

Traumatismos - Desigualdad

UN PROYECTO DE PREVENCIÓN DE ACCIDENTABILIDAD DEL MENOR DE 15 AÑOS (PRE INFORME).

AUTORES: DIAZ S., VENTURELLI Y., MARTINEZ O.

PALABRAS CLAVES: H CL R = HOSPITAL CLINICO REGIONAL;
AP = ASISTENCIA PUBLICA;
S/C = SIN CONSIGNAR.

En Chile los accidentes y violencias representan la cuarta causa de muerte de la población general y la primera en el grupo de 1 a 45 años.

El estudio de este daño representa un desafío para el Sector Salud, siendo fundamental identificar los factores asociados a su producción con el fin de ofrecer alternativas de intervención claras y eficientes. Se plantea como propósito «Determinar la magnitud del daño por accidentes en menores de 15 años, factores condicionantes y establecimiento de medidas de prevención».

MATERIAL Y MÉTODO:

El estudio se efectuaría en tres etapas:

1.- Medición del Daño: Estudio descriptivo retrospectivo en el universo de atenciones por Accidentes a menores de 15 años. Asistencia Pública.

Hospital Regional, Concepción 1992 (N: 12376) y necropsias del Servicio Médico Legal (N: 150).

2.- Determinación de factores asociados: Estudio prospectivo, aplicación de un instrumento a los accidentados durante un año.

3.- Plan piloto de prevención: Programa educativo aplicado a diferentes estamentos de la población.

4.- Evaluación de la etapa 3, mediante análisis del instrumento utilizado en la etapa 2.

RESULTADOS:

Los accidentes representan el 21,7% del total de atenciones pediátricas de A.P. 1992; 61,6% sexo masculino o 37,6% entre 1-4 años y 29% en 5-9 y 10-14 respectivamente. El 76,3% es beneficiario con gratitud de atención Pronóstico de gravedad: S/C 52%, leve 36%, menos grave 8,5%, graves 3,4%; requieren hospitalización 6,7%. Un 83% proviene de Urbano.

Tipo de lesiones: Contusiones 26% sin considerar T.E.C. que fue un 7%. Heridas 25%, fracturas 16%, quemaduras 8,2%; según ello las fracturas y contusiones son más frecuentes en hombres y quemaduras en mujeres. En menores de un año: Contusiones 36,2%, TEC 17,7%, quemaduras 15,9%.

1-4 años: 26% heridas, 22,6% contusiones. 14% quemaduras, 5-9 años: 30,3% heridas, 19,4% fracturas. 10-14 años: 30,1% contusiones, 23% fracturas, 21,1% heridas.

CARACTERISTICAS DE LAS MUERTES INFANTILES SEGUN NIVEL DE LA TASA DE MORTALIDAD, COMPARACION INTERSERVICIOS.

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

PALABRAS CLAVES: MORTALIDAD INFANTIL, AUDITORIA, EVALUACION.

La importante reducción de la mortalidad infantil durante las últimas décadas no ha sido homogénea a lo largo del país, presentando una gran variabilidad entre los distintos Servicios de Salud.

El objetivo de este trabajo es describir algunas de las características de las defunciones infantiles en los Servicios que presentan las tasas más extremas.

La información se obtuvo de la revisión de 3.453 auditorías de muertes infantiles correspondientes a 1990, a las cuales se incorporaron variables adicionales sobre factores críticos de la atención y evitabilidad según complejidad tecnológica. Se utilizó además información de los certificados de defunción. Otros datos estadísticos se obtuvieron de anuarios del INE y Ministerio de Salud 1990.

Los resultados muestran que si bien la mortalidad infantil registrada en Chile en 1990 fue de 16.0 por mil nacidos vivos, el Servicio de Salud de mayor mortalidad registró el doble de la tasa respecto al de menor mortalidad. Los cinco Servicios que presentan el menor nivel de mortalidad fueron Arica (tasa de 10.5), Metropolitano Oriente (10.7), Osorno (11.2), Iquique (12.1) y Metropolitano Central (12.9). Aquellos de mayor mortalidad fueron Araucanía (20.9), Valdivia (20.8), Biobío (19.7), Llanquihue (19.1) y Coquimbo (18.9).

En los Servicios de Salud con las tasas más elevadas la proporción de muertes evitables con tecnología básica es hasta 5 veces mayor. Destacan en los extremos el S.S. Biobío con 48.4% de defunciones evitables y el S.S.M. Oriente con 8.9% de evitabilidad. Los Servicios de Arica y Araucanía presentan una evitabilidad de 22.6% y 34.6% respectivamente.

Los problemas relacionados con el acceso a la atención de salud fueron más frecuentemente consignados en las defunciones ocurridas en los Servicios con mayor nivel de mortalidad infantil. Destacan

Biobío en el cual en el 30.3% de las muertes se registra este factor en contraposición al S.S.M. Oriente donde los problemas de accesibilidad estuvieron presentes en el 4.2% de las defunciones.

Las muertes en domicilio que fueron el 20% del total de muertes en ese año, según registro de los certificados de defunción, ocurrieron más frecuentemente en los Servicios con mayor mortalidad.

Los problemas de referencia interniveles de atención estuvieron presentes con mayor frecuencia en los Servicios con tasas más altas, oscilando entre 4.2% en Valdivia a 12.9% en Biobío. En los Servicios de Salud con menor mortalidad estos valores fluctúan entre 0 en Arica a 4.9% en Iquique.

La tendencia de los indicadores socioeconómicos, de recursos, actividades y resultado muestran que los Servicios con mejores condiciones son Arica, Iquique, Magallanes, Central y Metropolitano Oriente, todos con tasas de mortalidad infantil bajas; mientras que los Servicios con menores condiciones son Araucanía, Biobío, Coquimbo, Valdivia y Llanquihue.

La bronconeumonía, causa específica más frecuente de muerte en el año estudiado, presenta una gran variabilidad entre los diversos Servicios (9 veces), siendo mayor donde la mortalidad infantil total es mayor y donde hay mayor proporción de muertes evitables.

En resumen, los Servicios de Salud que presentan mayor nivel de mortalidad infantil se caracterizan por:

- Tener una mayor proporción de muertes evitables.
- Presentar problemas de accesibilidad a la atención de salud
- Registrar dificultades en la referencia de pacientes a niveles de mayor complejidad.
- Presentar peores condiciones socioeconómicas y de aislamiento geográfico.

Es posible suponer que la intervención sobre estos factores resultaría en la reducción de estas muertes, lo que eventualmente disminuiría la heterogeneidad en el nivel de mortalidad infantil en el país.

ESTUDIO SOBRE LA LACTANCIA MATERNA EN HOSPITAL SANTA JUANA

AUTORES: E. OLIVEROS, R. CHANDIA, R. RUIZ, DE IBACETA, J. BASTIDAS.

PALABRAS CLAVES: LACTANCIA MATERNA (LM), LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA (LME), SOBREPESO (SP), NORMAL (N), RIESGO BIOMEDICO (RBM), PROMEDIO (P), DESVIACION STANDAR (DS). DIAPOSITIVAS.

INTRODUCCION:

El avance producido en la investigación sobre la importancia de la LM no tiene correspondencia con lo que se observa como práctica ya que se aprecia una tendencia a la disminución de la LM. Existen grandes vacíos de información sobre la real importancia de la leche materna.

OBJETIVOS GENERALES:

Conocer la permanencia de los menores con LM y determinar qué factores influyen en la adhesión a la LM.

MATERIALES Y METODOS:

Se aplicó encuesta a las madres de niños entre 6 meses y un año que asistieron a los controles de salud, entre el 08.11.91 y el 08.01.92, en el Hospital de Santa Juana. Para determinar la influencia de diferentes factores sobre la LME separamos a las madres en dos grupos, el grupo 1 que mantuvo la LME hasta los 6 meses de edad del menor y el grupo 2 las que no lo hicieron. Para efectos de este estudio al hablar de LME nos referimos a pecho exclusivo. Cuando nos referimos a evaluación nutricional al grupo lo diferenciamos según la relación peso/talla en sp, N, d y rbm. Para evaluar el peso de nacimiento utilizamos las siguiente división

A 2500 gr., B 3000 gr, C 3501 a 4000 gr y D 4000 gr.

DESARROLLO:

El P de edad fue de 9,1 meses (ds 1,9 meses). Un 39,8% (35) corresponden al sexo masculino. La mantención de la LME fue en P 3,8 meses (ds. 1,9 meses); 50 madres (56,8%) inician el relleno antes de los 6 meses de edad, siendo el P de inicio del relleno 4,9 meses de 3,0 meses y el de la primera comida sólida 5,0 meses ds 1,3 meses. Al consultarles quién fue la persona que le indicó iniciar el relleno en un 50% responden que fue un personero del equipo de salud, 32% por parte de la madre. Un 47,2% de las madres toma la decisión de suspender el pecho y en un 44,4% esta decisión es influenciada por un funcionario del equipo de salud. Dentro de las causas de suspensión de LME un 39,5% aduce hipogalactia, un 23,3% por incremento inadecuado de peso y un 9,3% por hospitalización. Al estudiar los factores que influyen en la mantención de la LME observamos que el P de edad materna en grupo 1 fue 25,3 años ds 6,0 (rango 17 a 43 años) y en el 2 fue 27,1 años de 7,3 años (rango 17 a 46 años). Respecto a la escolaridad, educación básica poseía el 60% del 1 y el 36,8% del 2; educación media un 40% del 1 y un 50,8% del 2; educación superior no existía en el 1 y era de 7% en el 2. Las

madres del grupo 1 no trabajan en el 90% (89,5% en el 2); respecto al estado civil en el 1 el 60% eran casadas (75,4% en el 2) y el 30% solteras (15,8% en el 2), al evaluar que número de hijo, en el grupo 1 el 43,3% era el 1º y 26,7% era el 3º y más (29,3% y 37,9% en el 2 respectivamente). En cuanto a la evaluación nutricional, el 16,7% estaba en sp, el 63,3% en N y un 20% en rbm en el grupo 1 (13,2%; 64,2% y 22,6% en el dos respectivamente). En cuanto a la evaluación nutricional, el 16,7% estaba en sp, el 63,3% en N y un 20% en rbm en el grupo 1 (13,2%; 64,2% y 22,6% en el 2 respectivamente) Respecto al peso de nacimiento no se advierten diferencias entre los 2 grupos.

CONCLUSIONES:

1.- Precoz inicio de la alimentación artificial ya sea láctea o sólida.

2.- Influencia importante del equipo de salud en el inicio de relleno y suspensión del pecho.

3.- Terminan en forma precoz la LME las madres que amamantan al tercer y siguientes hijos; las con mayor educación y las casadas.

PERFIL NUTRICIONAL DAS CRIANÇAS DE 0 A 5 ANOS NO MUNICÍPIO DE NITERÓI - MARTINS, VMR

AUTORES: COELHO M., VALLE J., MATOS H.J., GISMONDI R.C., TOMASSINI H.C.B., DIAS M., SILVIA N.M.C.A.

O estado nutricional de crianças o adolescentes constitui um indicador importante do estado do saúdo o da qualidade de vida de uma comunidades.

A Antropometria Nutricional inclui o cálculo de índices e indicadores a partir da altura, do peso, da idade e do sexo tomados em inquéritos epidemiológicos. A OMS tem recomendado a uso da base de dados do National Center of Health Statistics (NCHS) americana como base referencia, para uma padronização internacional dos estudos.

Framrealizados levantamentos antropométricos em escolas e creches da área de abrangência da Unidade de Saúde (UMS-9) do Município de Niterói. A partir deste levantamento foi desenvolvida uma base de dados em microcomputador utilizando-se o Sistema Epi Info. Análises estatísticas através do método dos escores Z, padroes de distribuição de percentis e uso da classificação de Gomez, foram construídas.

Os resultados das análises mostram, baseados nos escores Z, nas análises dos percentis e classificações de Gomez, um incremento dos casos de desnutrição crônica nos graus moderado e grave, em comparação com a população referência. Os resultados baseados na análise de percentis apontam

para um índice de desnutrição (graus II ou III, ou moderada-grave) da ordem de 5-6%, acima dos aceitáveis 2-3% da população referência.

Portanto, concluiu-se que esses resultados apontam para a necessidade de um programa de vigilância nutricional com inquéritos nutricionais periódicos, com acompanhamento de coortes, e ainda levantamentos abrangendo outras faixas etárias, particularmente crianças entre 0 e 5 anos.

EVALUACION DEL CULTIVO BACTERIANO E INMONOFLUORESCENCIA PARA EL DIAGNOSTICO DE COQUELUCHE. CHILE 1992

AUTORES: ULLOA M.T.; CASTILLO L.; GARCIA J.; MALDONADO A.; VALENZUELA M.E. Y RODRIGUEZ L.

PALABRAS CLAVES: DIAGNOSTICO COQUELUCHE

A pesar de la amplia cobertura alcanzada por la vacuna DPT a nivel nacional, cada 4 años se producen brotes de Coqueluche que afectan principalmente al menor de 1 año. Por ser ésta una enfermedad infecto contagiosa de alta transmisibilidad y con una presentación clínica generalmente atípica respecto del cuadro clínico tradicionalmente descrito, resulta fundamental el apoyo de un diagnóstico bacteriológico que oriente las medidas terapéuticas a tomar con los casos y contactos. A partir de 1992, el I.S.P. introdujo la técnica de cultivo bacteriano (CB) para la pesquisa de *B. pertussis*. Dicha técnica se realiza en forma paralela a la Inmunofluorescencia directa (IFD). En este trabajo se evalúa el rendimiento del CB respecto de la IFD. en el diagnósticos de Coqueluche.

MATERIAL Y METODO:

Durante 1992 se investigó *B. pertussis* en el aspirado nasofaríngeo (ANF) de 423 niños de la Región Metropolitana y V Región con diagnóstico de Síndrome Coqueluchoídeo por técnica de CB e IFD.

RESULTADOS:

De un total de 423 ANF analizados, 58 (13.7%) fueron positivos por CB y/o IFD, de éstos, 23 (39.6%) fueron positivos por ambas técnicas, 20 (34.5%) sólo por IFD y 15 (25.9%) sólo por CB.

Practicada la prueba de McNemar, se determinó que no existen diferencias estadísticamente significativas en el rendimiento de ambas técnicas, sin embargo la introducción del CB permitió aumentar el rendimiento de la confirmación de casos en un 25.9%.

CONCLUSION:

En el diagnóstico de laboratorio de Coqueluche

debe realizarse las dos técnicas evaluadas en paralelo.

EFFECTO A LARGO PLAZO DE LA DESNUTRICION INFANTIL SOBRE LA FUNCION RESPIRATORIA

AUTORES: L. MARZOLO; M.S. CAMPOS; M.C. CAMPOS; P. DURAN Y S. JAIMOVICH

Con el objetivo de estudiar el efecto a largo plazo de la desnutrición sobre la función respiratoria, estudiamos 47 niños de 10 a 13 años de edad que habían tenido un peso corporal bajo el percentil 5 de las tablas de crecimiento de la National Center for Health Statistics (NCHS), por lo menos durante dos meses consecutivos en sus primeros 2 años de vida. Ninguno de ellos era fumador o portador de una enfermedad crónica. Como grupo control estudiamos 35 niños que habían tenido un peso corporal entre los percentiles 25 y 75 en sus primeros 2 años de vida. Se midió volúmenes pulmonares, volumen respiratorio forzado del primer segundo (VEF1) curva flujo volumen, presiones respiratorias máximas y la potencia máxima de los músculos inspiratorios utilizando cargas que se aumentaban cada 2 minutos. Como algunos de los niños desnutridos se habían recuperado en el momento del estudio y por otra parte, no todos los niños controles mantenían un estado nutricional normal (95 a 105 del índice talla/edad ó 90 a 110 del índice peso/talla), comparamos los 28 niños que siempre permanecieron desnutridos (grupo 1) con los 23 niños controles que en la actualidad están bien nutridos (grupo 2). El análisis demostró algunas diferencias significativas:

	CVF (Ml)		VEF1 (l)		VEF1/CVF%		V.max.(50 l/s)	
	x	SD	x	SD	x	SD	x	SD
Gpo 1	2006	361	1796	344	88	4.7	2.4	0.7
Gpo 2	2909	369	2611	371	87	4.6	3.2	0.0
p<	0.0001		0.0001		ns		0.0001	

El análisis de regresión múltiple demostró que la CV, el VEF1 y V max 50 se correlacionaron significativamente con la talla.

Se concluye que la desnutrición crónica disminuye los volúmenes y los flujos pulmonares a través de su efecto en el tamaño corporal.

SENSIBILIDAD DE HAEMOPHILUS INFLUENZAE B AISLADO DE INFECCIONES SISTEMICAS A 6 ANTIMICROBIANOS.

SANTIAGO, CHILE 1988 - 1992

*AUTORES: ULLOA M.T.; CASTILLO ;
MALDONADO A.; SILVA W.*

**PALABRAS CLAVES: SENSIBILIDAD
ANTIMICROBIANOS HAEMOPHILUS
INFLUENZAE**

A partir de 1974 se empezó a detectar resistencia (R) a ampicilina (AMP) entre las cepas de *H. influenzae* serotipo b a nivel mundial, fundamentalmente por la producción de betalactamasa. Este fenómeno ha ido en progresión, notificándose cifras entre 2 y 30%, en diferentes regiones del mundo. Posteriormente se agregó (R) aislada o combinada al cloranfenicol (CAF), también por hidrólisis enzimática, que ha fluctuado entre 0.6 - 10.9% en Europa, excepto en España que registra un 60% de R. En nuestro país se registran cifras de R a AMP entre 10 y 30% y a CAF entre 7 y 25%. Con el objeto de mantener una información actualizada sobre la dinámica de la R, estudiamos la sensibilidad *in vitro* mediante la técnica de dilución en agar (técnica recomendada por NCCLS) en 444 cepas de *H. influenzae* (H.i) aisladas de infecciones sistémicas: LCR 213 (48.0%), Hemo 196 (44.1%) y otras localizaciones 35 (7.8%) en los servicios pediátricos de Santiago, entre 1988 y 1992. Se estudió la sensibilidad a los siguientes antimicrobianos: AMP, CAF, Cefotaxima, Ceftriaxona, Cefotaxidima y Ampicilina/Sulbactam (AMP/SUL). A todas las cepas R a AMP y/o CAF se les estudió la presencia de betalactamasa (OXOID) y Cloranfenicol acetiltransferasa, (Slack y Col).

RESULTADOS:

La proporción de cepas resistentes fue: AMP 100/444 (22.5%), CAF 75/444 (17%) y AMP/CAF 72 (16%) en todas ellas por acción enzimática. No se detectó R a cefotaxima, ceftriaxona, cefotaxidima y AMP/SUL.

Nuestros resultados indican que los esquemas terapéuticos que incluyen cefalosporinas de 3ª generación para el tratamiento de infecciones sistémicas en que se sospecha participación de *H. influenzae*, mantienen plena vigencia.

MORTINATOS PRE-VIABLES RETENIDOS-INDUCCION CON PROSTAGLANDINAS E2

*AUTORES: DRS. M. HERRERA, J.
LETZKUS, R. SANDOVAL, W. WELLS.*

**PALABRAS CLAVES: PROSTAGLANDINAS
E2.**

El feto muerto y retenido de 20 semanas de gestación o menos; es un serio problema obstétrico en su adecuada solución. La proporción de mortinatos en Santiago es 4.8 por 1.000 nacidos vivos, sin discriminar respecto a edad gestacional. La espera prolongada de abortos espontáneos entre 4 a 6 semanas, conlleva al peligro de trastornos severos de la coagulación (40%), al margen de la depresión y angustia materna. Las conductas terapéuticas prontas: vaciamientos, ocitocina, laminarias, Sonda de Krause, microcesárea, etc., son lentas, engorrosas y con un índice significativo de fracasos. Nuestra experiencia consistió en el empleo de Prostaglandinas E2 en 12 pacientes. Se colocó Gel intracervical con sonda estéril de Prepidil (3 g de Gel 2.5 ml. y 0.5 mg. de Dinoprostón) y simultáneamente tabletas intravaginales de Minprostin E2 (3 mg de Dinoprostón) depositadas en el fondo de saco vaginal posterior. Las tabletas se colocan cada 6 ó 8 horas, dependiendo del efecto uterino contractil y la evolución. Consideramos éxito la resolución clínica del caso antes de las 48 horas de inducción. El resultado fue favorable en 9 pacientes (75%) con un promedio de 22,1 horas, entre el inicio de la terapia y la resolución. Fracasamos en 3 casos (25%) con un promedio de 61,6 horas, en las cuales hubo de agregarse ocitocina y/o otro método. Las molestias secundarias fueron irrelevantes (náuseas en 3 pacientes). Opinamos que las Prostaglandinas deben incorporarse al arsenal terapéutico habitual de la práctica obstétrica con el fin específico de solucionar con comodidad y seguridad, los casos de fetos muertos y retenidos, patología de frecuencia en nuestras Maternidades.

MORBILIDAD PERCIBIDA POR LA POBLACION DE UN AREA RURAL DE LA VI REGION, 1991

*AUTORES: ARAVENA M., LOPEZ I.,
SEGOVIA I., VALERO J., ZUÑIGA C.*

**PALABRAS CLAVES: MORBILIDAD,
PERCIBIDA.**

Estudio descriptivo del sector rural de la Comuna de Codegua. Los objetivos fueron: identificar percepción de enfermedades: agudas, accidentes, crónicas, dental, mental, consumo de cigarrillo y alcohol, determinar formas de solución de los problemas de salud percibidos. Se incluyeron todas las viviendas del sector rural de esta comuna a Noviembre de 1991. Se entrevistó a todos los adultos que se encontraban al momento de la visita domiciliaria, obteniéndose además información de los ausentes.

Se obtuvo información de 476 niños (33%) y 924 adultos (67%). Los hombres mayores de 15

años se dedicaron principalmente a labores agrícolas (65%) y las mujeres a los quehaceres del hogar (60%). De cada uno que trabaja, dependen 2, 5 personas.

Un 10.8% de las personas relatan haber tenido una enfermedad o accidente en las últimas 2 semanas antes de la encuesta, sin diferencia entre hombres y mujeres. Más de la mitad de la morbilidad percibida (55,7%) corresponde a afecciones respiratorias aunque no se sabe si éstas son altas o bajas; le siguen los problemas digestivos con 10,7%. Las tasas de morbilidad percibida para niños son de 14,5% y para adultos 9%. Para problemas respiratorios éstas fueron de 9,2% y 3,7% respectivamente para niños y adultos.

Sólo el 42% de los que percibieron enfermedades solicitaron atención médica. En el momento de la encuesta alrededor del 50% había superado su cuadro de morbilidad. Los que no solicitaron atención argumentaron no haberlo hecho por falta de dinero, por falta de tiempo, por lejanía o por demora excesiva en la atención.

El 20% de los adultos refiere estar afectado por enfermedades crónicas de distinto tipo. De éstos el 7% ha presentado al menos un episodio de hospitalización durante el año. Casi la mitad de ellos tiene que comprar los medicamentos que les son indicados por no existir éstos en el establecimiento asistencial.

El 5,6% refiere percibir problemas dentales y el 3,9% percibió enfermedad mental. Un 19,6 refiere ingerir bebidas alcohólicas, el 15% de las personas refiere consumir cigarrillos, de ellos un tercio consume 10-20 cigarrillos diarios.

Se concluye que la morbilidad percibida aguda y crónica mantiene una estructura similar a la de la morbilidad consultante y que menos del 40% de la población refiere utilizar el Consultorio o Posta Rural asignado para su atención de salud, sea para consulta o control.

POBLACION INFANTIL CONSULTANTE POR INFECCION RESPIRATORIA AGUDA. ENERO-FEBRERO 1993 EN UNA COMUNIDAD RURAL. DONIHUE, VI REGION

*AUTORES: HERBAGE, I.; SALAS, A.;
ZUNIGA C.*

**PALABRAS CLAVES: I.R.A., COMUNIDAD
RURAL**

Las infecciones respiratorias agudas (I.R.A.) especialmente las de las vías respiratorias superiores, han venido destacándose a nivel mundial, como

un problema de salud de gran importancia, tanto por su frecuencia como por las dificultades que presenta su control.

En Chile las I.R.A. constituyen la primera causa de morbilidad a cualquier edad, mortalidad infantil, consulta y hospitalización en pediatría y ausentismo escolar.

A pesar de los esfuerzos del Ministerio de Salud, que ha puesto énfasis en disminuir la morbilidad y mortalidad por I.R.A. Esto nos motivó para elegir esta tema y durante nuestro internado rural realizado en la comuna de Doñihue decidimos estudiar las I.R.A. en esta comunidad rural.

Objetivos: 1) Identificar las características de los niños que consultan por I.R.A.; según: edad, sexo, estado nutricional, diagnóstico, ocupación y escolaridad de los padres.

2) Determinar presencia de antecedentes familiares de I.R.A. 3) Determinar presencia de tabaquismo en padres.

Estudio de tipo descriptivo en el cual la población estudiada fueron 41 niños entre 0 y 14 años que atendimos por I.R.A. en consultorios de Doñihue y Lo Miranda, durante el período comprendido entre el 25 de enero y el 5 de marzo de 1993. La información la obtuvimos mediante una encuesta que se aplicó a cada una de las madres de estos niños en el momento de atención.

Resultados: En los 41 niños estudiados se pudo observar que el grupo etario más afectado por I.R.A. corresponde a los niños entre 2 y 5 años, con un 51,2%. En relación a la distribución por sexo no existen diferencias importantes, correspondiendo a un 46,4% las consultas hechas por sexo femenino y a un 53,6% las consultas por sexo masculino.

En cuanto al estado nutricional, podemos observar que la mayoría corresponden a niños de peso normal siendo éstos el 65,8%. Dentro de la patología de origen respiratorio la mayor prevalencia corresponde al resfrío común con un 41,5% de las consultas.

En relación a la edad de los padres pudimos observar una edad promedio de 26.8 años en las madres y de 31.4 años en los padres.

En 48,8% de los casos existían antecedentes de tabaquismo de uno de los padres o ambos.

Se observó que en un porcentaje importante de los casos de patología respiratoria existían antecedentes de tabaquismo en los padres.

Otro antecedente que estudiamos fue la ocupación de las madres y observamos que el 92,7% de ellas son dueñas de casa y menos del 10% trabajan fuera del hogar. De los padres, el 58,5% trabaja en labores relacionadas con la agricultura (obrero agrícola, temporero, etc.) y un 7,3% se encontraban cesantes.

En cuanto a la escolaridad de los padres, el 39% de las madres y el 34,1% de los padres tienen educación básica incompleta; y sólo el 14,6% de las



madres y el 19,5% de los padres hicieron educación media completa.

Se observó que el 41,4% de los niños encuestados, presentaban antecedentes familiares de patologías respiratorias, correspondiendo en un 52,9% de ellas a patologías obstructivas.

Conclusión y Comentarios: En primer lugar es importantes destacar que la principal causa de consulta fue por resfrió común (41,5%), lo que nos lleva a pensar que se debería educar a las madres, para que éstas sean capaces de distinguir entre patologías que realmente necesitan manejo médico, y las que pueden ser manejadas por ellas mismas en el hogar.

En relación a la ocupación de las madres: sabemos que en la Comuna de Doñihue, durante los meses de verano, la principal ocupación de la población, tanto femenina como masculina es trabajar como temporeros, sin embargo, el 92,7% de las madres encuestadas son dueñas de casa, lo que nos hace suponer que los hijos de madres temporeras no consultan ya que dependen de éstas para acudir a los consultorios, por lo tanto, nos parece que sería importante estudiar qué sucede con estos niños. El 41,4% de los niños tenía antecedentes familiares de patología respiratoria, por lo tanto constituyen un grupo de riesgo, sobre el cual es importante considerar medidas preventivas.

ESPERANZA DE UNA VIDA MEJOR. EXPERIENCIA EDUCATIVA CON PADRES DE NIÑOS CON SINDROME OBSTRUCTIVO Y ASMA BRONQUIAL. HOSPITAL «SAN MARTIN» QUILLOTA.

AUTORES: CASTRO E., SEGURA V., PUEBLA H., MERCADO B., GONZALEZ C.

Sabiendo que la patología respiratoria y dentro de ésta, la obstructiva, era una problemática relevante en nuestra zona lo mismo que lo es a nivel nacional: pero sin tener un diagnóstico preciso de la situación local y conscientes de que era un problema que debíamos enfrentar; decidimos elaborar algunas estrategias, que nos permitieran un conocimiento cabal y un manejo exitoso de ella.

ESTRATEGIAS ESTABLECIDAS:

a.- Crear sistemas de registro en Servicio de Pediatría, Unidad de Emergencia y Consultorios de Especialidades de nuestro Hospital.

b.- Revisión de normas.

c.- Redistribución de horas médicas, Kinésicas y Asistente Social.

d.- Coordinación de Consultorio de Especiali-

dades con Unidad de Emergencia y con Consultorios de Atención Primaria de Quillota.

e.- Readecuación del arsenal farmacológico terapéutico.

f.- Educación: pensando que dentro de las estrategias es fundamental La Educación, para tener éxito en el manejo de la patología bronquial obstructiva, es que formamos un equipo multiprofesional, con participación de Médico Pediatra, Kinesiólogo, Enfermera, Asistente Social y Químico Farmacéutico; realizando el primer proyecto de Educación para Padres de Menores con S.B.O. y Asma Bronquial.

Se trabaja con un grupo de 30 padres (que corresponde al 10% más o menos de los niños en control en el Consultorio) a los cuales se les capacita en el conocimiento de la enfermedad, su prevención, factores de riesgo, tratamiento, apoyo psicológico, emocional a los hijos y orientación de la problemática ambiental, social y familiar.

Se realizan 6 sesiones educativas de 2 hrs. cada una usando metodologías participativas, dinámicas grupales, actividades recreativas, musicales y la entrega de contenidos con apoyo de medios audiovisuales. Por interés de los padres hubo 2 sesiones extraordinarias, en las cuales crearon un sociodrama donde mostraron el aprendizaje de los contenidos entregados.

RESULTADOS:

- Se realizó el 100% de las sesiones programadas.

- Se entregó la totalidad de los contenidos del Proyecto.

- Un 66% de los padres asiste a más del 50% del Taller.

- Al término del taller los padres logran constituir el Primer Grupo organizado con el propósito de:

- Continuar apoyándose y capacitándose en el Manejo de la Patología de sus hijos en el hogar.

- Entregar apoyo educativo a los padres que no participaron en el Taller.

CONCLUSIONES:

1.- Creemos que la Educación es un pilar fundamental para lograr éxito y eficiencia en el tratamiento del niño con Síndrome Bronquial Obstructivo R. o Asma Bronquial.

2.- Para efectuar esta educación es imprescindible la integración de un equipo con mística, capacitado en metodología apropiadas, para entregar los contenidos educativos a los padres.

3.- Que es posible realizar esta Educación en nuestro Establecimiento, con los recursos existentes.

4.- El sociodrama fue una forma de evaluación que nos demuestra que los padres han logrado internalizar los contenidos entregados, observándose un cambio de actitud en ellos frente al manejo de la enfermedad y sus crisis.