disponer de tecnología compleja son las anomalías congénitas (1.7% evitabilidad con tecnología básica a 4.6% con tecnología compleja), enfermedades del aparato circulatorio (7.9% a 21.3%), enfermedades del aparato digestivo (19.4% a 32.3%), enfermedades del sistema nervioso y órganos de los sentidos (14.1% a 22.4%) y las afecciones del período perinatal (16.5% a 22.7%). No parece ser relevante la tecnología compleja en la evitabilidad de las muertes ocurridas por traumatismos y envenenamientos.

En las defunciones neonatales la tecnología compleja aparece como relevante en las muertes por anomalías congénitas, enfermedades del sistema nervioso y órganos de los sentidos y afecciones perinatales, en tanto que las defunciones infantiles tardías que se beneficiarían de un mayor nivel tecnológico son las anomalías congénitas, enfermedades del aparato circulatorio y enfermedades del aparato genitourinario.

Por su frecuencia cabe destacar que las causas específicas de mayor evitabilidad con tecnología compleja son la prematuridad, anomalías congénitas del corazón AI, y la membrana hialina.

La presencia de factores de riesgo biológico en el niño se vio relacionada con una necesidad de mayor complejidad tecnológica ya que estos factores estaban estrechamente ligados a la causa de muerte.

De acuerdo a los resultados la incorporación de alta tecnología permitiría incrementar principalmente la evitabilidad de las defunciones neonatales. Las patologías en las cuales se requiere la tecnología más compleja tienen la característica de ser poco reducibles aún existiendo disponibilidad de ésta, como es el caso de las anomalías congénitas, o bien presentar una frecuencia relativamente baja, en el total de defunciones infantiles, lo que determina que el posible impacto en el nivel de mortalidad infantil sea de menor magnitud con un aumento adicional en la evitabilidad de sólo un 6 %.

LA ENCUESTA ESCOLAR DE PRIMERO BASICO: UNA FORMA DE CONOCER LA REALIDAD CHILENA

AUTORES: INFANTE A., DIAZ M., PACHECO I.

PALABRAS CLAVES: VULNERABILIDAD SOCIAL ESTRATIFICACION DE RIESGO, ENCUESTAS.

La necesidad de discriminar escuelas por su vulnerabilidad social para asignar equitativamente

los recursos destinados a los escolares, demandó diseñar una metodología que lo hiciera posible.

Se trabajó con un grupo de expertos, buscando variables de conocida asociación con el nivel socio-económico que permitiera diseñar un instrumento simple y de fácil llenado para el profesor. Las variables seleccionadas fueron todas aquellas relacionadas con evaluación antropométrica, educación materna, necesidades de ayuda en alimentación y de atención en salud reparadora y oral.

Se han ensayado variadas técnicas estadísticas desde que se diseñó el primer modelo de focalización (1989), a fin de mejorar la capacidad de discriminación entre las escuelas según su nivel socio-económico. Se demostró que la regresión logística capta mejor la población objetivo de los programas de asistencialidad de la JUNAEB, a través del modelo que determina el «Porcentaje de Vulnerabilidad de la Escuela». En la actualidad existen modelos separados para escuelas urbanas y rurales, expresados de la siguiente manera:

| VARIABLE | BETA E | BETA E |
|------------------------------------|------------|---------|
| | URBANAS | RURALES |
| % AL. CON ESCOL. MATERNA <= 8 AÑOS | 3.67 | 3.03 |
| % AL. CON CARIES DENTALES | 1.57 | 1.03 |
| SECTOR | NO INGRESA | 1.03 |
| % AL. CON PESOIEDAD < 1 DS. | 1.57 | 0.46 |
| % AL. CON TALLAVEDAD < 1 DS. | 1.18 | 0.41 |

CAPACIDAD PREDICTIVA DE LOS MODELOS. (p < .50)

| MODELO | SENSIBIL. | ESPECIF. | F.(+) | F.(-) | R. CORRECTAS | CONCORDANCIA |
|--------------|-----------|----------|-------|-------|--------------|--------------|
| URBANO | 80.0% | 83.0% | 20.0% | 17.0% | 84.0% | 82.0% |
| MODELO RURAL | 94.0% | 66.0% | 19.0% | 13.0% | 84.0% | 86.0% |

El Porcentaje de Vulnerabilidad de la escuela país, determinado por su respectivo modelo, es conceptualmente el porcentaje ponderado de las carencias que tienen sus alumnos. Este estudio ha permitido establecer el alto grado de heterogeneidad de las escuelas básicas del país.

Es interesante destacar la relevancia que adquiere la antropometría en el modelo urbano. Los beta aumentan 3 veces su valor al excluir el sector como variable independiente.

El agregado de escuelas a nivel de comunas ha permitido obtener valiosa información de gran aplicación en otros sectores para asignación de los recursos comunales.

ESTADO DE SALUD BUCAL EN EMBARAZADAS DE

ZONAS RURALES DE LA PROVINCIA DE LIMARI

AUTOR: DRA. MONTANO M.C.

PALABRAS CLAVES: ENFERMEDADES BUCO-DENTALES, EMBARAZO, RURALIDAD.

OBJETIVOS:

- Establecer el estado de salud bucal de embarazadas de zonas rurales de la Provincia de Limarí, por medio del índice C.O.P.D., detección de depósitos blandos y duros, gingivitis y enfermedad periodontal.

- Determinar sus necesidades de tratamiento dental.

- Conocer hábitos de higiene bucal que presentan.

METODOLOGIA:

En 1993, se realizó un examen dental y se aplicó una encuesta sobre hábitos de higiene oral a 46 embarazadas ingresadas al Hogar de la Embarazada Rural existente en la ciudad de Ovalle, éstas son derivadas allí desde zonas rurales de la Provincia de Limari cuando están próximas a la fecha de parto.

Sus edades fluctuaban entre 15 y 37 años, siendo el promedio de 24 años.

RESULTADOS:

INDICES C.O.P.D. Y NECESIDADES DE TRATAMIENTO.

El promedio del índice C.O.P.D. en el grupo de embarazadas examinadas fue de 11,5, descompuesto de la siguiente forma, C:4,7 (piezas cariadas), O:2,2 (piezas obturadas), P:4,4 (piezas perdidas, de las cuales 3,6 ya habían sido extraídas y 0,8 tenían indicaciones de extracción por caries).

En cuanto a las necesidades de tratamiento, sólo 4 pacientes (8,6%) no requerían ningún tipo de restauración, 42 pacientes (91,3%) necesitaban una o más obturaciones y 16 pacientes (34,7%) requerían extracción dental por caries.

- ESTADO PERIODONTAL Y NECESIDADES DE TRATAMIENTO.

* Presencia de depósitos blandos: el promedio del grupo fue de 0,5 sextante con depósitos blandos.

* Presencia de depósitos duros: el promedio fue de 1,1 sextantes con tártaro.

* Gingivitis: el promedio fue de 2,0 sextantes que presentaban gingivitis.

* Enfermedad Periodontal: el promedio fue de 0,3 sextantes.

Tratamiento Requerido: 4 pacientes (8,6%) no necesitaban ningún tratamiento, 9(19,5%) sólo requerían instrucción de higiene oral, 26 (56,5%) necesitaban destartraje e instrucción de higiene oral, destartraje y pulido radicular, es decir tratamiento periodontal avanzado, ninguna paciente (0%) necesitaba extracción dentaria por enfermedad

periodontal.

- ESTADO DE DESDENTAMIENTO Y NECESIDADES DE TRATAMIENTO PROTESICO.

En el grupo de pacientes examinadas ninguna era desdentada total (0%), sólo una (2,1%) usaba la prótesis total de un maxilar, 34 (73,9%) eran desdentadas parciales de uno o ambos maxilares y 11 (23,9) presentaban dentadura completa.

En relación a las necesidades de tratamiento protésico, 12 pacientes (26,0%) no lo necesitaban, una paciente (2,1%) usaba la prótesis que requería, mientras que el 33 (71,7%) necesitaban prótesis pero no la usaban.

- HABITOS DE HIGIENE BUCAL.

El 100% de las embarazadas tenía cepillo dental.

En relación a cuántas veces al día se cepillaban, ninguna respondió que lo hacía una vez al día (0%), 16(34,7%) 2 veces al día, 18(39,1%) 3 veces al día y 12 (26,0%) 4 veces al día.

La totalidad de las encuestadas no usaba seda dental, y sólo una la conocía.

DISCUSION:

Aunque lamentablemente no existen publicaciones con estudios epidemiológicos similares a nivel nacional, con los que se pudiese comparar los resultados obtenidos, se puede apreciar que las condiciones de salud bucal de este grupo de embarazadas de zonas rurales de la Provincia de Limarí no son buenas.

Pero sobre todo se observa que existen muchas necesidades de tratamiento dental que no son resueltas, algunos factores que podrían estar determinando este hecho con:

* falta de conciencia sobre la importancia de la salud bucal, por parte de las propias gestantes, debido probablemente al bajo nivel de escolaridad promedio (7º básico).

* dificultades para acceder a centros de atención dental, por vivir en zonas rurales y por falta de recursos económicos.

* escasez de profesionales odontólogos en Consultorios y Hospitales.

RETARDO DEL CRECIMIENTO EN DOS METROPOLIS DE AMERICA LATINA (SANTIAGO Y SAN PABLO)

AUTORES: AMIGO H., LEONE C., BUSTOS P., GALLO P.

PALABRAS CLAVES: RETARDO CRECIMIENTO, AMERICA LATINA, ESTUDIOS POBLACIONALES, ANTROPOMETRIA.

La evolución socioeconómica de los países de América Latina ha modificado la validez de los tradicionales indicadores de calidad de vida y por lo tanto es importante constatar la situación actual de las condiciones de salud y nutrición de sus poblaciones.

El objetivo de este estudio fue determinar y comparar el perfil antropométrico de escolares provenientes de hogares de bajos ingresos en poblaciones urbanas de Santiago, Chile y de San Pablo, Brasil. Se pesaron y midieron 1779 escolares de seis a ocho años que asistían a escuelas públicas de Santiago y 2210 en San Pablo. El perfil de crecimiento de ambas poblaciones se determinó por la distribución z-score para las relaciones talla-edad (T/E), peso para edad (P/E) y peso para la talla (P/T), utilizando el patrón de referencia recomendado por la OMS. Al comparar la distribución T/E se observa que las dos curvas están desviadas hacia la izquierda, destacándose que la de Santiago lo está más y así se observa una mayor prevalencia de

retardo de crecimiento en los niños de esta última ciudad (39.9% versus 23.1% en San Pablo, $p < 0.01$). En relación al indicador P/E ambos grupos de escolares presentan una distribución similar a la del patrón de referencia, siendo que el grupo de San Pablo presenta un aumento en el extremo inferior de la curva, bajo dos «z-score». Con respecto al indicador P/T, el perfil de ambos grupos es diferente: uno dislocado hacia el exceso, Santiago, y el de San Pablo con un desvío hacia el déficit en el extremo de la curva, lo que señala una importante pérdida de peso en un grupo de escolares.

En conclusión, el perfil antropométrico de los dos grupos de escolares revela diferencias importantes existiendo mayor déficit de talla, pero menor desnutrición actual en Santiago y un mayor enflaquecimiento con talla conservada en San Pablo. Lo observado sugiere la acción de factores socioeconómicos que actuaron en distintas etapas del crecimiento y/o diferencias étnicas de estas poblaciones.

¿QUE FACTORES SE RELACIONAN CON EL CONSUMO DE DROGAS EN ADOLESCENTES?

AUTORES: PINO P., FLORENZANO R., MARCHANDON A., ALTAMIRANO J.

PALABRAS CLAVES: ESTUDIOS TRANSVERSALES. ANALISIS MULTIVARIADO. REGRESION LOGISTICA. DROGAS. ADOLESCENTES.

Una amplia y compleja red de factores ha sido relacionada al consumo de drogas en adolescentes. Tales factores pertenecen a los ámbitos de la familia, del colegio, de los pares, del ambiente y propios de los jóvenes. El presente trabajo pretende estudiar algunos de estos factores y su relación con el consumo de drogas en una muestra probabilística, estratificada por nivel socioeconómico, representativa de los adolescentes escolares de los sistemas públicos y particular subvencionado de Santiago ($n=1904$; $\alpha=0,71$). Se han estudiado las siguientes variables: constitución y referentes familiares (familia mono o biparental y percepción del consumo de drogas de los padres); relación del joven con su colegio (ausentismo voluntario y gusto por el colegio); influencia de los pares (percepción del consumo de drogas en el colegio); aspectos propios del adolescente (sexo, edad, religiosidad y trabajo) y un indicador del nivel socioeconómico del colegio. Estas variables se han incluido en un modelo de regresión logística como predictoras de dos posibles variables resultantes: consumo total (cualquier consumo de marihuana u otras drogas) y consumo frecuente de estas mismas drogas. El nivel socioeconómico no mostró ser factor predictor del consumo de drogas en estos adolescentes. Los adolescentes con peor relación con su colegio ($OR=4,9$; $IC : 3,26-7,45$), los que han percibido consumo de drogas en al menos uno de sus padres ($OR=3,02$; $IC : 1,5-6,1$), los que trabajan esporádicamente ($OR=1,7$; $IC : 1,18-2,47$), los mayores de 18 años ($OR=5,15$; $IC : 3,14-8-44$), los pertenecientes a familias monoparentales ($OR=1,42$; $IC : 1,06-1,9$) y los que perciben gran consumo de drogas entre sus pares ($OR=2,13$; $IC : 1,52-3,00$)= presentan mayor riesgo de consumo total que los jóvenes que no comparten tales caracterís-

ticas. Por otra parte, la pertenencia al género femenino y la religiosidad son importantes variables protectoras contra este consumo. En relación al consumo frecuente se observó que en tanto el género femenino aumenta su papel protector la religiosidad pierde tal efecto. La pertenencia a familias monoparentales no es factor de riesgo de consumo frecuente; en cambio, el consumo de drogas de alguno de los padres se muestra como importante factor de riesgo de tal modalidad de consumo ($OR=5,78$; $IC : 2,5-13,3$). La relación del adolescente con su colegio, así como la percepción del consumo de drogas entre sus pares son factores de mayor relevancia respecto al consumo frecuente que en relación al consumo total. Aunque este diseño transversal no permite establecer relaciones causales sugiere que, si bien los factores familiares y propios de los adolescentes parecen ser importantes moduladores de la iniciación del consumo de drogas, el ambiente escolar constituye un factor fundamental en el condicionamiento de la frecuencia de esta conducta. Esto apunta a la necesidad de diseñar intervenciones dirigidas a fortalecer una influencia positiva del ambiente escolar.

CONDUCTAS DE RIESGO EN ADOLESCENTES ESCOLARIZADOS EN SANTIAGO DE CHILE

AUTORES: FLORENZANO R., VALDES M., PINO P., KAPLAN M., ALTAMIRANO J.

PALABRAS CLAVES: SALUD DEL ADOLESCENTE. PREVALENCIA DE FARMACODEPENDENCIAS. CONDUCTAS DE RIESGO.

El presente trabajo busca estimar la prevalencia de conductas de riesgo bio-psico-social en adolescentes escolares de la Región Metropolitana de Santiago de Chile, a partir de una encuesta que se realizó una muestra representativa de ellos en 1991. Se entendió como conducta de riesgo el consumo frecuente de cigarrillos, alcohol y drogas ilegales así como también el robo, agresividad individual o colectiva, vandalismo entre las actividades antisociales.

La población objetivo de este estudio corres-

ponde al 80% de la población total de los escolares de la Región Metropolitana y la constituyen adolescentes escolares cuyas edades fluctúan entre 10 y 19 años y cursan entre séptimo y cuarto medio de los colegios municipalizados y particulares subvencionados del Gran Santiago. La muestra utilizada es una muestra probabilística por conglomerados, trietápica y estratificada por nivel socioeconómico. Se identificaron cuatro estratos homogéneos de comunas a partir de variables socioeconómicas extraídas de una ordenación previamente conocida de las comunas del país, conformándose una muestra de 1904 adolescentes escolares. El error calculado fue de 2.5% y el nivel de confianza es del 95%. El instrumento utilizado fue adaptado en Chile por nuestro equipo a partir de un cuestionario - el Minnesota Adolescent Health Survey - que ha sido usado en la Universidad de Minnesota, traducido al español y aplicado en Puerto Rico.

Las preguntas del cuestionario (ECRA) abordan las siguientes áreas: variable socio-demográficas y familiares, percepción de conductas de riesgo de los padres, uso de sustancias químicas por el propio adolescente, otras conductas de riesgo, y síntomas emocionales en el último mes. La encuesta fue contestada por adolescentes de ambos sexos, con un 58.4% de sexo femenino y con una edad promedio 15.5 años (D.S. 1.8). El consumo mensual, semanal y diario de tabaco (31.5%), de alcohol (15.5%) y de marihuana (12.4%) estuvieron dentro de los rangos encontrados en estudios previos. El consumo de las sustancias nombradas ascendió paulatinamente desde 12 a los 18 años, siendo más pronunciado este ascenso para el tabaco y el alcohol que subió de 5 a 50% y de 0 a 20% respectivamente, seguidos por el ascenso del consumo de marihuana (0 a 18%), y otras sustancias (0 a 125%). La iniciación de actividad sexual tuvo una curva ascendente semejante. Las conductas disociales tuvieron una distribución diferente, presentándose en porcentajes descendentes hacia 4º medio, y teniendo su mayor frecuencia entre 7º básico y segundo medio. Los síntomas emocionales también aumentaron, presentando una distribución diferente en ambos sexos, con mayor aumento después de los quince años para el sexo femenino. Se analizan finalmente las asociaciones entre estas diferentes conductas, así como las conductas de búsqueda de ayuda de los adolescentes que las presenta. Se concluye señalando la importancia de hacer nuevas mediciones de éste tipo con el objeto de analizar la evolución temporal de estas situaciones en nuestro medio.

LA PREVALENCIA Y EL MANEJO DE DESORDENES EMOCIONALES EN EL NIVEL PRIMARIO DE ATENCION: COMPARACION ENTRE

SANTIAGO DE CHILE Y OTROS CENTROS

AUTORES: FLORENZANO R., ACUÑA J., FULLERTON C., CASTRO C., HUMPHREYS D.

PALABRAS CLAVES: EPIDEMIOLOGIA PSIQUIATRICA NIVEL PRIMARIO MANEJO DESORDENES EMOCIONALES.

Este trabajo forma parte de un estudio colaborativo de la Unidad de Salud Mental de la Organización Mundial de la Salud, realizado en dieciséis centros de diez países. En éste se determinó la prevalencia de desórdenes emocionales en pacientes que acuden a consultorios del nivel primario en Santiago de Chile a través de un procedimiento en dos etapas, en el cual 1453 pacientes recibieron primero un cuestionario de tamizaje (el GHQ-12) y luego a 276 se les administró la versión para el nivel primario de la Entrevista Diagnóstica Compuesta Internacional de Organización Mundial de la Salud (PHC-CIDI). A los consultorios estudiados concurría una población de edad madura y de sexo predominantemente femenino. Muchos pacientes presentaban cuadros médicos crónicos, tales como hipertensión esencial (29.7%), úlcera péptica (19.6%), y cardiopatías (17.8%). La prevalencia ponderada de acuerdo al CIDI fue elevada: 53.5%. Los desórdenes psiquiátricos encontrados más frecuentemente fueron depresión (29.5%) y desorden generalizado de angustia (21.3%). Otro desorden frecuente fue el de somatización (17.7%). Esta elevada prevalencia se puede explicar multicausalmente: el cambio sociopolítico y el proceso de modernización experimentados en el país en las últimas décadas, con su mayor estrés social y estilos de vida riesgoso para la salud, las modificaciones en el sistema de atención médica, así como sesgo de selección. Los médicos generales detectaron un 74.1% de los casos que de acuerdo al instrumento presentaban un diagnóstico del CIE-10. Reconocieron, por lo tanto, alrededor de tres de cada cuatro casos. En alrededor de dos tercios de los casos prescribieron un agente psicofarmacológico o una intervención psicoterapéutica, entre los primeros, los más frecuentemente prescritos fueron sedantes y antidepresivos. En un número apreciable de casos (33.3%), los médicos realizaron psicoterapia (definida operativamente como consejería o como hablar con los pacientes acerca de sus problemas). Al comparar los resultados con quince otros centros en los cuales se empleó la misma metodología, Santiago de Chile presentó tanto las tasas más altas de desórdenes emocionales como los porcentajes mayores de reconocimiento por parte de los médicos generales. Se subraya la importancia de entrenar a los médicos generales en estos temas.

DIAGNOSTICO DE BEBER ANORMAL DEL AREA LABORAL, SEGUN E.B.B.A., CIUDAD DE ANTOFAGASTA

AUTORES: HERNANDO M., OSORIO S., ALVAREZ S., SARABIA V.

PALABRAS CLAVES: BEBER ANORMAL, ESCALAS DE MEDICION, ALCOHOLISMO.

El presente trabajo de investigación surge de un proyecto que el Servicio de Salud Antofagasta presentó al Ministerio de Salud para acceder a los fondos especiales de alcoholismo y salud mental año 1991.

El objetivo de la primera etapa de este proyecto y del presente trabajo es: conocer la magnitud del beber anormal en la población laboral de Antofagasta.

Para tal efecto se utilizó la Escala Breve del Beber Anormal (E.B.B.A.) un screening de 7 preguntas que fue validado y aprobado por el Minsal. Se considera EBBA (+) cuando existen 2 ó más respuestas positivas.

METODOLOGIA:

Se estudió un total de 1.642 trabajadores correspondientes a 7 áreas laborales, con una variabilidad porcentual entre 11 y 20% del total de los trabajadores por empresa.

El marco muestral considerado fue estratificado según área laboral con mayor concentración de trabajadores de Antofagasta.

El método utilizado fue de autoaplicación y en algunas instancias fue aplicada por un profesional de la salud. Esta tuvo carácter de anónimo y se incluyeron los antecedentes de sexo, edad y escolaridad

RESULTADO:

El 42.1% de los trabajadores resultaron E.B.B.A. (+) predominando como problema la incapacidad de contener la ingesta (49.9%), segunda por las relaciones interpersonales (31.9%).

En relación a la variable sexo se estudiaron 1.368 varones de los cuales el 49% resultó con E.B.B.A. (+), 274 mujeres de las cuales el 11% resultó E.B.B.A. (+).

En cuanto a la escolaridad el 66% de los E.B.B.A. (+) corresponden a la Educación Básica.

CONCLUSION:

El 42% de los trabajadores estudiados son bebedores anormales, al igual que en otro estudios se evidencia una directa relación entre la baja escolaridad y alto consumo de alcohol.

DESORDENES EMOCIONALES EN LA ATENCION PRIMARIA:

¿CUANTOS DETECTAN LOS MEDICOS PRIMARIOS?

AUTOR: ARAYA R.

PALABRAS CLAVES: SALUD MENTAL, ATENCION PRIMARIA, MEDICOS DETECCION POBLEMAS

Aproximadamente uno de cada dos consultantes de la atención primaria en Chile sufre de un desorden emocional la mayor parte de los cuales no es detectable por los médicos. El objetivo de este estudio es determinar las tasas de detección de desórdenes emocionales por los médicos primarios y algunos factores relacionados con los pacientes y los médicos asociados con esta habilidad. Para tal efecto se realizó una encuesta de salud mental en consultantes (n=4,200) de 23 consultorios de la Región Metropolitana. Los médicos evaluaron ciegamente la salud física y mental de los pacientes usando escalas breves y los pacientes fueron evaluados independientemente con cuestionarios autoadministrados y entrevistas psiquiátricas estructuradas. Sesenta y siete médicos que participaron en el estudio (n=72) respondieron cuestionarios con preguntas sobre aspectos laborales, actitudes y conceptualización de problemas clínicos. Estos factores y otros propios de los pacientes fueron examinados individualmente y en un modelo de regresión logística para buscar posibles asociaciones con la detección de desórdenes emocionales por los médicos. Los médicos detectaron un 41.6% de casos de desórdenes emocionales lo cual correspondía a un 50.7% de la morbilidad detectada por los instrumentos psiquiátricos, es decir, la mitad de los pacientes con desórdenes emocionales no fueron detectados por sus médicos tratantes. Los médicos detectan más «casos» de desórdenes emocionales entre las mujeres, mayores de 40 años, previamente casadas, con escasa educación e ingreso. Los pacientes detectados como «casos» de desórdenes emocionales tiene más alta frecuencia de consultas, usan más tranquilizantes, consultan por problemas mentales, conversan con el médico de sus problemas emocionales y tienen más síntomas de morbilidad psiquiátrica. Entre los médicos, sexo masculino, edad menor de 30 años, dedicación exclusiva a la atención primaria, satisfacción con su trabajo y un enfoque más abierto a la influencia de factores psicosociales en el origen de los síntomas son las características del perfil del médico que detecta más casos de desórdenes emocionales. Las altas tasas de desórdenes emocionales que pasan desapercibidos para el médico debería estimular la búsqueda de intervenciones simples, prácticas y de bajo costo para facilitar esta labor de identificación. Esto último debería traducirse en menos desórdenes emocionales no tratados con beneficio para el paciente, la familia y la sociedad en general.

Sesión Administración - Docencia

Moderador:

EXPERIENCIA DE FORTALECIMIENTO DE LA EPIDEMIOLOGIA EN LOS NIVELES LOCALES DE SALUD EN COLOMBIA

AUTORES: ALZATE A., MARTINEZ M., GHISAYS G., DE LA HOZ F., DEPETRIS A.,

PALABRAS CLAVES: EPIDEMIOLOGIA, SERVICIOS DE SALUD, DIAGNOSTICO DE SALUD, GESTION EN SILOS.

Los objetivos, generados participativamente y adaptados a la situación local, incluyen la identificación de problemas y recursos, priorización, selección de indicadores negativos y positivos de salud con datos existentes, generación de nuevos mecanismos de gestión de datos e información y elaboración de mapeos epidemiológicos para el análisis, la vigilancia y la evaluación.

Metodológicamente el plan se construye prospectivamente mediante la planeación de la propuesta general, convenios con autoridades, preparación del programa de capacitación local por módulos, elaboración de formularios para información base y desarrollo de talleres para coordinadores y tutores regionales, y talleres para los equipos de salud y comunidad. Los componentes metodológicos, mediante la identificación de espacios permanentes de integración docente asistencial e intercambio de experiencias, consisten en la elaboración de mapeos epidemiológicos tendientes a configurar perfiles de salud locales y analizar diferenciales: delimitación y caracterización espacial y poblacional (núcleos de atención primaria y Silos), necesidades básicas insatisfechas (NBI), riesgos ecológicos-sociales, mapeo para vigilancia epidemiológica de problemas seleccionados y mapeo de los recursos y las respuestas sociales (institucional y comunitaria).

El plan se ha comenzado a desarrollar en aquellas áreas con mayores índices de NBI y los logros hasta el momento en el Departamento de la Guajira fueron:

- Elaboración de los planes de salud locales en los 10 municipios del departamento, con proyectos específicos priorizados por consenso del nivel político, técnico y ciudadano.

- Inclusión en los planes de proyectos de Prevención y atención de emergencias y desastres, con

base al mapeo de riesgos poblacionales.

- Movilización de los comités de vigilancia epidemiológica (COVE) y de las organizaciones formales (Comités de Participación Comunitaria, ONG's) e informales (familias centinelas y de alto grado de interés social).

- Mejoramiento de la capacitación de análisis y gestión, con generación de instrumentos y metodologías en proceso.

- Identificación de áreas de capacitación.

ANALISIS COSTO - EFECTIVIDAD DE PROGRAMAS MASIVOS DE FLUORACION

AUTORES: GALLARDO C., SILVA A., FERNANDEZ O.

PALABRAS CLAVES: PREVENCIÓN - CARIES - ESCOLARES - COSTO EFECTIVIDAD.

Considerando la alta prevalencia y severidad de caries dentarias en la población escolar y el alto costo económico que significa su tratamiento, se ha reconocido la urgente necesidad de implementar medidas preventivas masivas.

Se ha comprobado que el uso de flúor es eficaz para evitar la producción de caries, haciendo al diente más resistente al proceso carioso y favoreciendo la remineralización del esmalte.

Actualmente se desarrollan dos programas de fluoración masiva en la población escolar municipalizada y particular subvencionada. El sub-programa de enjuagatorios de flúor (SEF) del Ministerio de Salud, que consiste en 1 enjuagatorio semanal de solución fluorada, durante el período escolar, para una población de 1 000.000 escolares entre 6 y 12 años y el Sub-Programa de Flúor-Gel Acidulado; de JUNAEB, (F.G.A.), Ministerio de Educación que consiste en la aplicación de flúor gel, en cubetas, dos veces al año a cada escolar, y cubre una población de 300.000 niños.

Se ha realizado un análisis de los costos de cada una de estas alternativas relacionándolo con su efectividad en la reducción de caries, a fin de conocer el uso más efectivo de los recursos.

METODOLOGIA:

El costo total de cada sub-programa está referi-

do a un período mínimo efectivo de 3 años de permanencia en el programa, bajo el supuesto de que la reducción de la incidencia de caries es similar para ambas alternativas (1,55 caries/niño).

Los costos en cada caso constituyen los recursos humanos en horas odontólogo, profesor u otro personal colaborador, e insumos para la aplicación del flúor (vaso, solución, gel, dosificador, etc.); Calculando en cada ítem un coeficiente niño/año.

Los costos totales de cada sub-programa se comparan con el ahorro en costo de Odontología restauradora, a partir del costo actual de una obturación de amalgama en el SNSS.

| | R.H. | INSUMOS | TOTAL |
|--------------|--------|---------|--------|
| PROGRAMA SEF | \$ 110 | \$ 147 | \$ 247 |
| PROGRAMA FGA | \$ 171 | \$ 182 | \$ 346 |

| TECNICA | COSTO POR NIÑO/AÑO | DISMINUCION INCIDENCIA CARIES ANUAL | AHORRO | RELACION |
|---------|--------------------|-------------------------------------|----------|----------|
| SEF | \$ 257 | 0.4 | \$ 1.540 | 5,99 |
| FGA | \$ 346 | 0.4 | \$ 1.540 | 4.45 |

DISCUSION:

El SEF tiene un menor costo por niño al año, que se explica fundamentalmente por el recurso humano utilizado y al menor costo de los insumos. Cabe destacar que incluso esta alternativa puede realizarse con los padres y apoderados voluntarios debidamente entrenados.

Otro aspecto importante es el refuerzo educativo semanal de hábitos de autocuidado de la salud bucal mientras se desarrolla el enjuagatorio. En el caso del F.G.A. puede darse esta motivación sólo cada 6 meses, durante la aplicación.

La disminución de caries en ambos sub-programas genera beneficios concretos en la población: ahorro de tiempo, bienestar familiar y mejor calidad de vida. Impacto sobre el sector Salud: cambio en los costos medios de producción de las prestaciones, focalización de recursos orientados a la población de riesgo y ahorro de costos por diagnóstico, tratamiento y recuperación en servicios asistenciales.

LA EPIDEMIOLOGIA COMUNITARIA AL SERVICIO DE LA EQUIDAD EN SALUD

AUTORES: MONTROYA C., AROCA A., HEISE K., MATUS P.

PALABRAS CLAVES: EPIDEMIOLOGIA COMUNITARIA, EQUIDAD EN SALUD, EQUIPOS LOCALES.

En 1991, con el nombre de «Proyecto y Enfoque de Equidad en Salud», el Ministerio y el Sistema de

Salud iniciaron una materialización deliberada del principio de equidad en el campo de la salud.

Uno de los ejes del enfoque ha sido la aplicación de la epidemiología a la gestión en 38 comunas seleccionadas por su alta mortalidad en niños y/o en adultos jóvenes, con el objeto de elevar su salud a niveles equitativos con respecto al resto del país.

Esta disciplina, que hemos llamado epidemiología comunitaria, fue aplicada en primer lugar al diagnóstico de la salud total de toda la población de cada comuna. Se canalizaron las causas y factores de riesgo locales para los problemas de prioridad local. sobre esa base se adaptaron y diseñaron las intervenciones más apropiadas a las circunstancias locales; y esto no en forma de «proyectos» adicionales o paralelos sino como refuerzo de aquellos programas ya activos y que ofrecían mayor probabilidad de eficacia, o bien como complementos de salud pública donde esta era muy débil. Se está monitoreando, con indicadores lentamente seleccionados, el progreso en salud. Y todo esto se hace por los equipos locales de salud, superando la desintegración prevalente entre hospitales y departamentos municipales.

Se han evidenciado necesidades de investigación epidemiológica original, de capacitación en servicio, y de preparación de las inequidades intracomunales, así como la pertinencia de reforzar los esbozos de la cooperación intersectorial. El enfoque ha sido «aprobado» por las Direcciones de los siete Servicios de Salud que participan, lo cual, asegura su continuidad. Se ha producido la convicción de que es necesario contar a ese nivel con una «epidemiología-programa» y con una «epidemiología comunitaria». Esta última promueve la integración de la salud y de los programas en las localidad y así potencia el rescate de las comunas por cada Dirección. Ya se han organizado o se planea organizar unidades de epidemiología en Servicios que no las tenían, y éstas trabajan con todo el personal del SS.

Dentro de la política de descentralización el «enfoque de equidad», «epidemiología comunitaria» o «salud pública local» es una herramienta de autonomía de los SS. El Ministerio lo apoya mediante un mecanismo catalizador que incluye tanto los epidemiólogos «visitadores» como «in situ», estímulo al monitoreo y evaluación local y capacitación en epidemiología y gestión de los equipos de salud de comunas pilotos.

TALLER DE EPIDEMIOLOGIA DE TERRENO POR LA SENDA DE MOLIERE

AUTORES: AROCA A., ASTORGA I., MUÑOZ D., CRUZAT, MG. ET AL

**PALABRAS CLAVES: DOCENCIA,
EPIDEMIOLOGIA DE TERRENO.**

A la búsqueda de nuevas metodologías de enseñanza de la Epidemiología, un grupo interdisciplinario ha logrado desarrollar desde hace un año un Taller de Epidemiología de intervención. Se pone énfasis en la epidemiología, como disciplina de apoyo a la gestión y a la toma de decisiones en Salud Pública. Pero lo que constituye su mayor novedad es que junto a exposiciones teóricas y a trabajos prácticos se utiliza la dramatización para reiterar algunos conceptos de las clases teóricas o para explicar nociones como vigilancia activa, tipos de estudio, etc.

En un primer momento la mayoría de los participantes, ubicados en semicírculo en torno al expositor, atónitos frente a lo que no se esperan comienzan a soltarse y a participar activamente después.

Si usted participa no se extrañe si se encuentra frente a un ángel rebelde o a Simbad, el marino, diciéndole a Humphrey Bogart que «deje de llorar sobre la leche derramada porque la epidemiología sirve justamente para evitar que la leche se derrame».

En estas representaciones los conceptos epidemiológicos que pueden resultar áridos y difíciles se ponen al alcance de todos junto a una serie de reflexiones sobre la vida y la muerte que no hacen más que agregarle humanidad a la epidemiología.

**SATISFACCION DE LA
DEMANDA DE ATENCION
POR CONSULTA DE
MORBILIDAD AGUDA
SEGUN CRITERIOS DE
RIESGO Y URGENCIA,
MODALIDAD DE SELECCION
DE PACIENTES PARA
DIVERSOS TIPOS DE
ATENCION.**

AUTORES: LASTRA J., LA TORRE C.

**PALABRAS CLAVES: METODOLOGIA -
ADMINISTRACION.**

INTRODUCCION:

La insatisfacción de la demanda por atención de morbilidad aguda constituye uno de los principales problemas del nivel primario, por la crítica del usuario, los riesgos de complicaciones en la morbilidad y la misma insatisfacción que se presenta en el equipo de salud cuando deben rechazar a parte de los pacientes.

Este problema puede reconocer causas originadas en el usuario del Servicio de Salud, por el elevado número de consultas solicitadas, no siempre necesarias, por falta de racionalidad en alguna de ellas. También las causas se pueden identificar como propias del equipo de salud, por ejemplo por la falta de oferta de horas médicas y la baja calidad de la misma. Dadas estas características, la solución a este fenómeno, que ya se hace universal, requiere el enfrentamiento de estas causas. Sin embargo, por el encarecimiento de la atención médica y por la tendencia al aumento que presenta la demanda, en paralelo al aumento de la oferta, es necesario implementar nuevas estrategias. Por lo demás, el problema tal como se presenta en la actualidad la falta de horas médicas obliga a buscar soluciones oportunas, inmediatas e innovadoras, como la que se presenta aquí.

OBJETIVOS:

Se diseña y pone en ejecución un modelo de atención de la demanda por morbilidad aguda, de alto rendimiento y que selecciona la consulta de acuerdo a criterios de riesgo y urgencia. Este modelo parte del supuesto que la demanda es heterogénea y por lo tanto se precisa una respuesta de las mismas características. Desde el punto de vista más general el trabajo se propone mejorar la calidad de la atención en términos de satisfacción del usuario, eficiencia y eficacia.

METODOLOGIA:

La estrategia de este trabajo consiste en hacer un análisis de la demanda y de los perfiles de morbilidad y de acuerdo con estos antecedentes se organiza por Consultorio un equipo que selecciona los pacientes y los orienta a atención médica de urgencia, diferida, delegada o bien, a actividades educativas.

Esta metodología se ha puesto en marcha en siete consultorios del SSMS y en esta presentación se da cuenta de los primeros resultados de esta experiencia el consultorio Julio Acuña Pinzón.

RESULTADOS:

El sistema de selección de pacientes permite aumentar el volumen de atención, hasta los niveles más alto de la demanda potencial, con satisfacción de la demanda en un 100% y, con un aumento del acceso, manifiesto en el aumento de la patología que no consulta hasta que se ofrece la posibilidad de encontrar número, lo que ocurre en el verano. También, permite aumentar el rendimiento de las horas profesionales, la satisfacción del usuario y del equipo.

Todos estos datos se podrán apreciar en la información sobre: capacidad resolutive, volumen de demanda, perfiles de morbilidad, rendimiento, satisfacción usuaria y laboral.

DISCUSION:

Se discute la necesidad de dar respuesta al problema de la demanda de atención por morbilidad aguda no satisfecha con una modalidad que recoge una mirada epidemiológica de la demanda.

Sesión Salud del Adulto

Moderador:

FACTORES PSICOSOCIALES DE RIESGO ASOCIADOS A NEGLIGENCIA FAMILIAR Y SU REPERCUSION EN EL DESARROLLO DE NIÑOS DE 0-5 AÑOS EN SECTORES DEL URUGUAY

AUTORES: SCHWARTMANN L.; CANETTI A.; ROBA O.; CERUTTI A.; ROSENBERG S.; BERNARDI R.

PALABRAS CLAVES: NEGLIGENCIA INTRAFAMILIAR, FACTORES DE RIESGO PSICOSOCIAL, DESARROLLO PROMOTOR.

Se presenta en este trabajo datos nacionales de sectores pobres urbanos acerca de negligencia intrafamiliar, factores psicosociales asociados y su repercusión en los niños de sectores pobres del Uruguay.

La importancia del tema está dada por la necesidad de detectar precozmente situaciones de riesgo intrafamiliar, que llegan habitualmente a la consulta pediátrica, mientras el niño cuenta aún con su núcleo familiar y poner en marcha prácticas preventivas que devengan en la mejor política: el abandono.

Diversos estudios han demostrado que la condición de pobreza es un factor de síntesis que engloba otras situaciones psicosociales a las cuales predispone y a través de las cuales ejerce sus efectos. Estas circunstancias intermediarias actúan en forma interactiva o independiente, generando riesgos adicionales a la pobreza misma. Las condiciones socioculturales, los vínculos que la familia despliega internamente, sus creencias y prácticas y sus relaciones con las estructuras extrafamiliares son todos los fenómenos que influyen en el desarrollo del niño desde las etapas más precoces.

Especialmente destacado por diversos autores es el papel desfavorable que ejercen sobre el niño las fallas en la capacidad familiar para dar respuesta a sus necesidades más básicas, brindarle una atención adecuada, acompañarlo y estimular su desarrollo (negligencia). Esta capacidad familiar vulnerada en condiciones de pobreza, se entrama a su vez en un sinnúmero de fenómenos que la condicionan y/o potencian.

Los objetivos del trabajo son:

a) Detectar factores psicosociales asociados a negligencia intrafamiliar.

b) Estudiar la repercusión de la negligencia en el desarrollo psicomotor y conductual de los niños de 0 a 5 años.

c) Delinear políticas preventivas.

El diseño incluyó una muestra nacional constituida por 1.224 niños y sus familias, representativa de sectores pobres urbanos del país (Pobreza medida según criterios de CEPAL).

Se trabajó con un banco de datos nacional. Las condiciones psicosociales se estudiaron mediante aplicación de entrevista estructurada a las madres, explorándose la situación socio-económica y el soporte social, clima familiar, prácticas de crianza, disponibilidad parental y características del niño. El desarrollo del niño fue evaluado mediante EEDP (0-2 años) y TEPSI (2-5 años) así como un inventario de síntomas en el niño percibidos por la madre.

La condición de negligencia familiar fue evaluada por observación definiéndose como tal toda situación en que se observara niño maltratado o golpeado (hematomas, cicatrices, quemaduras) niño con muy malas condiciones de higiene o discrepancias entre el aseo y prolijidad de la madre y del niño.

Los resultados muestran la asociación de los signos de negligencia con un conjunto de factores psicosociales, entre los que se destacan los elementos de un clima familiar y estado anímico de la madre. Elementos pocos valorados en la consulta habitual. Asimismo se demuestra que la negligencia intrafamiliar se asocia con perturbaciones en el desarrollo psicomotor, particularmente en la esfera del lenguaje.

Surge entonces la necesidad de detectar precozmente estos factores a través de la investigación sistemática en cada contacto con el niño y su familia para lo que se propone una guía de entrevista y los indicadores de riesgo fundamentales.

ANALISIS DE EFECTO COHORTE DE NACIMIENTO, FACTOR EDAD Y TIEMPO EN MORTALIDAD POR CANCER DE MAMA EN CHILE

AUTORES: MARTINEZ L., GARAY P.

PALABRAS CLAVES: CANCER MAMARIO. COHORTE. RIESGO ACUMULADO. TASA ACUMULADA.

OBJETIVO:

Para estimar las variaciones de riesgo individual de fallecer por cáncer de mama hasta los 75 años, en el período 1960 a 1990, se calculó el riesgo acumulado aplicando la fórmula de Day: $R.A. = 100 \times 1^{-\text{exponencial}} [(- \text{tasa acumulada}/100)]$.

Se estableció la tasa acumulada para los años 1960 a 1990 mediante la metodología de Day: (IARC. publ. 120).

Se calcularon los riesgos relativos de un grupo de edad en años sucesivos y para diversas cohortes de nacimiento al cumplir distintas edades.

Se elaboraron retrospectivamente de acuerdo a información disponible, curvas de mortalidad para diversas cohortes de nacimiento entre las edades de 40 a 75 años.

Las tasas se ajustaron por edad, tomando como población de referencia la que había en 1982.

RESULTADOS:

En relación a la tasa acumulada y el riesgo acumulado de mortalidad, se encontró que para 1960 la tasa es 1.22% y para 1990 1.96% con un aumento del 60.3%.

Un gráfico específico muestra la tendencia en las tasas de mortalidad específica de 40 a 75 años y más, en el período 1960 a 1990, observándose un incremento mantenido para todos los grupos de edades. En el grupo de 40 a 44 años, llama la atención la declinación que se produce entre 1970 y 1975 (tasas bajo 10.0×10^5), para luego aumentar hasta un 72.4% con respecto a 1960.

Se puede apreciar que cada cohorte, a medida que va envejeciendo, presenta constantemente mayor riesgo. La cohorte de 1986-1990 presentó a los 75 años un riesgo relativo de 2.6, con respecto a la mortalidad a la edad de 60 años a 64 años. Si observamos lo que ocurre 10 años después, en la cohorte de 1906-1910, se aprecia que al comparar los mismos grupos de edad, el riesgo relativo de muerte a los 75 años es de 1.7.

En cuanto a un posible efecto de cohorte, excepto para algunas edades (40-44 años) se puede apreciar que para este rango, las cohortes más nuevas tienen mayores riesgos que las nacidas con anterioridad.

DISCUSION

- El riesgo actual de morir por cáncer de mama en las mujeres chilenas expresado como riesgo acumulado entre los 25 y 75 años, es de 2%.

- La tendencia de mortalidad para edades mayores de 50 años, tiene permanentemente un riesgo mayor. La excepción es el grupo de 40-44 años que presentó una declinación entre 1970 y 1975.

- No se observa un claro efecto de cohorte al comparar los riesgos relativos para los mismos grupos de edades en diferentes cohortes de nacimiento, salvo para el grupo de 40 a 44 años, en que constantemente se observa un aumento del riesgo a cohortes más tempranas.

OSTEOPOROSIS EN CHILE: FRACTURA DE CADERA; EPIDEMIOLOGIA Y DETECCION DE FACTORES DE RIESGO.

AUTORES: GIACONI J., ARTEAGA E.,
PUMARINO H., GAJARDO H., VALDIVIA G.

PALABRAS CLAVES: OSTEOPOROSIS,
FRACTURA DE CADERA, FACTORES DE
RIESGO.

La fractura de cadera en el adulto mayor es una patología directamente relacionada a la osteoporosis, hecho mundialmente aceptado.

OBJETIVOS GENERALES

1.- Cuantificar la magnitud del problema de la fractura de cadera en Chile, como una expresión representativa del problema de osteoporosis, en población de ambos sexos mayor de 50 años de la Región Metropolitana de Chile.

2.- Investigar la presencia y magnitud de los factores de riesgo y protectores asociados a la fractura de cadera en Chile. En base a estos resultados proponer aquellos factores útiles para el diseño de programas de intervención.

3.- Comparar los resultados de este estudio con los obtenidos en los demás países ya seleccionados por la OMS. (Barbados, Brasil, China, Hong Kong, Hungría, Islandia y Nigeria). Este proyecto está inserto en un estudio multinacional, propiciado por la OMS. El uso de un protocolo estandarizado permitirá comparar los resultados de los países mencionados.

METODOLOGIA

a) Cuantificación del diagnóstico de fractura de cadera en los egresos hospitalarios de la Región Metropolitana de Chile en 1989, 1990 y 1991.

b) Realizar una encuesta poblacional sobre casos de fractura de cadera producidos en la Región Metropolitana urbana, investigando sus características socio-demográficas.

c) Estudio de casos y controles: identificar factores de riesgo en los casos de fractura de cadera y compararlos con sus respectivos controles.

RESULTADOS

A la fecha de la presentación se esperan tener los primeros resultados.

El envío de esta comunicación es para destacar la existencia de esta investigación y sus aspectos metodológicos. Los resultados definitivos estarán disponibles sólo al final del segundo año del proyecto.

MORBILIDAD PREVALENTE EN EL NIÑO DE 6 MESES O MENOS

AUTORES: LOPEZ I., SEPULVEDA H.,
TRONCOSO C., VALDES I.

PALABRAS CLAVES: MORBILIDAD,
SEGUIMIENTO, RECIEN NACIDO.

Los objetivos de este estudio son: 1) identificar las patologías observadas en el primer semestre de vida; 2) cuantificar la morbilidad total del período y por mes de edad y 3) relacionar el tipo de patología con algunas variaciones de la madre y del ambiente.

METODOLOGIA

Se siguió desde el nacimiento hasta completar los 6 meses de edad una cohorte de 359 niños sanos, atendidos en el Consultorio J. Symon Ojeda del Servicio de Salud Metropolitano Norte. Fueron diagnosticados por médico al consultar por morbilidad, por la enfermera en el control salud y por los signos y síntomas registrado por la madre en un cuaderno especial cuando no solicitó atención.

El peso promedio de los niños fue de 3432 g. y 3292 en las niñas. En las madres la edad promedio es de 25.5 años, la escolaridad de 9.8 años. En el 68.5% de los hogares se fuma y el 81.8% presenta nivel socioeconómico bajo o medio bajo.

RESULTADOS:

La patología observada se concentra en cuatro grandes grupos: respiratorias 62.1%, dermatológicas 21.1%, propias del recién nacido 6.5% y otros 10.2% que incluyen hernias, traumatismos diarreas etc.

Las cifras cambian mes a mes, después del 2º mes disminuyen las dermatologías y aumentan las respiratorias hasta llegar a constituir dos tercios de toda la patología del 6º mes. Las bajas solas aportan el 28% del total de semestre.

La tasa de morbilidad para el semestre es de 47.7 por cada 100 niño mes observación con un promedio de 1.37 cuadros por niño. Sólo 2.8% no presentó morbilidad y el 79.4% registró sólo problemas respiratorios. Se encontró relación entre éstos con el consumo de cigarrillos en el hogar y la baja escolaridad materna. Las otras patologías se relacionan con la menor edad materna.

La alta frecuencia de afecciones respiratorias bajas coincide con la literatura. Aunque no se cuenta con cifras que permitan hacer comparaciones válidas, la tasa calculada es alarmante. Surge la necesidad de reforzar la educación a la madre en cuanto a cuidados e higiene del recién nacido a fin de evitar una gran cantidad de cuadros mórbidos, en especial las afecciones respiratorias bajas que en esta etapa de la vida pueden entorpecer el normal crecimiento del niño o transformarlo en un enfermo crónico, además de tener que enfrentar cuidados especiales con terapias de alto costo incluyendo la hospitalización.

CONOCIMIENTOS, OPINIONES Y ACTITUDES EN TORNO A LA SEXUALIDAD DE UN GRUPO DE CONSCRIPTOS, VALDIVIA.

AUTORES: SANTANA M., MUÑOZ N.,
MARTINEZ C., ESPINOZA S.

PALABRAS CLAVES: SEXUALIDAD
HUMANA, ETS, SIDA, CONOCIMIENTOS,
OPINIONES, ACTITUDES, CONSCRIPTOS.

OBJETIVOS:

Identificar y analizar:

a) Conocimientos y opiniones en relación a sexualidad responsable, enfermedades de transmisión sexual (ETS) y SIDA.

b) Opiniones y actitudes en torno a algunas formas de expresión de la sexualidad.

METODOLOGIA:

Se aplica un cuestionario de 60 preguntas estructuradas a 151 concriptos, cumpliendo su Servicio Militar obligatorio en un Regimiento de Valdivia durante 1991, de éstos el 53% es de procedencia urbana y el 47% rural.

El análisis se hace mediante distribuciones de frecuencias y prueba de significación estadística chi cuadrado.

RESULTADOS Y DISCUSION:

La mayoría de los concriptos tiene 18 años, son solteros, con escolaridad media incompleta, provenientes de familia tipo nuclear, han tenido relaciones sexuales, siendo la edad de inicio entre los 15 y 17 años y su experiencia ha sido con 2 y 3 parejas.

En relación a conocimientos, el mayor porcentaje de respuestas acertadas se observa en los jóvenes de procedencia urbana, no obstante las respuestas insatisfactorias de este grupo oscila entre el 20% y 70%. En ambos grupos la mayoría de respuestas inadecuadas, se observa en las preguntas que dicen relación con: inicio de la expresión de la sexualidad, fisiología del aparato reproductor masculino, período fértil femenino y uso de ACO.

Respecto a ETS, demuestran desconocimiento del mecanismo de transmisión, un 25% de los jóvenes urbanos y 40% de los rurales. Alrededor del 15% del total de los concriptos piensa que el SIDA sólo lo contraen los homosexuales y el 62% expresa que el condón no protege contra el SIDA.

Los hallazgos demuestran la necesidad de implementar a corto plazo programa educativos que aborden estas materias, dando especial énfasis al logro de una sexualidad responsable.