FACULTAD DE MEDICINA
UNIVERSIDAD DE CHILE

ESCUELA DE SALUD PÚBLICA "DR. SALVADOR ALLENDE G."

XXIX JORNADAS CHILENAS DE SALUD PUBLICA

LIBRO DE RESÚMENES

Patrocina:

Organización Panamericana de la Salud

Auspicia:

SAYDEX

EL MERCURIO

Índice

Resúmenes experiencias innovadoras 5
Epidemiología 6
Políticas y gestión 8
Promoción de la salud 27
Salud y medioambiente 49

Resúmenes investigación 51
Epidemiología 52
Políticas y gestión 139
Promoción de la salud 189
Salud y medioambiente 240
Salud y seguridad social 251

PRESENTACIÓN

La reflexión en sí misma, o la vivencia de un proceso reflexivo, se debe dar en un entorno donde se promuevan las preguntas, casi siempre sin una respuesta inmediata. No hay motivos para inhibir el solo hecho de preguntar y preguntarse; más bien hay motivos para no querer ir en busca de respuestas, y es ahí donde el impulso inicial juega un rol clave en el proceso de investigación. Ésta por lo general emerge bajo el alero de instituciones que la promueven, pero también existen otras formas.

Una de las funciones sustantivas de las universidades es la investigación y la divulgación científica. No existe importancia relativa que escape a la búsqueda del conocimiento, pues todos los frentes contribuyen al encuentro del entender y enfrentar problemas reales, los que, a su vez, se convierten en procesos de apertura a nuevas exploraciones. Y para aquello no es necesario ser académico, sino vivir este proceso reflexivo con entusiasmo y tener los espacios necesarios para plantear esas preguntas sin respuestas.

El rol de los investigadores debe estar conectado al quehacer social desde su origen, definiendo las preguntas, desarrollando los mejores métodos para responderlas e intentando que todo ello tenga un impacto. Las instituciones deberían promover ese impacto y no solo apoyar el mero hecho de investigar. Una investigación que no se traduce en un cambio para la sociedad, por muy pequeño que sea, solo se queda en el aplauso o rechazo de sus pares y eso tiende al olvido.

Como académicos, una de nuestras obligaciones y líneas de desarrollo consiste precisamente en orientarnos hacia la investigación científica, no solo haciéndola nosotros, sino favoreciendo las iniciativas de otros actores y generando los espacios para su divulgación. Una clara muestra de ello son las Jornadas Chilenas de Salud Pública, evento en el cual convergen todos quienes, desde las más diversas disciplinas y ámbitos de acción, aportan al conocimiento y a la acción. Desde comienzos de los ’80, las Jornadas han crecido y han contribuido a que la investigación en salud pública se vierta hacia la comunidad y sea un factor importante en el diseño de políticas y programas orientados al mejoramiento de la salud y la calidad de vida de la comunidad, sobre la base de la evidencia científica.

Estas XXIX Jornadas Chilenas de Salud Pública recibieron alrededor de 300 trabajos de investigación y experiencias exitosas, de autoría de académicos, equipos de salud, consultores, estudiantes y profesionales de la salud pública y privada. Una comisión revisora de alto nivel seleccionó 194 de ellos para presentarse en el evento y ser publicados en el presente documento.

Este libro de resúmenes contiene claros ejemplos de lo que pueden hacer los equipos de investigación en búsqueda de distintas áreas del conocimiento dentro de la salud pública. Todos nosotros debemos adoptar nuevos enfoques para obtener este conocimiento, y no tender solo al análisis parcial de las disciplinas, lo que atenta y obstaculiza la organización multidisciplinaria. Llegó el tiempo de romper algunos mitos, como la creencia de que el hacer ciencia es cosa de unos pocos. Debemos impulsar la investigación como elemento que nutre la docencia y la entrega de servicios.

Prof. Alex Alarcón H.
Coordinador de Extensión

Prof. Dr. Oscar Arteaga H.
Director Escuela de Salud Pública

RESÚMENES EXPERIENCIAS INNOVADORAS

Comportamiento del AH1N1 en la Región de Arica y Parinacota año 2009

ZAPATA V., SANDRA[1]

INTRODUCCIÓN

En pleno siglo XXI, una nueva influenza se hace presente. La influenza porcina considerada la primera pandemia del siglo XXI. La Organización Mundial de la Salud la declara "Emergencia de Salud Pública" a causa del aumento de los casos y su agresividad. Posteriormente, es declarada pandemia.

Chile fue el primer país de Latinoamérica en notificar casos de AH1N1, reportó un total de 368.129 desde el 17 de mayo hasta fines de diciembre de 2009. Se confirmaron por exámenes de laboratorio 12.302 casos de infectados con influenza humana.

En la Región de Arica y Parinacota, se notificaron 4.503 casos ambulatorios compatibles con la definición y 110 personas hospitalizadas por IRA grave, pesquisándose 44 casos de influenza AH1N1, con PCR positiva, de los cuales, 5 casos corresponden a mujeres jóvenes fallecidas por esta enfermedad; una de ellas fue la única embarazada fallecida en Chile.

OBJETIVOS

- Determinar algunas características biosociodemográficas de la población afectada con diagnóstico confirmado de influenza humana de la Región de Arica y Parinacota.
- Identificar factores de riesgo que influyen en el contagio por el virus de la influenza humana de la población afectada de la Región de Arica y Parinacota.

METODOLOGÍA

Se realizó un estudio descriptivo de tipo transversal y analítico de los pacientes hospitalizados por Influenza humana, en el periodo de mayo a diciembre del 2009, para lo cual se recogió información de sus fichas clínicas de los establecimientos de clínicas privadas y Hospital Regional de Arica. El universo en estudio está constituido por la población general de la Región de Arica y Parinacota de 187.147 habitantes, la muestra corresponde al total de casos afectados por influenza pándemica (n= 110 casos). El análisis de los datos se realizó a través de estadística descriptiva, análisis bivariado mediante el uso de estadígrafos chi2 según tipo de variables, estableciendo diferencias significativas con un $P \leq 0.05$. Se utilizó el Sistema de Información Geográfica (SIG)

RESULTADOS

La tasa de enfermos afectados por influenza humana en la Región de Arica y Parinacota fue 58,7 por cien mil habitantes. Se caracteriza por tener un nivel socioeconómico y educacional medio. Las mujeres concentran los mayores casos (58,2%), con una mediana de edad de 35 años (rango de 3 días a 94 años). El 44.5% de los casos, resultó con examen PCR-RT positivo a H1N1. Un 60% presentó neumonía. Un 90.9% de los casos procede de la zona urbana.

Entre los factores de riesgo, el 88,9% de los pacientes tenía antecedentes de hospitalizaciones previas y se ubica en el grupo etario de 70 a 94 años, seguido por el grupo de 1 a 14 años con el 30,4% ($p< 0.000$). Con relación a las embarazadas hospitalizadas (10 casos), un 50% presentó complicaciones de la H1N1, un 10% fallece.

Los pacientes con factores de riesgo y en-

[1] Seremi de Salud. Región Arica y Parinacota. sandracecilia.zapata@gmail.com

fermedad de base presentan un 26,4% mayor probabilidad de presentar complicaciones por la influenza AH1N1. Los enfermos que tienen entre 30 y 49 años, un 72.7% declara beber y un 66.7 consume droga (p= 0.000). Los enfermos que tienen el hábito de beber y consumir drogas son jóvenes entre 30 y 39 años.

CONCLUSIONES

La influenza humana AH1N1 en Arica y Parinacota se presentó durante el 2009 afectando a personas jóvenes con una edad promedio de 35 años, con predominio del sexo femenino (58,2%).

Son factores de riesgo asociadas a la influenza, el no estar vacunado contra la influenza; presentar una enfermedad crónica de base, y estar embarazadas. El único fallecimiento que se presenta en la región corresponde a una gestante de 26 años.

Palabras clave: influenza, Arica.

Análisis de casuística hospitalaria mediante Grupo Relacionado por Diagnóstico versión Internacional Refinada (GRD IR) y estimación de costos asociados en hospitales públicos

SANTELICES C. EMILIO[1], CAMUS B. LORENA[1] y DELGADO S. MARÍA MAGDALENA[1]

INTRODUCCIÓN

Los GRD son utilizados internacionalmente por la mayor parte de los países desarrollados para conocer la producción hospitalaria y establecer mecanismo de pago ajustado por riesgo. En nuestro país sólo han existido experiencias aisladas con esta metodología, desconociéndose la actividad detallada y costos de los hospitales públicos, situación que no ha permitido evaluar la implementación del uso de esta herramienta como mecanismo de pago ajustado por riesgo.

OBJETIVOS

Determinar el comportamiento de la casuística hospitalaria de los hospitales públicos aplicando la agrupación IRGRD y estimar el costo por egreso promedio a partir de la metodología de costeo por absorción (WinSig-OPS).

METODOLOGÍA

Se implementan unidades de registros clínicos y análisis de la casuística en 40 hospitales públicos. La selección de éstos se determinó por números egresos hospitalarios anuales mayor a 5.000.

Se define el perfil de competencias de los profesionales que integran estas Unidades y se lleva a cabo la capacitación de 240 personas en el área de codificación y análisis de la información utilizando CIE10, CIE 9MC e IRGRD.

Se implementa plataforma web con servicios multiusuario y servidor central con disponibilidad de datos en tiempo real del total de los egresos de los hospitales implementados. Simultáneamente, se normaliza la estimación de costos hospitalarios por ítems utilizando el programa WinSIG y se simulan escenarios de costeos con 8 hospitales pilotos calculando el Precio Base de los egresos hospitalarios mediante la siguiente fórmula:

PB= Costo_egreso/¡Æ egresos 1 * GRD-pesos

RESULTADOS

De un universo en estudio de 113.985 egresos hospitalarios caracterizados por un 56,5% sexo femenino y 43,5% masculino cuya edad promedio es de 44,3 ± 25,5 años, estadía promedio bruta 8,0 ± 14,0. Un 66,4% ingresa vía S. Urgencia y un 82,2% se deriva a domicilio, 5,1% traslados, 4,4% mortalidad. El 50% de la producción hospitalaria se concentra en 5 categorías diagnósticas mayores que, en orden de prioridad, son afecciones del sistema digestivo, respiratorio, circulatorio, parto y musculo esquelético.

El índice de complejidad es de 1,21 del total de hospitales. Un 2,2% del total de los egresos alcanza un índice de complejidad promedio de 10,9 y un 50% del total de la actividad presenta un índice de complejidad de 1,08.

El gasto total acumulado asociado a los centros de costos de egresos hospitalarios de 8 hospitales en estudio durante un trimestre alcanzó un monto de M$ 31.956.689, que nor-

[1] Departamento Desarrollo Estratégico. Ministerio de Salud. esantelices@minsal.cl

malizado por complejidad representa un costo por egreso promedio de $ 1.365.965.

CONCLUSIONES

El sistema de clasificación IRGRD ha permitido caracterizar algunas variables demográficas, establecer el comportamiento de los servicios o cartera final brindada por hospital y simular escenarios de estimación de costos asociados. La información disponible se transforma en una fuente crítica del proceso de toma de decisión para generar una mejor planificación sanitaria, identificar comportamiento clínico y evaluar la efectividad de los resultados asociados a diagnósticos específicos. Por otra parte, permite generar evidencia y establecer las condiciones para transitar desde el pago por prestaciones, retrospectivo, a un pago prospectivo ajustado por riesgo.

Finalmente, se constituye en una metodología de comparación de resultados por hospitales que permitirá identificar las mejores prácticas haciendo del análisis comparado un método para la mejoría continua.

Palabras clave: GRD IR, mecanismo de pago ajustado a riesgo, costeo hospitalario.

Autocuidado para equipos de salud: quererse para querer

DIDIER C., DENISE[1]

INTRODUCCIÓN

Los equipos de salud nos encontramos en el desafío de implementar las políticas públicas de largo plazo, de abordar las necesidades contingentes del "aquí y ahora" de la población usuaria, de cumplir metas de mediano y corto plazo.

Es decir, necesitamos administrar la salud pública en las relaciones cara a cara, en la gestión de los centros de salud y en el desarrollo de estrategias de implementación de cambios de largo aliento como es la salud familiar y la intervención en red.

Muchas veces ello no se acompaña de procesos de capacitación con temas afines, o con tiempos destinados al abordaje de los impactos en los equipos de trabajo. Vale decir, damos salud "en muchas ocasiones" a costa de la propia salud. ¿Es eso posible?

Esta experiencia de innovación con equipos de salud, pretende visibilizar el "autocuidado", como una estrategia que beneficia al equipo de salud, a la vez de hacer la prestación de servicios un espacio de calidad y calidez para el usuario externo.

A través del concepto de "autocuidado colectivo", basado en ejercicios de corporalidad y restablecimiento comunicacional (mente / cuerpo y persona a persona), se logra sincronizar al equipo y disponer a éste en torno al aprendizaje y/o al cumplimiento de objetivos conjuntos (sean ellos orientados a la tarea o al proceso).

[1] Cesfam Cordillera. Valparaíso. denisedidierc@gmail.com

De la mano de la metodología de sesión educativa de adultos, los principios del autocuidado desde la corporalidad y restablecimiento de la comunicación, han permitido facilitar el aprendizaje del modelo de salud familiar.

Esta experiencia se ha desarrollado entre los años 2010 y 2011, en diferentes centros de salud de la comuna de Valparaíso y en uno de Viña del Mar, en el marco de capacitaciones de salud familiar o talleres internos de capacitación.

El autocuidado colectivo, a través de la corporalidad y restablecimiento comunicacional, ha permitido abrir sencillos espacios de bajo costo y alto impacto y replicabilidad, que han permitido visibilizar el autocuidado como una oportunidad no competitiva con el cumplimiento del quehacer diario de los Cesfam.

OBJETIVOS

- Visibilizar una experiencia de autocuidado de equipos de salud desde la corporalidad y restablecimiento comunicacional.
- Proponer un modelo de capacitación que integre desafíos de la APS (modelo de salud familiar, gestión de los centros, intervención en red) con el autocuidado de equipos.
- Levantar un primer nivel de conclusiones de las intervenciones realizadas.

METODOLOGÍA

1) Identificación del equipo y contexto del mismo a intervenir.
2) Preparación de la jornada / sesión de capacitación.
3) Ejecución de la Jornada /sesión.
4) Evaluación de la Jornada /sesión.
5) Registro fotográfico.

RESULTADOS

- Validación de método como espacio real de autocuidado colectivo.
- Activación de los equipos de trabajo en torno a temas generativos de APS, cuando se incorpora el principio de "quererse para querer" dentro de los fundamentos del aprendizaje.
- Incorporación de acciones de autocuidado dentro del proceso de capacitación en salud familiar del Cesfam y CES de la Corporación Municipal de Valparaíso (año 2011).
- Creación del Maletín de Autocuidado para equipos de APS, como herramienta de réplica y de aplicación inmediata en los propios centros.

CONCLUSIONES

Los desafíos de APS se encuentran ligados al desarrollo a escala humana de los equipos de trabajo; no podemos avanzar en políticas de salud pública si no ponemos al centro la salud de quienes "administramos" la salud.

El autocuidado de los equipos de salud es hoy una oportunidad y un imperativo, pues no se construye independiente de las personas que son constructoras.

Palabras clave: autocuidado, equipos de trabajo en salud, corporalidad.

Colecistectomía laparoscópica: análisis de la técnica en pacientes intervenidos bajo modalidad PAD

ALDANA L., JUAN[1], ALLIENDE F., RODRIGO[2], FIGUEROA B., GABRIEL[3], GUTIÉRREZ C., LUIS[3], YARMUCH G. JULIO[3], LANZARINI S.ENRIQUE [3], MOLINA Y. JUAN CARLOS [3] y MARIPANGUI D. MARITZA [3]

INTRODUCCIÓN

El Pago Asociado a Diagnóstico (PAD), es un programa creado con el objetivo de incentivar la eficacia en la atención médica y promover la eficiencia en administrar los recursos destinados a la atención del paciente. Entre diversas alternativas terapéuticas, este programa incluye el tratamiento quirúrgico de la colelitiasis.

OBJETIVOS

Efectuar análisis crítico en cuanto a la eficacia, accesibilidad, administración de recursos, apego al programa, costos y resultados en un hospital clínico universitario.

METODOLOGÍA

Análisis de fichas clínicas y de registros de finanzas de los pacientes que fueron hospitalizados e intervenidos mediante esta técnica, bajo la modalidad PAD, en el Hospital Clínico de la U. de Chile, entre abril 2010 y mayo 2011.

RESULTADOS

Un total de 329 pacientes fueron intervenidos por esta técnica quirúrgica, egresando 137 (41,6%) al día siguiente de la cirugía. Hubo 192 pacientes (58,3%) que no cumplieron los requisitos del programa, permaneciendo 2 o más días. Del total de pacientes, 22 (6.7%), requirieron hospitalizaciones sobre 2 días, representando a quienes presentaron algún tipo de complicación. El costo promedio para el hospital en este grupo de pacientes fue de 923.201 pesos, valor inferior al valor promedio aportado por PAD (1.140.413 pesos).

CONCLUSIONES

El programa PAD ha permitido el acceso a resolver colelitiasis a un número mayor de pacientes de diversos estratos sociales. La tasa de complicaciones asociadas a esta prestación es de 6.7%. Si bien la tasa de incumplimiento del programa fue de 58,3%, en el período de estudio, los costos de la intervención son menores que el pago promedio asignado a esta modalidad de financiamiento.

Palabras clave: colecistectomía, PAD.

(1) Interno Medicina. Universidad de Chile. jvd.aldana@gmail.com
(2) Interno 6to año de Medicina. Universidad de Chile.
(3) Departamento de Cirugía. Hospital Clínico Universidad de Chile.

Creación e implementación de un programa de atención para una unidad de atención primaria oftalmológica

RIESCO U., BENJAMÍN[1] y ORSINI B., MAURO[1]

INTRODUCCIÓN

El Consultorio Cristo Vive, ubicado en Recoleta, es un centro administrado privadamente que pertenece a la red asistencial del Servicio de Salud Metropolitano Norte. Cuenta con 22.344 pacientes inscritos y consta de una Unidad de Atención Primaria Oftalmológica (Uapo).

Desarrollamos e implementamos un Programa de atención visual para esta Uapo con el fin de priorizar el acceso y mejorar la resolutividad; gestionando las escasas horas oftalmólogo con que contamos.

Se protocolizó el proceder de la atención visual gestionando la demanda y las horas de especialidad, con el objetivo de impactar (acceso y resolutividad) en cinco patologías oftalmológicas prevalentes en nuestra población (vicios de refracción, retinopatía diabética, glaucoma, cataratas y estrabismo), junto con mejorar el acceso a la consulta de morbilidad oftalmológica general, disminuyendo las derivaciones a la atención de alta complejidad.

OBJETIVOS

Objetivo general

Crear e implementar un Programa de salud visual en la Uapo Cristo Vive, que responda a la demanda oftalmológica mejorando el acceso y la resolutividad de 5 patologías oftalmológicas.

Objetivos específicos

- Estudio y protocolización de los procesos clínicos para atender las patologías seleccionadas.
- Definir el equipo humano necesario y los insumos para responder a la demanda.
- Establecer un diagrama de flujo para el proceso de atención visual.

METODOLOGÍA

El diseño se realizó guiado por el Manual para el Diseño de Proyectos de Salud de la OPS, de Nora Blaistein. Las intervenciones realizadas fueron:

- 1ro. Detección de los problemas de funcionamiento de la Uapo.
- 2do. Planteamiento de la situación de funcionamiento deseada.
- 3ro. Diseño de un marco lógico para crear el Programa de salud visual.
- 4to. Implementación del programa.
- 5to. Evaluación del impacto del programa tras un año de funcionamiento (resultados preliminares).

RESULTADOS

El producto del trabajo es un Programa de salud visual para la atención oftalmológica, que modifica el proceder de la atención desde la primera consulta hasta la evaluación por el oftalmólogo en la Uapo o la derivación a la atención de alta complejidad. El beneficio en el acceso del usuario y en la resolutividad más oportuna se observan en un preliminar de los

[1] Alumnos del Magister de Salud Pública. Universidad de Chile. benjaminriesco@gmail.com

indicadores de impacto que se medirán a un año de implementación del programa:

- Indicadores 1er semestre 2010-1er semestre 2011
- Diabéticos con fondo de ojo anual realizado: 284.368
- Diabéticos con retinopatía diabética derivados al hospital: 141
- Pacientes no Auge refractados: 174.242.
- Control anual de pacientes con glaucoma: 4.132
- Diagnosticados con glaucoma: 2.719
- Menores de 6 años diagnosticados con estrabismo: 55
- Número de cataratas derivadas: 2.355
- Pacientes atendidos en la Uapo: 748.1097
- Pacientes derivados de la Uapo al hospital: 268

CONCLUSIONES

El Programa de atención visual ha mejorado el acceso de los pacientes a la atención oftalmológica en 3 de las 5 patologías expuestas, mejorando su resolutividad. Disminuyó las derivaciones al centro de alta complejidad, siendo más resolutivos en la atención primaria.

Permitió ordenar el equipo de salud visual (médico general, el tecnólogo médico y el oftalmólogo) con un proceder jerarquizado, mejorando la utilización de horas especialista.

Observamos un aumento en la demanda que atribuimos al conocimiento de nuestros usuarios de la agilización de la UAPO o porque mejoró el acceso a la atención oftalmológica.

Palabras clave: unidad de atención primaria en oftalmología, salud visual, gestión, programas de salud.

Diseño de un nuevo instrumento de evaluación establecimientos autogestionados en red (EAR) mediante uso Balanced scorecard

SANTELICES C. EMILIO[1], DELGADO S. MARÍA MAGDALENA[1], CRIADO P. FANNY[2] y CORTÉS L. VILMA[1]

INTRODUCCIÓN

La evaluación de hospitales autogestionados en red es un requerimiento legal para que éstos puedan gozar de los beneficios de esa condición. El instrumento de evaluación usado hasta el 2010, con 248 indicadores con énfasis a la estructura organizacional y el reglamento que lo sustenta, ha constituido una dificultad para que los hospitales cumplan con la normativa.

OBJETIVOS

Diseñar un nuevo instrumento de evaluación, definido desde los procesos del hospital

[1] Departamento Desarrollo Estratégico. Ministerio de Salud. esantelices@minsal.cl
[2] Ministerio de Salud. Departamento Autogestión.

con una mirada estratégica; a objeto de alinear la organización y los esfuerzos de mejoría con sus principales objetivos y metas, transformando los indicadores, en una consecuencia lógica de las mejores prácticas y no un objetivo en si mismo.

METODOLOGÍA

Se diseña una nueva herramienta utilizando la metodología de BSC de Kaplan y Norton. Se trabaja con grupos de directores de hospitales y servicios definiendo a partir de la visión y misión de los hospitales, los temas estratégicos que deben direccionarlos. Para cada tema se definen los objetivos estratégicos en cada una de sus perspectivas en una relación de causalidad desde abajo hacia arriba: aprendizaje, procesos, finanzas y usuarios. Esto se denomina mapeo estratégico; para cada objetivo se definen metas, indicadores, iniciativas y responsables.

RESULTADOS

Se definen 4 temas estratégicos que deben direccionar la actividad hospitalaria con objetivos para cada uno de ellos en sus 4 perspectivas.

Para cada objetivo se definen metas y 48 indicadores que permiten evaluar la gestión hospitalaria desde los procesos.

Se ha capacitado a todos los equipos directivos de los 56 hospitales autogestionados, y se inició la implementación obteniendo una línea base de aplicación y resultado de indicadores.

Sobre los resultados se ha identificado los procesos con bajos resultados, solicitándose planes de mejoría a objeto de alcanzar el cumplimiento del 75% del puntaje total exigido para mantenerse como autogestionados.

CONCLUSIONES

El utilizar el BSC como metodología para el diseño de la herramienta de EAR permite generar indicadores desde los procesos con orientación estratégica. El proceso de evaluación y el instrumento son un vehículo que direcciona las iniciativas estableciendo sinergias y una relación de causalidad entre las distintas perspectivas.

Ha sido posible identificar las áreas de intervención y los procesos de mejoría que deben realizarse de manera coherente como también transmitir y comprometer a todos los estamentos.

Palabras clave: autogestión hospitalaria, Balanced scorecard, mapeo estratégico.

El Programa Fonasa Pasa Visita: una línea para mejorar la calidad de atención a asegurados del Fonasa

SAN MARTÍN G., ARTURO[1]

INTRODUCCIÓN

Los asegurados de Fonasa superan ya los 13 millones, más del 70% de los chilenos. Su acceso a la atención de salud es amplio, tanto en la Modalidad Institucional como en la Modalidad de Libre Elección, a través de programas como el GES y diversos otros, que operan en los distintos niveles de atención.

La oportunidad de atención registra avances enormes, tanto en el ámbito de los problemas GES como no GES.

La calidad de atención en el sistema público, por tanto, es un ámbito central a abordar. Para ello, un paso sencillo pero trascendente es iniciar un programa de visita a los pacientes, por parte de ejecutivos de Fonasa, en el interior de los propios hospitales, otorgando apoyo y asesoría general.

En este contexto se plantea la siguiente experiencia piloto.

OBJETIVOS

Objetivo general

Mejorar la calidad de atención a asegurados Fonasa en prestadores públicos y privados.

Objetivos específicos

-Entregar en forma directa la asesoría y apoyo de Fonasa a pacientes asegurados hospitalizados.

-Recoger las percepciones sobre calidad de atención recibida, tanto en el establecimiento.

-Recoger la percepción del conocimiento y evaluación de los servicios y facultades que el propio Fonasa tiene disponibles para sus asegurados.

METODOLOGÍA

Se implementa a partir del año 2011 un programa piloto de visitas a pacientes hospitalizados en hospitales tipo 1 y 2 del SNSS, en las regiones del Maule y Biobío, en diversos servicios clínicos, principalmente medicina, cirugía y maternidad.

Se establece una pauta de entrevista y de percepción de la calidad de atención en hospitales y Fonasa.

Se coordina en cada servicio clínico la asignación aleatoria de pacientes.

RESULTADOS

Se presentan los resultados de la aplicación inicial de este programa en las regiones del Biobío y del Maule, que en general son similares a los obtenidos en las demás regiones del país.

Se efectuaron en el primer semestre 523 entrevistas, con un 66% de hombres, y un 59% de menores de 50 años. La distribución por tramo de Fonasa es 45%A, 36%B, 11%C, y 8%D.

La distribución por servicios clínicos es de un 84% en medicina, cirugía, y maternidad.

En cuanto a la percepción de atención en los hospitales, se presentan valores netos del

[1] Dirección Zonal Centro Sur. Fonasa. asanmartin@fonasa.cl

orden de 70 a 80% de buena evaluación, en los siguientes ámbitos: tiempo de la atención, resolución, amabilidad, infraestructura, confianza en el sistema público.

En cuanto a la percepción de Fonasa se evidencian brechas en el conocimiento de mecanismos de reclamo y asesoría general.

En cuanto al programa en sí, se valora muy positivamente la asesoría directa y el acompañamiento a los pacientes.

Se presentaron los resultados en reunión directiva regional, obteniendo una positiva percepción de los directivos de SS y Hospitales involucrados.

La experiencia de los ejecutivos de atención Fonasa fue también evaluada positivamente, descartando aprensiones iniciales y valorando mucho la posibilidad de apoyo a asegurados enfermos.

CONCLUSIONES

La experiencia inicial desarrollada permite concluir que:

Es perfectamente factible implementar y desarrollar un programa como este en hospitales públicos, y podría ampliarse a establecimientos como las clínicas privadas. En general, podría también a adaptarse este trabajo para aplicar en otro tipo de unidades (de atención de urgencia por ej.) y en centros de salud familiar.

La percepción de atención Fonasa indica brechas de conocimiento en le información, atribuciones, etc., que abren posibilidad de subsanarse, y el trabajo directo en este ámbito (pacientes hospitalizados) es bien valorado.

La percepción de calidad de atención obtenida indica una alta valoración de los pacientes que ya está atendido en hospitales, lo que lo concuerda con otras apreciaciones en términos del factor crítico situado en la oportunidad de atención.

Palabras clave: calidad de atención, hospitales públicos, seguro público de salud, Fonasa.

Experiencia clínica en entrega de ayudas técnicas a mayores de 65 años (GES)

MORALES C., IVONNE[1] y GALLARDO A., LIGIA[2]

INTRODUCCIÓN

A partir del año 2006 entra en vigencia como patología GES la entrega de ayudas técnicas a mayores de 65 años con el objetivo de mantener o mejorar su autonomía. Desde el año 2007, en el Hospital Padre Hurtado se implementa un modelo de atención para este grupo de pacientes que ha permitido optimizar los recursos entregados y dar cobertura a un número importante de la población, a través de una atención clínica de calidad basada en entrevista por asistente social y evaluación kinésica para entrega de silla de ruedas, bastones y andadores.

OBJETIVOS

Difundir un modelo de atención clínica para las entregas de ayudas técnicas (GES).

[1] Gimnasio Terapéutico. Hospital Padre Hurtado. iv.moce@gmail.com
[2] Servicio de Atención al Paciente. Hospital Padre Hurtado.

METODOLOGÍA

Estudio retrospectivo descriptivo. Se evaluó la base de datos de Kinesiología para entrega de ayudas técnicas (GES). Entre los años 2007 y 2010 se han beneficiado 3.118 adultos mayores, edad promedio 75.6 años (65-101 años).

RESULTADOS

Entrega de sillas de ruedas, bastones y andadores: 873 el año 2007 para 340 pacientes; 1.133 el 2008 para 843 pacientes; 1.173 el 2009 para 914 pacientes y 1.257 el 2010 para 1.021 pacientes.

CONCLUSIONES

Los resultados confirman que el trabajo en equipo permite resolver con prontitud las demandas de la población y logran cubrir un número no despreciable de adultos mayores. El manejo inicial por una asistente social permite una evaluación socio-familiar con el fin de pesquisar redes de apoyo, detectar otras necesidades y registrar en SIGGES. La evaluación kinésica permite definir el nivel de movilidad, criterios de indicación y riesgo de caídas para otorgar la ayuda técnica óptima para cada paciente. Idealmente estos pacientes deberían asistir a taller de prevención de riesgo de caídas.

El modelo de atención propuesto nos ha permitido entregar una atención clínica de calidad a los adultos mayores, contribuyendo en la mantención de su autonomía y mejorando su calidad.

Palabras clave: entrega de ayudas técnicas, adulto mayor.

Experiencia: donación altruista Banco de Sangre, Hospital Hernán Henríquez Aravena, Temuco, Región de la Araucanía

TRONCOSO M., CLAUDIA[1], ALVEAR A., ANTONIETA[1], ARROYO C., ELGA[1] y CALFUÑANCO R., ELVIRA[1]

INTRODUCCIÓN

La autoridad sanitaria señala actualmente la necesidad que la donación de sangre, como un hecho voluntario, altruista e idealmente repetido en el tiempo, vaya más allá del ámbito técnico y médico, instalándose como un gran tema de salud pública "como el pilar que garantiza la seguridad de la sangre que se recibe y del necesario carácter intersectorial que reviste su organización e impacto". El servicio de Banco de Sangre del Hospital Hernán Henríquez Aravena de Temuco, en conjunto con la Universidad de La Frontera por medio del Programa de Internado Rural Interdisciplinario (PIRI), perteneciente al Departamento de Salud Pública, a partir del año 2009, incorporaron una experiencia innovadora de difusión

[1] Departamento de Salud Pública. Facultad de Medicina. Universidad de La Frontera. troncoso@ufro.cl

y captación de donantes altruistas, involucrando a los estudiantes del programa de internado rural de esta casa de estudio como red difusora y de apoyo al banco de sangre del principal hospital de la región, y a la comunidad perteneciente a 5 comunas pertenecientes a la red de salud Araucanía Sur.

OBJETIVOS

El objetivo de este estudio es reportar el efecto de descentralizar las donaciones altruistas y extenderlas a comunas para alcanzar no solo números, sino, el compromiso social y comunitario en acción coordinada de las instituciones involucradas en la donación de sangre segura.

METODOLOGÍA

Se realizó un estudio descriptivo observacional de corte transversal para revisar los aportes alcanzados en donación altruista de sangre en residentes de las comunas de Carahue, Lautaro, Gorbea, Melipeuco y Pucón. Se revisaron las donaciones registradas desde el año 2007 a la fecha, en el periodo 2007-2008.

RESULTADOS

El servicio de banco de sangre alcanzó un promedio de 1143,5 donaciones altruistas, en el periodo 2009-2010, se reportó un incremento de donaciones altruistas del 85,9% en relación al periodo 2007-2008, alcanzado en promedio 2.126 donaciones. El aporte por donaciones de las 5 comunas mencionadas correspondió al 10,27% (1995/205) para el año 2009 y 9,61% (2257/217) para el año 2010.

CONCLUSIONES

Las donaciones logradas en estas comunas en ambos años son similares, lo que puede reflejar la importancia de generar compromiso y responsabilidad social en los residentes de estas comunas en relación a la donación altruista de sangre, así como reconocer la importancia en la difusión, coordinación y participación de los estamentos involucrados. Los resultados logrados han motivado a continuar aplicando estas estrategias, las que actualmente se han incorporado como actividad permanente del programa de internado rural de nuestra facultad. Considerando los resultados alcanzados, proponemos replicar esta experiencia en otros servicios de banco de sangre y casas de estudios vinculadas a la formación de profesionales de salud, así como motivar a los equipos locales de salud e instituciones filantrópicas de las comunas a incorporarlo como actividad regular permanente en coordinación con el banco de sangre central correspondiente.

Palabras clave: donación, sangre, altruista.

Gestión de la auditoría de muertes fetales e infantiles en la Región Metropolitana, mediante uso de una plataforma informática de registro

PEÑA A., VÍCTOR[1] y MARÍN M., MARÍA JOSÉ[2]

INTRODUCCIÓN

Los Comités Regionales de Auditoría de Muertes Fetales e Infantiles, conformados por grupos de expertos de los servicios de salud y establecimientos privados, analizan antecedentes de las muertes, identifican decesos evitables, causas que los originan y elaboran recomendaciones para el mejoramiento continuo de procesos asistenciales asociados a la atención de salud materno-infantil.

OBJETIVOS

Gestionar el proceso de auditoría de muertes fetales e infantiles, utilizando una plataforma informática de registro de formularios de muertes fetales e infantiles ocurridos en la Región Metropolitana durante el año 2009.

METODOLOGÍA

Se diseñó una plataforma informática cliente/servidor (web), en la cual se transcribió la totalidad de datos y contenidas en el formulario de registro de muertes fetales e infantiles vigente y elaborado por el Ministerio de Salud de Chile. La Interfaz de usuario fue desarrollada en lenguaje de programación PHP mientras que la Base de Datos fue programada en MySQL. Se realizó la revisión exhaustiva de la concordancia de cada uno de los registros, mediante un equipo de profesionales de salud. De esta manera, se corrigieron datos erróneos y eliminación selectiva de registros "outlayers", las que por su baja frecuencia no alteraron el análisis posterior. Para facilitar el análisis de datos, se optó por exportar la Base de Datos obtenida desde MySQL a Microsoft Excel. Una vez realizada la exportación se analizaron y describieron variables escogidas de acuerdo a su relevancia y cumpliendo con una representatividad mínima dentro del grupo de formularios indexados de un 70%, esto significa que aquellas variables que fueron analizadas y comentadas fueron registradas en, al menos, el 70% de los campos asociados a dicha variable.

RESULTADOS

520 formularios de decesos fetales e infantiles ocurridos durante 2009 fueron procesados, 226 fueron fetales y 292 (56,2%) infantiles (nacidos vivos menores de un año). Del total de formularios, el 27,5% de los casos fue definido en la sub categoría "neonatal precoz" (0 a 7 días de vida), el 9,6% se categorizó como "neonatal tardía" (8 a 28 días de vida) y el 19% fue definido como "Post Neonatal" (29 días a un año de vida). Un 0,4% de los formularios recibidos correspondió a decesos de niños mayores de un año de edad.

El lugar de ocurrencia del parto fue en un 99,5% institucional; el deceso se produjo en establecimientos asistenciales en un 95,9%. La primera causa de muerte fetal fue la hipoxia intrauterina y en Infantiles correspondió a trastornos cardiovasculares del periodo perinatal. 66 formularios (12,7%), fueron consignados por este Comité como evitables. El Subsiste-

[1] Departamento de Salud Pública. Secretaría Regional Ministerial de Salud. Región Metropolitana. victorpena@asrm.cl
[2] Egresada de Informática Biomédica. DUOC-UC.

ma Público de Salud aportó con 486 formularios que representan el 93,46% del total. Del Subsistema de Salud Privado se recibieron 34 formularios que representan el 6,54% del total.

CONCLUSIONES

La utilización de este sistema facilitó significativamente la gestión del Comité, agilizó procesos de recolección de datos, análisis e interpretación de la información y emisión de resultados, contribuyó a la sistematización de conclusiones y recomendaciones y permitió identificar problemas específicos asociados a la atención de salud materno-infantil. La retroalimentación sistemática de los resultados obtenidos a los equipos locales mediante la elaboración y envío de informes de resultados constituyó un insumo de apreciable valor para contribuir a la toma de decisiones orientadas a reducir los decesos fetales e infantiles evitables.

Palabras clave: comité regional, auditoría, muertes fetales, muertes infantiles, plataforma de registro.

Manual de prestaciones de la salud: 'conociendo los derechos y deberes en salud con mi familia'

DIDIER C, DENISE[1], OSORIO R., CATHERINE[1], JARA P., VIRGINIA[1] y CÓRDOVA S., CATHERINE[2]

INTRODUCCIÓN

Un acercamiento en salud desde el enfoque familiar nos invita a remirar nuestras prácticas, poniendo énfasis hoy en los "recursos y capacidades existentes en los usuarios, su sistema familiar y las redes en las que participa". En este sentido, este enfoque nos desafía a ver en nuestro "tradicional paciente" a un usuario sujeto de derechos y deberes.

Esta iniciativa, nace del Consejo Local de Salud Cordillera quienes, en un proceso diagnóstico del año 2008- 2009, señalan como un problema sentido la desinformación de sus derechos en salud.

De la mano de Presupuestos Participativos Minsal 2010, hemos implementado el proyecto de ¿Me lo explica de nuevo?, instancia que quiere acercar a la comunidad a la información en salud desde la perspectiva de derecho, al mismo tiempo promover conductas de autocuidado.

Desde la perspectiva de la gestión institucional, hemos tomado las herramientas entregadas en el Diplomado de Resolutividad en Atención Primaria en Salud (Diplomado RAPS, Universidad de Valparaíso), para dar vida a un manual que integre los desafíos actuales de APS, como lo son el modelo biopsicosocial, el enfoque de salud familiar y el mejoramiento de la gestión clínica en salud.

Hoy, esta iniciativa forma parte de un proyecto de mejoramiento de la gestión de nuestro centro de salud, donde el equipo se compromete a acompañar a la comunidad de Cordillera y sus familias a lo largo de todo su ciclo vital.

OBJETIVOS

Objetivo general

Promover el autocuidado de las familias del usuario interno y externo del Cesfam Cordillera, a través del Manual de Prestaciones en Salud 2011.

[1] Cesfam Cordillera. Valparaíso. denisedidierc@gmail.com
[2] Cesfam Rodelillo.

Objetivos específicos
- Mejorar el conocimiento de derechos y deberes en salud del usuario interno y externo del Cesfam, desde el enfoque de ciclo vital familiar.
- Promover conductas de autocuidado y corresponsabilidad en salud en la población usuaria interna y externa.
- Promover la utilización de las prestaciones preventivas a todos los integrantes de la familia usuaria, según etapa de ciclo vital.

METODOLOGÍA

- Reuniones de equipo gestor de la iniciativa para diseño de estrategia de implementación del proyecto.
- Reuniones de diseño de prestaciones por etapa de ciclo vital.
- Diseño e impresión de manual.
- Capacitación y sensibilización al equipo de salud acerca del Manual y su uso familiar y laboral
- Talleres de bienvenida del recién nacido en el que se difunde manual.
- Entrega de Manual de prestaciones a recién nacidos.
- Diseño participativo de Plan de salud familiar en taller.
- Entrega de Manual de prestaciones a equipo salud.
- Diseño participativo de plan de salud familiar en reunión consejo técnico ampliado.
- Difusión digital e impresa en reuniones consejo local de salud, comisión mixta y espacios Cesfam.

RESULTADOS

- Reuniones sistemáticas del equipo de salud para elaborar la primera etapa del Manual (Ciclo vital infantil).
- Incorporación en las prestaciones del enfoque de salud familiar.
- Impresión de los primeros 20 manuales para recién nacidos.
- Entrega de 10 manuales a Consejo Local de Salud y diseño interactivo de plan de salud familiar.

CONCLUSIONES

El modelo de Salud Familiar requiere de herramientas de gestión que acerquen sus principios a la práctica cotidiana de los Cesfam. El Manual es un espacio de comunicación que apuesta al autocuidado y corresponsabilidad en salud.

Necesitamos construir con creatividad y bajo costo estrategias que inviten a los equipos a crear y a los usuarios a ejercer sus derechos y deberes en salud.

Palabras clave: salud familiar, prestaciones en salud, gestión clínica.

Pauta de evaluación kinésica en entrega de ayudas técnicas a adultos mayores GES

MORALES C., IVONNE[1]

INTRODUCCIÓN

La entrega de ayudas técnicas a mayores de 65 años se crea el año 2006 con el fin de optimizar la funcionalidad del adulto mayor y disminuir el riesgo de caídas. El uso de una pauta de valoración kinésica permite identificar las reales necesidades de apoyo ortésico según el nivel de movilidad y riesgo de caídas a través de 3 herramientas de screnning de riesgo de caídas.

OBJETIVOS

Difundir pauta de valoración kinésica para entrega de ayudas técnicas GES.

METODOLOGÍA

Estudio retrospectivo descriptivo. Se evaluó la base de datos de Kinesiología para entrega de ayudas técnicas. Un total de 884 pacientes con evaluación kinésica completa.

RESULTADOS

884 pacientes con evaluación kinésica completa. El promedio de edad fue 75.6 años. 25% corresponde a artrosis, 17% a fracturas, 16% alteración de la marcha. La alteración de la marcha y riesgo de caídas fueron las indicaciones más frecuentes (94%). La estación unipodal fue posible evaluarla en 92.7% de los pacientes con un 98.9% de resultados alterados. El Timed up and go se evaluó en un 86.5% con un 98.5% de riesgo de caídas.

CONCLUSIONES

La valoración kinésica con herramientas objetivas permite entregar la ayuda técnica óptima para cada caso, justificando los cambios que se estimen convenientes. Asimismo, nos muestra objetivamente la realidad de los adultos mayores en términos de movilidad y riesgo de caer. Los resultados fundamentan el uso de una pauta de evaluación con screnning de riesgo de caídas, ya que de esta forma permite pesquisar la real necesidad de la órtesis y hacer entrega del apoyo ortésico óptimo para cada paciente. Para disminuir el riesgo de caídas y el nivel de dismovilidad, los pacientes deberían ingresar a programas de prevención de riesgo de caídas del adulto mayor.

Palabras clave: adulto mayor, evaluación kinésica, riesgo de caídas.

[1] Gimnasio Terapéutico. Hospital Padre Hurtado. iv.moce@gmail.com

Propuesta de priorización en las listas de espera quirúrgicas de artrosis de cadera y rodilla

MARTÍNEZ H., ALVARO[1], BARRIENTOS M., CRISTIAN[2], OYARZÚN T., ANDRÉS[2], NORAMBUENA S., GERMÁN[2] y MELLADO J., LILA[3]

INTRODUCCIÓN

La artrosis de cadera y rodilla son patologías tremendamente discapacitantes y que generan un gran impacto económico y social, tanto en el seno de las familias de los portadores de esta patología, como en la sociedad toda. Por esta razón, los sistemas de salud modernos han priorizado éstas y otras patologías similares en cuanto a discapacidad (cánceres, cardiopatías, cataratas, etc.) para que sean resueltas antes que otras, consideradas más banales o de menor impacto sanitario. Este hecho supone la creación de listas de espera que agrupen a estos pacientes de acuerdo a los diferentes problemas de salud y ordenadas generalmente de acuerdo a tiempo de espera en dicha lista por un criterio FIFO (first in- first out). Por esta razón, la implementación de un sistema de priorización dentro del marco de la gestión de listas de espera aparece hoy como una necesidad imperiosa en nuestro país toda vez que los recursos en salud son limitados y las necesidades y expectativas de la población son cada vez mayores. Un sistema de priorización explícito que contemple no sólo variables de tiempo de espera sino que variables que expresen la gravedad de la enfermedad en cuanto a su dimensión clínica y social harán, necesariamente, más eficiente y justa la intervención.

OBJETIVOS

Dar a conocer la experiencia del Servicio de Traumatología del Hospital San José en la creación y posterior aplicación de un nuevo sistema de priorización por variables socio-sanitarias, para las listas de espera quirúrgicas en artrosis de cadera y rodilla, de manera tal que esta pueda ser replicada en otros servicios de traumatología nacionales y extranjeros.

METODOLOGÍA

Se aplica el nuevo sistema de priorización propuesto a 2 grupos de 80 pacientes, cada uno de enfermos en lista de espera quirúrgica para prótesis de cadera y rodilla, respectivamente. Se comparan con 2 grupos de igual cantidad de pacientes ordenados de manera tradicional por orden de llegada. Se analizan 14 pacientes del grupo de las rodillas y 9 del grupo de las caderas que pudieron operarse gracias al nuevo sistema de priorización.

RESULTADOS

Se analizan estos 23 pacientes destacándose una mayor eficiencia en el uso de los recursos. Sólo en costos directos por concepto de licencias y pensiones de invalidez el ahorro alcanza a más de 62 millones de pesos anuales en el área norte del país con la aplicación del sistema propuesto.

CONCLUSIONES

El instrumento de priorización de listas de espera en cirugía de artroplastía de rodilla y cadera propuesto es:

- Significativamente más eficiente desde el punto de vista del costo-efectividad que las tradicionales listas de espera por orden de llegada existentes en nuestro país.

[1] Jefe Servicio Ortopedia y Traumatología. Hospital San José. traumatologoamartinez@yahoo.es
[2] Hospital San José.
[3] Asistente social Hospital San José.

- Simple de aplicar y dinámico, por cuanto es posible su actualización diaria.
- Sensible a las particularidades de cada paciente y su entorno social.

Por último:
- Recomendamos fuertemente la masificación de este instrumento de priorización en nuestro y otros países similares, toda vez que incorpora y funde criterios de selección basados tanto en el costo-efectividad como en la vulnerabilidad social.
- Recomendamos fuertemente la incorporación de una profesional asistente social a la dinámica diaria de los equipos clínicos en traumatología y ortopedia.

Palabras clave: lista de espera.

Resultados del Programa piloto de atención a población transexual a tres años de su implementación

BASS D., CAMILO[1]

INTRODUCCIÓN

La transexualidad puede ser definida como una condición donde la persona tiene una identidad de género que se contrapone al sexo biológico. Es decir, la persona siente una pertenencia hacia el sexo opuesto al que manifiestan sus genitales.

Producto de las dificultades de adaptación social que sufren estas personas, se generan problemas de salud asociados. Por este motivo, durante el año 2008 el Ministerio de Salud determina realizar una estrategia específica para este grupo de personas debido a la desprotección y vulnerabilidad social en que se encuentran. Se decide implementar un Programa piloto de atención a población transexual en el Consultorio Nº 1 del Servicio de Salud Metropolitano Central. El equipo de atención se integró, en un comienzo, con un médico de familia y una psicóloga, sin embargo, en la actualidad solamente se dispone de algunas horas de atención médica.

OBJETIVOS

Objetivo general

Brindar atención integral a las personas transexuales para responder a las demandas de salud desde el sistema público.

Objetivos específicos
- Integrar a la población transexual a la atención en el sistema público de salud, a través de la atención primaria.
- Diseñar e implementar un flujograma para el abordaje en la atención de salud de la población transexual respecto al proceso de adecuación corporal.

METODOLOGÍA

El programa aborda la transexualidad en los tres niveles de atención de salud, siendo desarrollado en dos fases:

I. Incorporación a la atención de salud a través del nivel primario: donde se realiza la

[1] Consultorio Nº1 Dr. Ramón Corbalán Melgarejo. Servicio de Salud Metropolitano Central. camilobass@yahoo.com

acogida y proceso de ingreso de la población transexual, para la integración al sistema público de salud. Por otro lado, se debe instalar capacidades en los funcionarios de salud relacionadas con la sensibilización y conocimientos en temáticas de tolerancia y no discriminación, buen trato, transexualidad y género, a fin de evitar la discriminación hacia la población transexual.

II. Diseño e implementación del proceso de atención integral que involucre todos los niveles del sistema de salud: a través del desarrollo de un flujograma de atención que comienza desde la atención primaria, para el acceso de la población transexual a las actividades de atención de salud de este nivel, así como la organización de las atenciones del nivel de especialidad que se requieran para el abordaje del proceso de adecuación corporal.

RESULTADOS

Como consecuencia de la implementación de este programa, a la fecha han ingresado 42 personas. De éstas, un 69% ha completado el proceso diagnóstico, el que se ha visto afectado durante el último año, observándose una disminución significativa de personas que han concluido este paso, lo que se puede atribuir a la ausencia de psicóloga en el equipo de atención.

De las personas que han completado su proceso diagnóstico, un 86% se encuentra en tratamiento hormonal y un 55% ha comenzado con la etapa de adecuación corporal, observando un aumento de las personas en tratamiento con respecto a los años anteriores.

CONCLUSIONES

El trabajo realizado hasta el momento ha logrado abordar una temática de salud que no estaba considerada anteriormente en el sistema público, permitiendo dar una respuesta de acogida y atención.

La implementación de un programa de este tipo busca disminuir la inequidad en el acceso a la atención de salud, que afecta a las personas transexuales.

Sin embargo, es lamentable la falta de apoyo institucional para el programa, lo que ha influido en la disminución de personas que han podido completar su proceso diagnóstico, así como en el acceso con que cuentan sobre todo las personas con transexualidad femenina en el proceso de adecuación corporal.

Palabras clave: transexualidad, programa piloto de atención, sistema público de salud.

Satisfacción usuaria con el modelo de salud familiar en pacientes del Programa de Salud Cardiovascular

HERNÁNDEZ A. PATRICIO[1]

INTRODUCCIÓN

La reforma de salud chilena promueve una nueva modalidad de atención con enfoque biopsicosocial, preventivo y promocional de la salud. En este Cesfam el equipo de salud creó una modalidad nueva de atención para pacientes con D.M., HTA o DLP que ingresan al PSCV, denominada Taller de Acogida, todo bajo el modelo de salud familiar imperante.

[1] Magíster de Gestión en Salud. pha.nutricionista@hotmail.cl

OBJETIVOS

- Conocer el grado de satisfacción de un grupo de pacientes con ECNT, al participar de un Taller multidisciplinario, a cargo de enfermera, psicólogo y nutricionista.
- Determinar el nivel de conocimientos de sus propias patologías.
- Determinar el nivel de agrado con la implementación del nuevo modelo de salud familiar.

METODOLOGÍA

Estudio de tipo descriptivo comparativo, que consistió en la aplicación de una encuesta de satisfacción usuaria tipo Likert con un total de 30 planteamientos a 86 pacientes del PSCV, lo que representa apróx. el 10% del total de la población bajo control.

RESULTADOS

Este estudio permitió, en forma general, identificar aquellos temas que les identifican o no con el modelo de salud familiar, sus agrados y desagrados respecto a dicha modalidad de atención y, en lo particular, con el Taller de Acogida del cual participaron, finalmente el nivel de conocimientos de sus patologías.

Entre otros resultados, un 86% dice conocer el significado de la sigla Cesfam, el 92% de participantes sabe que el consultorio de la comuna de Pelarco es un Cesfam y que la comuna de Pelarco está dividida en sectores; finalmente un 97% idéntica al médico de su equipo de cabecera.

Sobre autocuidado, el 95% sabe que es importante realizar actividad física y un 100% que debe modificar sus hábitos alimentarios para compensar sus patologías.

CONCLUSIONES

Dada la alta prevalencia de ECNT en Chile y sus complicaciones, el modelo de salud familiar entrega una atención integral que otorga una respuesta a las necesidades de nuestros pacientes. Este Taller de Acogida, dado su carácter innovador, multidisciplinario e integrador como herramienta de atención en salud familiar, debe mantenerse, evaluar y fortalecerce en el tiempo.

Palabras clave: modelo de salud familiar.

Actividad física como pilar de la promoción en salud preescolar: Experiencia proyecto Cres-UV Olmué

SOTO V., ÁLVARO[1]

INTRODUCCIÓN

Las enfermedades cardiovasculares son la primera causa de muerte, favorecidas por la obesidad (25% población, encuesta ENS 2010) y sedentarismo (86% población, encuesta hábitos en actividad física IND 2010). Esta experiencia corresponde al Eje Actividad Física (EAF) del Proyecto Creciendo Sano CRES-UV Olmué, basado en la estrategia OMS de Escuelas Saludables, enfocado en la comunidad preescolar abordando estilos de vida saludables, principalmente hábitos y práctica de actividad física.

La experiencia que presentamos se basa en la coordinación Cesfam-instituciones educacionales, trabajo interdisciplinario y compromiso profesional, que permite desarrollar desafíos y experiencias, integrar a la comunidad preescolar (niños-apoderados-funcionarios) a los estilos de vida saludables sobre actividad física mediante el Proyecto CRES-UV, trascendiendo el deber profesional, representando un estilo de vida personal que sea integrado en la comunidad.

El kinesiólogo debe vincular la actividad física bajo la estrategia de Rehabilitación de Base Comunitaria (RBC), relevando su rol en la promoción en salud, ya que la inactividad física favorece1.9 millones de muertes anuales (OMS, 2010), situación que puede y debe modificarse.

OBJETIVOS

Objetivo general

Difundir plan de trabajo con la comunidad preescolar, integrando hábitos y práctica de actividad física.

Objetivos específicos

- Presentar abordaje innovador del EAF, considerando a familia y funcionarios como modelos de los niños.
- Señalar articulación EAF con PROMOS: diseño e implementación de Proyecto de actividad física.
- Mostrar red de Jardines Infantiles desarrollada a partir del EAF.
- Participar activamente en trabajo en equipo con los otros ejes CRES.
- Mostrar vínculo de alumnos carreras de la salud en promoción de actividad física preescolar.

METODOLOGÍA

- Aprendizaje significativo, trabajo participativo, planificaciones y asignación de tareas.
- Diagnóstico de necesidades del EAF-jardines infantiles y viceversa.
- Reuniones de articulación EAF-jardines infantiles.
- Desarrollo plan de trabajo entre instituciones, profesionales y comunidad.
- Implementación de actividades comunitarias cooperativas y participativas: capacitaciones, talleres, jornadas.
- Evaluación participativa del impacto y resultados de las estrategias.

RESULTADOS

- Participación de 150 niños, 45 funcionarios, 80 familias: 100% Jardines Infantiles.
- Articulación con Proyecto Promos cuyo financiamiento incluye profesionales y recursos materiales, duración 15 semanas.

[1] Cesfam Olmué. Eje Actividad Física CRES-UV. alvarosotovera@gmail.com

- Establecimiento de red colaborativa Jardines Infantiles del EAF, con reuniones mensuales para planificación y balance.
- Trabajo en equipo ejes CRES y alumnos (31 internos Kinesiología, 16 de Medicina y 1 de Nutrición, 2010-2011).
- Integración EAF en investigación de posgrado y en la Red Iberoamericana de Promoción de Salud Escolar (Ripse).

CONCLUSIONES

La promoción en salud requiere enfoque transversal, involucrando mayor cantidad de agentes, los que poseen un rol potencialmente importante en liderazgo.

La planificación y evaluación son herramientas imprescindibles que orientan las actividades. El foco, en esta oportunidad, corresponde a la comunidad preescolar, abarcando 100% de Jardines los últimos 3 años.

Esto ha sido incentivo para iniciar una investigación de posgrado sobre actividad física, no sólo con la finalidad de indagar el abordaje de la actividad física comunitaria sino también ser un aporte en la generación de redes de trabajo, favoreciendo la puesta en carpeta de políticas comunales integrales de actividad física preescolar.

Palabras clave: CRES-UV Olmué, actividad física preescolar, promoción en salud, trabajo comunitario, investigación RIPSE, RBC.

Análisis del proceso de instauración de la medicina intercultural en la comuna de Putre

ROCO S. ALBERTO[1]

INTRODUCCIÓN

La necesidad de desarrollar una política intercultural de salud está basada en el Convenio 169 de la Organización Internacional del Trabajo (OIT) a la cual Chile se adscribe en el año 1989. Es por esto que el Servicio de Salud Arica comienza su trabajo en esta materia a través del Programa Especial de Salud Pueblos Indígenas (Pespi) y el Consultorio General Rural de Putre. Basándose en el proceso que se realizaba con la etnia mapuche, se intenta replicar esta experiencia en la comuna de Putre. De este modo, comienzan a realizarse diferentes actividades para lograr las condiciones necesarias que permitan cumplir con la incorporación del modelo intercultural de salud.

OBJETIVOS

Analizar las características dinámicas del modelo de salud intercultural planteado por el Centro de Salud Familiar (Cesfam) de Putre.

METODOLOGÍA

Participativa, involucra comunidad organizada y equipo de salud en sus múltiples áreas de trabajo, y a través de un diálogo entre comunidades aymaras /equipo de salud; conformación de la red comunitaria de asesores culturales, formada por médicos tradicionales aymaras y representantes de todas las localidades de la comuna de Putre. Implementación de proyectos: “Estrategia de complementariedad

[1] Técnico en Enfermería. alberto6928@hotmail.com

entre el sistema médico oficial y aymara para la implementación de un modelo intercultural de atención en salud en la comuna de Putre ", "Red comunitaria de asesores culturales para la implementación de un modelo intercultural de atención en salud en el Consultorio rural de Putre II Etapa". Realización de talleres comunitarios: "Nuevas aplicaciones de la medicina aymara", "Jornada de recuperación del conocimiento médico aymara".

RESULTADOS

El modelo de salud intercultural reconoce que ningún sistema médico es capaz de satisfacer por sí solo todas las demandas de salud que presenta una población; igualmente, se plantea que la interculturalidad en salud no sólo se refiere a que se acepte el conocimiento tradicional, también significa que los médicos y la gente que trabajan en los servicios sanitarios conozcan la cultura de la población, su condición social, su condición económica, su problema de la tierra. Nuestros pueblos originarios tienen valores muy importantes que se han ido perdiendo; ellos viven en comunidades y atacan sus problemas en conjunto; por lo tanto, es necesario un enfoque de pueblos indígenas.

CONCLUSIONES

El diseño de modelos médicos que permitan articular la medicina oficial y la medicina indígena se nos plantea como el gran desafío a futuro para el Servicio de Salud Arica. El inicio del modelo familiar en Putre permitió afianzar, con el tiempo, la posibilidad de crear el primer Cesfam de la XV Región. El Centro comunitario de salud intercultural será un gran apoyo, permitiendo crear el lugar físico que hace falta y que a su vez permita extender sus acciones hacia otros programas en salud e instituciones, para unirse, afianzarse y mostrarse. Este proceso no estuvo exento de problemas, ya que era la primera vez que dos culturas empezaban a dialogar; así mismo, las dificultades que presentan actualmente ambos sistemas de salud son el comienzo para intentar caminar en la misma dirección.

Palabras clave: salud intercultural.

Atlas local de salud cardiovascular Región Metropolitana

URIBE C., JUAN PABLO[1], CID L., PATRICIA[1] y GUERRA, LUISA[2]

INTRODUCCIÓN

Las enfermedades del sistema circulatorio son la principal causa de muerte en el mundo y la primera causa de muerte en Chile. El año 2009 fallecieron 49.753 personas por esta causa y se proyecta que esta cifra siga en aumento.

Este Atlas intenta identificar factores urbanos ambientales que pueden incidir en la calidad de vida de la población y que, de manera directa o indirecta, contribuyan a disminuir el riesgo cardiovascular.

OBJETIVOS

Realizar un diagnóstico territorial de la distribución de los recursos urbanos ambientales que inciden en la calidad de vida y la salud car-

[1] Seremi de Salud RM. uribecifuentes@gmail.com
[2] Independiente.

diovascular de la población de la atención primaria de salud de 4 consultorios en la Región Metropolitana.

METODOLOGÍA

El presente trabajo se realizó en 4 consultorios de atención primaria de la Región Metropolitana.

El diseño del atlas consideró 2 etapas: la primera, definir, identificar y georreferenciar factores protectores cardiovasculares urbano ambientales; la segunda, caracterizar geográficamente los pacientes con riesgo cardiovascular en base a los siguientes diagnósticos: hipertensión arterial, diabetes mellitus y dislipidemia.

El levantamiento y localización de factores protectores urbano ambientales se realizó con una encuesta de percepción en una muestra aleatoria de pacientes de cada consultorio. Se consideraron las siguientes dimensiones: espacios de sociabilidad, servicios comunales, expendios de alimentos saludables e infraestructura urbana saludable. Esta información fue contrastada con catastros municipales y trabajo en terreno.

Los pacientes en riesgo cardiovascular fueron seleccionados por medio de una muestra representativa utilizando fichas clínicas y tarjeteros de cada consultorio.

El análisis estadístico descriptivo se realizó por medio del software Stata 11, para la georreferenciación y análisis espacial se utilizó el software Arcgis 9.2.

RESULTADOS

Existe una distribución geográfica desigual en los factores protectores cardiovasculares en cada consultorio.

Los espacios de sociabilidad presentan una distribución homogénea, predominando las organizaciones sociales (juntas de vecinos, centros de madres, etc.) e iglesias en todos los consultorios.

Los expendios de alimentos saludables en un 38% corresponden a almacenes y un 27% a verdulerías. Respecto a su distribución geográfica, tienden a la concentración en zonas específicas tanto en las comunas de Independencia y Pedro Aguirre Cerda.

La infraestructura urbana saludable muestra diferencias en su distribución; el Cesfam de Maipú concentra un 72% de las áreas verdes, mientras que del total de centros deportivos un 72% corresponde a multicanchas.

Los servicios comunales: predominan los establecimientos educacionales que se distribuyen homogéneamente en todas las comunas, predominando las escuelas particulares subvencionadas (67%).

La distribución de los pacientes descompensados muestra una localización, en su mayoría, equidistantes del centro de salud.

CONCLUSIONES

Existe una distribución heterogénea de los principales factores protectores cardiovasculares en cada comuna estudiada.

Existe un amplio acceso en todas las comunas a centros de expendio de alimentación saludable.

Existen diferencias significativas en la distribución de áreas verdes dentro de cada comuna.

Existe infraestructura urbana saludable en todos los consultorios, aunque en Independencia esta abarca una menor área.

Una atención integral de salud debiese considerar cómo el territorio en el que habita el paciente está equipado para facilitarle una vida saludable.

A pesar de que existe una infraestructura urbana saludable de fácil acceso a los pacientes, el riesgo cardiovascular se mantiene en niveles alto y muy alto; igualmente, no se logra impactar en la compensación de los pacientes en programa.

Palabras clave: salud cardiovascular, factores protectores urbano-ambientales, geografía de la salud.

Desarrollo e implementación de un sistema de llamadas automatizadas y SMS para el apoyo a diabéticos

BLAYA A. JOAQUÍN [1], ROJAS VERÓNICA[2], PÉREZ E., J. CAROLA[3], LANGE, ILTA[3], ZÚÑIGA, MARÍA FRANCISCA[4] y ALCAYAGA, CLAUDIA[3]

INTRODUCCIÓN

En Chile, el 7% de la población tiene por lo menos una enfermedad crónica. De ellos, un 41% son casos Auge y usan el 60% de los recursos de la atención primaria de salud (APS). En los años que vienen, estos porcentajes tenderán a crecer como en los otros países desarrollados. Monitorear estos pacientes es difícil. Por ejemplo, de todas las personas con hipertensión, sólo el 8% está monitoreado apropiadamente. Monitorear a esta población requiere herramientas tecnológicas más avanzadas, y costo efectivo, de las que están siendo usadas actualmente; una de las más importantes son las tecnologías de la información y comunicación (TIC) y entre ellas, los sistemas móviles.

OBJETIVOS

- Demostrar el desarrollo y la implementación de un sistema informático que apoya el monitoreo de pacientes con diabetes en dos centros de salud de la comuna de Puente Alto
- Demostrar los resultados y las lecciones aprendidas durante el diseño e implementación del sistema informático.

METODOLOGÍA

El diseño de los procesos y flujos clínicos, y de los requerimientos y diseño del sistema informático fue hecho por un grupo multidisciplinario de la Escuela de Enfermería de la P. Universidad Católica, los consultorios de Puente Alto y eHealth Systems.

Este sistema fue creado usando plataformas desarrolladas entre varias instituciones, incluyendo un grupo de la Escuela de Medicina de Harvard, al cual pertenece uno de los autores (JAB). Estas plataformas han sido implementadas en más de 25 países y dieron la flexibilidad necesaria para crear el sistema necesario.

El sistema tiene:

- Un registro clínico electrónico (RCE) para ingresar los datos de los pacientes.
- Un sistema de llamadas automatizadas conectado al RCE, que realiza llamadas a pacientes dependiendo de una serie de variables como, por ejemplo, si ha recibido sus medicamentos o ha escogido actividad física o alimentación, como el cambio que quiere hacer, entre otras.
- Un sistema de SMS que envía mensajes de texto a pacientes con las mismas variables de respuestas de las llamadas automatizadas. Por ejemplo, un paciente que responde que se ha olvidado tomar sus medicamentos, recibe un SMS cada día por 7 días consecutivos, recordándole tomar sus medicamentos.
- Alertas de email al personal clínico si hay una situación de los pacientes que requiere intervención personalizada. Ejemplos son: si un paciente tiene dudas sobre

[1] Division of Global Health Equity. Brigham and Women`s Hospital, Harvard Medical School y eHealth Systems, jblaya@ehealthsystems.cl
[2] eHealth Systems.
[3] Escuela de Enfermería. Pontificia Universidad Católica de Chile.
[4] Corporación Municipal de Educación, Salud y Atención de Menores. Puente Alto.

cómo tomar sus medicamentos, no ha podido leer los SMS, o ha sido recientemente creado en el sistema.

RESULTADOS

El sistema fue implementado en los centros Bernardo Leighton y San Gerónimo de Puente Alto en febrero del 2011. 19 personas fueron capacitadas en el uso del sistema. Desde esa fecha, 64 pacientes han sido ingresados, 241 llamadas automatizadas realizadas, 352 SMS enviados y 473 alertas de email hechas.

CONCLUSIONES

Este sistema fue implementado exitosamente en dos centros de salud y ha sido utilizado para monitorear 64 pacientes en 7 meses.

El diseño e implementación por un equipo multidisciplinario que incorpora informáticos médicos, personal clínico experto en manejo de crónicos y personal de los centros de salud, fue esencial en poder crear e implementar el sistema informático y modelo de cuidado de crónicos dentro de un sistema tan complejo como es el de salud.

Este sistema podría ser implementado en otros centros, ambos en el sector público y privado.

Palabras clave: de información, salud móvil, celulares, crónicos, diabetes.

Estudio situación de salud en América Latina y el Caribe (ALC): Un nuevo modelo de análisis

ROJAS V., VERÓNICA[1], ZORNETZER, HEATHER[2] y BLAYA S., JOAQUÍN[3]

INTRODUCCIÓN

Grandes esfuerzos se realizan en ALC para desarrollar iniciativas de eSalud. Estudios muestran gran diversidad de políticas, estrategias e implementación de herramientas de eSalud en la región, que los proyectos son escasamente evaluados y publicados, lo que limita el aprendizaje y, finalmente, se observa que teniendo problemas sanitarios semejantes, los países realizan esfuerzos aislados para los mismos problemas y dejan otros sin intervenciones. Lo anterior refleja la necesidad de que, independiente de las políticas de eSalud, los países: 1) conozcan y desarrollen las condiciones que favorecerán la implementación de la futura política, 2) orienten las herramientas de eSalud a resolver necesidades derivadas de los problemas/prioridades sanitarias y 3) se desarrollen mecanismos y habilidades para crear redes de colaboración regionales para potenciar los esfuerzos aislados, evitar duplicaciones y acelerar el aprendizaje de las mejores prácticas.

OBJETIVOS

- Conocer estado del arte de las condiciones del entorno que facilitan la implementación de una estrategia de eSalud.
- Conocer cómo contribuyen los proyectos de eSalud en el abordaje de los problemas/prioridades sanitarias de los países.

[1] eHealth Systems. vrojas@ehealthsystems.cl
[2] Instituto Ciencias Sostenibles. Nicaragua.
[3] eHealth Systems y Brigham & Womens Hospital, Harvard Medical School.

METODOLOGÍA

Para el trabajo en terreno se reclutaron investigadores locales de 10 países mediante una convocatoria amplia. Se diseñaron 2 fases. En la 1ª fase: 1) se definieron las variables del entorno mediante revisión de distintas recomendaciones y se tomaron las mencionadas más frecuentemente, se realizó una priorización nominal por parte del equipo de investigadores, y las más importantes se desagregaron en variables de mayor detalle; 2) para el análisis de los proyectos de eSalud en función de las prioridades sanitarias se estableció: a) una agrupación de tipos de proyectos y b) una desagregación de las necesidades de información de dichas prioridades, basada en guías clínicas y/o programas de salud. Estas últimas fueron agrupadas en necesidades de información para la entrega de prestaciones, información para gestión e información para investigación. La identificación de estas variables y la sistematización realizada son la base para el diseño de los instrumentos de captura de datos de la 2ª fase del estudio correspondiente al levantamiento de la información de los países.

RESULTADOS

Se cuenta con catálogos de variables del entorno y su respectivo detalle para explorar el estado del arte de las condiciones que facilitan la implementación de una estrategia de eSalud. También se cuenta con una matriz de las necesidades de información a las que deberían estar orientados los proyectos de eSalud.

En una revisión preliminar, algunos investigadores locales han identificado ausencia de condiciones favorables del entorno y algunos vacíos de proyectos de eSalud en áreas de las prioridades sanitarias.

Por otra parte, el trabajo colaborativo entre personas de 10 culturas distintas ha demostrado la necesidad de que dicha colaboración debe ser diseñada, intencionada y monitoreada, dirigida, lo que contribuye a iniciar la formación de redes regionales de colaboración.

CONCLUSIONES

Este trabajo muestra la innovación introducida y sus argumentos en la 1ª fase de este estudio. Se espera que los resultados de la 2ª fase entregue a los tomadores de decisión una visión sobre los desafíos y oportunidades para la instalación y mantención de una estrategia de eSalud a mediano y largo plazo en la región.

Lo que tiene mayor valor es proveer información que permitirá planificar las medidas a implementar para una estrategia de eSalud y demostrar el gran espectro de necesidades en que las herramientas de eSalud pueden aportar. Esto, sumado a una red de colaboración, permitirá expandir los beneficios de la eSalud.

Palabras clave: eSalud, política eSalud.

Evaluación de proceso del sistema de Comunicación-Seguimiento Móvil para personas en sospecha de diabetes

PÉREZ E., J. CAROLA[1], LANGE, ILTA[1], ZÚÑIGA, FRANCISCA[2], ALCAYAGA, CLAUDIA[1], URRUTIA, MILA[1] y CAMPOS, SOLANGE[1]

INTRODUCCIÓN

El diagnóstico y tratamiento oportuno de las personas con diabetes tipo 2 (DM2), constituye prioridad para la salud en Chile. El GES estipula 45 días como plazo máximo para la confirmación diagnóstica en personas con sospecha de diabetes. Sin embargo, no todas las personas completan este proceso en dicho plazo. Para reducir barreras que impiden el diagnóstico oportuno de la DM2, se desarrolla un estudio de factibilidad que incorpora el uso del celular como herramienta para mantener la comunicación y continuidad en el proceso de diagnóstico y tratamiento a personas con DM2 en dos centros de la comuna de Puente Alto. Este sistema de Comunicación-Seguimiento Móvil (Cosmos) mantiene y fortalece la relación entre el centro de salud y sus usuarios e incluye los siguientes componentes (articulados entre sí): consejerías telefónicas realizadas por profesionales de la salud, llamadas automatizadas y envío de mensajes de texto (SMS) realizadas por un software diseñado para este propósito. Este sistema forma parte del modelo Comos que considera componentes adicionales.

OBJETIVOS

Objetivo general

Evaluar el proceso de implementación del sistema Cosmos en los centros de salud, permitiendo su mejoramiento.

Objetivos específicos

- Cuantificar las consejerías telefónicas realizadas por los profesionales, llamadas automatizadas recibidas por los participantes y SMS despachados por el software.
- Determinar los logros y dificultades relacionadas con el desarrollo de las consejerías telefónicas, llamadas automatizadas y SMS.
- Evaluar los logros y dificultades en la interrelación entre el software Cosmos y las acciones que involucran a los funcionarios del centro de salud.

METODOLOGÍA

Estudio de factibilidad. Muestra: 80 personas que presentan sospecha de DM2, cuentan con celular. Intervención: Los datos de las personas que aceptaron participar se ingresan al software Cosmos que activa el envío de SMS y de llamadas automatizadas (llamadas realizadas por computador con un script específico). Adicionalmente, el sistema involucra la realización de consejerías telefónicas, realizadas por profesionales de los centros de salud capacitados en los modelos teóricos de entrevista motivacional, cambio de conducta y toma de decisiones. Las respuestas que las personas ingresan en su celular durante las llamadas automatizadas pueden generar la emisión de una alerta al personal del centro de salud, para realizar consejerías personalizadas post alerta.

RESULTADOS

A la fecha, 45 personas forman parte del estudio, 37 han realizado la confirmación diagnóstica. Un 78% no presenta DM2, 8 personas

[1] Escuela de Enfermería. Pontificia Universidad Católica de Chile. jcperez1@uc.cl
[2] Corporación Municipal de Educación, Salud y Atención de Menores. Puente Alto

presentan la enfermedad y 8 se encuentran en proceso diagnóstico. Durante este proceso, la tasa de envío de SMS es variable, el 100% en los SMS educativos han sido enviados, sin embargo, otros SMS planificados no fueron enviados. Si bien la emisión de las llamadas automatizadas es alta, la respuesta de los pacientes es baja, sólo cerca del 50% son respondidas, pese a que se realizan 3 intentos en los horarios indicados por los pacientes. Las consejerías telefónicas generalmente no se realizan en los plazos estipulados y presentan problemas de registro, lo que afecta la eficacia del sistema Cosmos.

CONCLUSIONES

Para mejorar el sistema Cosmos será necesario simplificar el sistema de interrelación entre el software y las tareas de los profesionales de la salud. Modificaciones como la generación de una interface que permita la comunicación directa entre el software Cosmos y Registro Clínico Electrónico, y la incorporación del sistema como parte del manejo de casos para pacientes con DM2 ayudarían a mejorar y a difundir este sistema.

Palabras clave: m-health, diabetes tipo 2, comunicación centro de salud-pacientes.

Experiencia e impacto de aplicación de fichas CLAP en Calbuco insular con enfoque de promoción

CATRILLANCA Q, JUAN[1] y SEPÚLVEDA V, ROCÍO[1]

INTRODUCCIÓN

Calbuco es una comuna predominantemente insular. Su principal característica es la presencia del archipiélago de Calbuco, compuesto por 14 islas.

Durante el presente año, se realizó la clásica negociación respectiva a metas, donde se inició un nuevo parámetro a conseguir que eran las fichas Clap en adolescentes de 10-14 años, donde, en nuestro departamento de salud que abarca 19 postas de salud rural y 4 estaciones médico-rurales, se pactó un 5% de cumplimiento.

La dispersión geográfica y la alta demanda asistencial en cada ronda, complica la aplicación de este instrumento en rondas habituales; es así como se conforma un equipo de médico, matrona y paramédico que decide llevar a cabo esta labor con enfoque de promoción y a través de la población escolar en sectores insulares de Chope (I. Huar), Chauquear (I. Huar) y San Antonio (I. Quihua).

OBJETIVOS

- Implementar la ficha Clap como herramienta de pesquisa de morbilidades y problemas asociados a la primera adolescencia.
- Utilizar la aplicación de la ficha Clap como herramienta de promoción, fomento y prevención en salud.
- Instruir a adolescentes de 10-14 años en temáticas de salud sexual y reproductiva, embarazo adolescente, hábitos tóxicos y desórdenes alimenticios a través de educaciones grupales y consejerías individuales.
- Fortalecer interacción salud-educación.

METODOLOGÍA

Se decide, a modo de estrategia, enfocarse

[1] Departamento de Salud Calbuco. Servicio Salud del Reloncaví. dr.catrillanca@gmail.com

en la población escolar que se encuentra cercana a determinadas postas; esto, por la concentración de niños en esa edad y por el enfoque que se le podía dar, de promoción y educación.

Se trabaja principalmente con 3 postas insulares y su comunidad escolar: Chope, San Antonio y Chauquear.

Como metodología, se utilizó el informar a la escuela respecto a las fichas Clap y si estaban de acuerdo en su aplicación en dicho distrito escolar. Se solicita al director y profesores que se dé aviso a los padres respecto a la intervención que se va a realizar.

Los pasos fueron los siguientes:

1. Se invita a los padres, se informa del instrumento y de las intervenciones a realizar. Se les sugiere que no entren junto a los niños, pero que si alguno se opone, puede ingresar con él.
2. Se asiste a la escuela, en donde se divide a los niños en dos grupos etarios (10-12 y de 13-14 años) para realizar educaciones en temáticas de educación sexual, métodos anticonceptivos, embarazo adolescente, hábitos tóxicos (drogas, tabaco y alcohol), autoflagelación, anorexia y bulimia.
3. Luego, por curso, asistían a la posta en compañía de su profesor jefe, donde se aplicaba la ficha Clap en su totalidad:

a) Entrevista psicológica, en donde se realizaba el genograma, las condiciones de habitabilidad y relaciones intrafamiliares.
b) Concurrían a la matrona, en donde se realizaba preguntas de enfoque sexual y reproductivo descritas y, en el caso de las adolescentes, se hacía examen ginecológico adecuado a su edad.
c) Examen físico completo y, en el caso de los adolescentes, examen genital, por médico en compañía de TENS.

Cada profesional insta a la conversación y a la aclaración de dudas, realizando consejerías individuales en cada caso, acotadas a su edad.

RESULTADOS

Impacto en los adolescentes

Los adolescentes se mostraron interesados y muy receptivos tanto en la educación como dispuestos a participar en el examen físico completo que se les realizó.

Llama la atención la falta de conocimientos e información respecto a la sexualidad que tienen estos niños. Dentro de esta temática destaca la naturalidad con que se visualiza el abuso sexual.

Impacto en el equipo de salud

a) Mayor vinculación con las escuelas para realizar promoción, educación y prevención en estos grupos escolares, establecer líneas de acción en conjunto para el mejoramiento de la educación en ámbitos de salud y sexualidad.
b) Referencia de todo adolescente con algún tipo de afección. En este caso, se realizaron derivaciones psicológicas, oftalmológicas y odontológicas, además de procedimientos necesarios en el momento de la atención por morbilidad tales como lavado de oídos, prescripciones médicas y de anticoncepción, entre otros.
c) Derivación inmediata dental a niños de 12 años.
d) Abordar en escuelas y con profesores temáticas de abuso sexual, entre otros.

Impacto en la familia y escuelas

Existieron contratiempos a esperar, especialmente referidos a los profesores con respecto a las educaciones; y respecto a los padres, algunos se opusieron a la realización del examen físico de los niños.

El resto de la experiencia fue positiva, apoderados y profesores colaboradores, encantados con la experiencia, con la educación focalizada y el examen físico completo con todas las derivaciones llevadas a cabo al poco tiempo.

CONCLUSIONES

Se puede concluir la alta importancia de este instrumento. Si bien es cierto existía como formato, al no ser meta, no se le había otorgado gran importancia a su aplicación; sin embargo, el llevarlo a cabo permitió detectar situaciones inesperadas tales como el gran porcentaje de abuso sexual de menores, las altas perspectivas respecto a su futuro y la vulneración de derechos de los adolescentes. Es por esto que además de favorecer la educación, la promoción y la prevención de temáticas de salud, permite, con el análisis pertinente, dar una perspectiva de diagnóstico en salud del adolescente, lo que como equipo nos permite idear lineamientos de intervención en las distintas temáticas, transformándose de una meta más que cumplir, en una herramienta fidedigna y simple para el mejoramiento de la atención de nuestros usuarios/as.

Palabras clave: ficha clap, promoción, insular.

Impacto de un sistema de llamadas automatizadas y mensajes de texto en reducir inasistencias

BLAYA JOAQUÍN[1], JORQUERA HÉCTOR[2], ROJAS VERÓNICA[3], TORRES PATRICIA[2] y MUÑOZ JORGE[4]

INTRODUCCIÓN

El sistema público de salud chileno actualmente tiene tasas de inasistencia a citas ambulatorias de profesionales entre 20% a 40%. Para un consultorio con una población de 25.000 personas, esto significa más de 16.000.000 de pesos anuales en horas profesionales no utilizadas por inasistencia.

Diseñamos e implementamos el sistema informático MiDoctor, que realiza llamadas automatizadas y envía mensajes de texto (SMS) automáticamente para confirmar y recordar a los pacientes sus citas. A diferencia de otros sistemas existentes, este nuevo sistema permite que el paciente confirme su cita o informe al personal clínico o administrativo que no asistirá y, de esa manera, es posible citar a otro paciente en el horario liberado. MiDoctor fue implementado en el Hospital de Angol, en el Departamento de Medicina Interna.

OBJETIVOS

Los objetivos de este estudio fueron:

- Medir el impacto de una llamada automatizada en la reducción de inasistencia a citas ambulatorias programadas.
- Medir el impacto de una llamada automatizada con dos mensajes de texto en la reducción de inasistencias a citas ambulatorias programadas.

METODOLOGÍA

Un ensayo clínico aleatorio probó el impacto de MiDoctor en reducir la cantidad de inasistencias a citas. Todos los datos fueron

[1] eHealth Systems y Division of Global Health Equity, Brigham and Women`s Hospital, Harvard Medical School. jblaya@ehealthsystems.cl
[2] GenteMovil.
[3] eHealth Systems.
[4] Servicio de Salud. Araucanía Norte.

recopilados prospectivamente. El estudio fue realizado en el Hospital de Angol, Región de La Araucanía.

El sistema fue usado durante un mes para hacer llamadas y enviar SMS a los pacientes para recordar sus citas en Medicina Interna. Hubo tres grupos de pacientes:

1. Grupo control, quienes continuaron con el sistema actual de no recibir un recordatorio.
2. Grupo de llamada automatizada, los cuales recibían una llamada automatizada para confirmar su cita, 4 días antes.
3. Grupo de llamada automatizada y SMS, los cuales además de la llamada automatizada 4 días antes de su cita, recibían un SMS al ingresar al sistema y un SMS de recordatorio el día antes de su cita.

Durante el estudio, todos los pacientes del departamento de Medicina Interna fueron asignados a uno de los tres grupos hasta llegar a 300 pacientes por grupo. Fueron asignados aleatoriamente por la fecha y hora de su cita, el primer paciente al primer grupo, el segundo paciente al segundo grupo. Al cuarto paciente se le asignaba el primer grupo de nuevo.

Examinamos el efecto de la intervención a nivel del paciente. Usamos un generalized linear mixed model para el análisis.

RESULTADOS

La recolección de datos del estudio será realizado el mes de septiembre, por lo cual contaremos con resultados para la fecha de las jornadas. Esperamos que los pacientes en el grupo de llamadas automatizas con SMS tengan menos inasistencias que el grupo de control ($p=0.01$) y similar a los del grupo de sólo llamadas automatizadas. También esperamos que el grupo de llamadas automatizadas tenga menos inasistencias que el grupo de control.

CONCLUSIONES

Este estudio permitirá mostrar el impacto que puede tener un sistema automático en reducir la cantidad de inasistencias a citas ambulatorias programadas. El impacto de este sistema podrá ser tanto la optimización del uso de los recursos de la institución, como también la disminución de la cantidad de pacientes en listas de espera. Un sistema para el manejo de diabéticos basado en la misma tecnología ha sido implementado con la Escuela de Enfermería de la P. Universidad Católica, en dos centros de salud de la municipalidad de Puente Alto.

Palabras clave: sistema de información, inasistencias, salud móvil, líneas de espera.

Impacto sanitario de estrategia de intervención en la malnutrición por exceso en población infantil de comuna de Tucapel

MARTÍNEZ P., YERTY[1], PAYA G., CONSTANZA[2], PÉREZ H., MIRIAM[3] y VERGARA S., DANIELA[1]

INTRODUCCIÓN

Actualmente en Chile las enfermedades crónicas no transmisibles constituyen un problema de salud pública, que tienen como factores condicionantes la obesidad y el sedentarismo.

Chile es hoy el país con más rápido creci-

[1] Servicio de Salud Biobío. yertymp@gmail.com
[2] Complejo Asistencial Dr. Víctor Ríos Ruiz.
[3] Hospital Yumbel.

miento de obesidad infantil, con una de las prevalencias más altas en el mundo.

La vigilancia epidemiológica de la prevención ha estado focalizada en menores de 6 años, obteniendo importantes resultados sanitarios. En mayores de 6 años, sólo existen estrategias de intervención promocionales aisladas. En adultos, se pesquisa y controla a personas con daño.

Resulta imprescindible implementar estrategias tendientes a ampliar la cobertura de atención y prevención. Desde el año 2009 se implementa estrategia de seguimiento destinado a prevenir malnutrición por exceso en niños mayores de 6 años en la comuna de Tucapel.

OBJETIVOS

- Mantener un sistema de control de salud infantil integral en niños mayores de 6 años para quebrar la tendencia al aumento de la malnutrición por exceso en la comuna de Tucapel.
- Mantener un tratamiento adecuado en niños mayores de 6 años, a través de un sistema de controles integrales con enfoque familiar que permita que el equipo de salud adopte una filosofía promocional, preventiva y anticipatorio al daño, orientados a estilos de vida saludables.
- Disminuir prevalencia de obesidad (25%) en población mayor de 6 años bajo control.
- Mantener o aumentar porcentaje de niños mayores de 6 años con estado nutricional normal en controles de salud de acuerdo a protocolo.
- Mantener colaboración y adscripción de autoridades y de la comunidad.

METODOLOGÍA

Se trabajó con medición cuantitativa e intervención cualitativa, a través de la implementación de un nuevo protocolo de control de salud a niños mayores de 6 años, creado por el grupo, para realizar un seguimiento nutricional según la medición de IMC (indicadores diseñados por integrantes del equipo).

RESULTADOS

Se ha dado continuidad a los controles y seguimiento de niños mayores de 6 años, basándose en el protocolo de control de salud de niños mayores de 6 años elaborado en 2009.

Se monitoreó la adecuada aplicación del flujograma diseñado y resultados IMC de niños bajo control.

Se mantiene apoyo intersector educación, Seremi, Consejo de desarrollo hospitalario local, padres y apoderados de escuelas de Huépil y representantes de las Juntas de vecinos.

Se percibe un 33% de inasistencias a control después de los 6 años, principalmente en niños eutróficos. El 21% de los niños bajo control, mayores de 6 años, presenta obesidad. Se observa disminución de un 68% a 55% de niños con evaluación nutricional normal después de los 6 años.

CONCLUSIONES

Se logra mantener la estrategia de control de salud infantil integral para niños mayores de 6 años en Hospital de Huépil, desde año 2009.

Se logra aumentar cobertura de atención de niños eutróficos en grupo de escolares que no estaban siendo abordados epidemiológicamente, de acuerdo a nuevo protocolo elaborado el año 2009. Se logra mantener bajo control a niños mayores de 6 años que tienen estado nutricional normal.

En evaluaciones nutricionales, se aprecia un aumento de inasistencias a control.

Se logra mantener niños con estado nutricional normal mayores de 6 años bajo control.

El 21% en grupo control presenta obesidad.

Palabras clave: obesidad.

Importancia de la ecografía obstétrica en la experiencia del buque Cirujano Videla en las rondas de salud del archipiélago de Chiloé

BARRÍA A., JOSÉ[1] y VIVEROS C., VIVIANA[1]

INTRODUCCIÓN

El buque Cirujano Videla, en un convenio entre SS de Chiloé y Armada, realiza rondas médicas en el archipiélago de Chiloé, dotado de un equipo civil con profesionales y técnicos, además de equipamiento tecnológico. Entre las prestaciones existe la realización de ecografías obstétricas, principalmente de primer trimestre, examen que además de la evaluación materno-fetal, genera emociones significativas en la promoción de los cuidados prenatales. Con el recurso humano capacitado y el equipo necesario, se mejoran el acceso a la atención en salud y resolutividad en sectores aislados por geografía y clima adversos. Se agrupó a las mujeres embarazadas que se realizaron ecografía en el buque, entre abril de 2010 y abril de 2011, para evaluar el impacto a nivel de las oportunidades en el acceso y los aspectos afectivos y de responsabilidad que influyeron en la etapa perinatal.

OBJETIVOS

- Evaluar la utilidad de disponer del recurso humano capacitado en ecografía obstétrica, junto al recurso tecnológico adecuado en las rondas del PMD Videla.
- Conocer el impacto a nivel afectivo de este examen, en las embarazadas.
- Identificar la periodicidad y adhesión a los controles e indicaciones prenatales, posterior a la primera ecografía.
- Demostrar la importancia de mantener una unidad móvil marítima, con equipamiento y recurso humano capacitado realizando rondas en sectores aislados.

METODOLOGÍA

Trabajo cualitativo descriptivo, que consistió en evaluar la utilidad de la ecografía obstétrica, disponible en el PMD Videla que realiza rondas en Chiloé insular, a través de la percepción en una población de embarazadas que se realizó el examen entre abril de 2010- abril de 2011, por medio de una encuesta de satisfacción usuaria. Además, se evaluó la adhesión a controles prenatales posterior a la ecografía, mediante la revisión de agenda de la mujer y ficha clínica.

RESULTADOS

- La ecografía obstétrica es una prestación útil y necesaria en sectores insulares aislados, además de generar satisfacción en las mujeres del estudio.
- Las usuarias refieren sentimientos y emociones positivos, que generaron lazos afectivos importantes en la relación madre-hijo(a).
- Se identificó mayor receptividad en la adhesión a controles e indicaciones prenatales.
- Es particularmente útil para estas poblaciones aisladas, el acceso a prestaciones médicas que, además de la atención por profesional, incluyan exámenes resolutivos.

CONCLUSIONES

- La ecografía obstétrica es un factor complementario importante en el apoyo a los controles prenatales realizados por matrona(ón) en sectores aislados.
- La posibilidad de acceder al examen genera lazos afectivos y de compromiso precoces

[1] Buque Cirujano Videla. Servicio de Salud Chiloé. cirujanovidela@gmail.com

con el embarazo, al visualizar la imagen del embrión en gestación.
- Es necesaria la continuidad del buque, con el recurso humano y tecnológico capacitado para la realización de rondas médicas en sectores insulares aislados de Chiloé. Es posible mejorar la prestación obteniendo mayor provecho del equipo ecográfico y con más recurso humano capacitado.
- La experiencia puede ser replicada en otros establecimientos de salud terrestres o marítimos, que por geografía o clima, tengan dificultades en el acceso; con unidades móviles con recurso humano y técnico adecuado.

Palabras clave: ecografía, obstétrica, rondas, Videla.

La importancia de los escenarios de aprendizaje en la formación en salud para la integralidad

MARTINS G., MARIA DA GRAÇA[1], KOIFMAN LILIAN[2], COSTA. M. B., SANDRA[1], VIDAL A. ISABELA[1] y GUEDES N.CAROLINA[3]

INTRODUCCIÓN

La reforma curricular del curso de Medicina de la Universidad Federal Fluminense, en Niterói, Estado de Río de Janeiro, en Brasil, ocurrida en 1992, tuvo como prioridad la inserción de los alumnos en la red jerarquizada de servicios, con la finalidad de desarrollar el aprendizaje que permita comprender la dimensión de las acciones de salud en la población. El currículo tiene una propuesta original, especialmente a partir del Programa práctico-conceptual, en la materia 'Trabajo de Campo Supervisado`, en el tercer año, con actividades prácticas, con gran desafío de componer la red saberes centrados en la integración entre el aprendizaje, la extensión comunitaria y la investigación.

Presentamos en este trabajo la atención de un caso clínico que demuestra la importancia de dicha materia, posibilitando la inserción de estudiantes en un ambiente de práctica que genera reflexión acerca del contexto en que se desarrolla el proceso salud-enfermedad y los desafíos en la solución de problemas vividos en la práctica.

OBJETIVOS

Demostrar la importancia de la inserción de los alumnos de 3º año del curso de Medicina en escenarios de aprendizaje que posibiliten la percepción amplia de los problemas vividos y la intervención en la realidad estudiada.

METODOLOGÍA

Método: Presentación de una película sobre la atención de una paciente diabética, con severa deficiencia visual y con dificultad en el

(1) Maestría en Salud Pública. Facultad de Medicina. Universidad Federal Fluminense - Brasil. mggm1958@gmail.com
(2) Instituto de Salud de La Comunidad. Facultad de Medicina. Universidad Federal Fluminense - Brasil.
(3) Alumna Instituto de Salud de La Comunidad. Facultad de Medicina, Universidad Federal Fluminense – Brasil.

uso correcto de la dosis de insulina, por una tutora, en conjunto con una alumna del 3º año del curso de Medicina.

Escenario: Hospital Municipal, unidad municipal de salud de nivel terciario de la red pública de Niterói, ambulatorio de atención a los portadores de diabetes mellitus.

RESULTADOS

Frente a la dificultad visual de la usuaria en identificar la medida correcta de insulina a ser utilizada, los estudiantes idealizaron la confección de una ranura en la punta y otro en el cuerpo del émbolo de seringa de insulina, para permitir la identificación de la dosis correcta. Esa estrategia generó autonomía a la usuaria en relación a su propio cuidado de salud.

A partir de la identificación del problema presentado por la usuaria, los estudiantes se sensibilizaron y buscaron, de forma creativa, una solución eficiente para dicho problema. La experiencia vivida permitió consolidar un aprendizaje más allá de la técnica, ampliando la mirada frente al cuidado en la observación de la problemática vivida por la usuaria.

CONCLUSIONES

En relación al proceso de formación, las nuevas directrices curriculares de los cursos de salud (2001) tienen como objetivo la formación de un médico volcado para una práctica integral en el abordaje del proceso salud-enfermedad. En ese sentido, la importancia de los escenarios de aprendizaje se relaciona con la posibilidad de comprensión crítica de la realidad y la inclusión de la integralidad en el abordaje a los pacientes. Esas experiencias permiten a los alumnos salir del foco del conocimiento de las enfermedades y ampliar su mirada para la comprensión de los problemas vividos por los pacientes y, de esa forma, buscar soluciones creativas para que los proyectos terapéuticos puedan obtener mayor resolutividad. De ese modo, la formación, más allá del aspecto informativo, presenta un carácter reflexivo y de vivencia, fortaleciendo el despertar de nuevos saberes y posibilidades de acción.

Palabras clave: formación en salud, integralidad, cuidado en salud.

Movámonos por la salud

GUENEL CRISTINA[1], TORRES VALERIA[1] y SÁNCHEZ JESSICA[1]

INTRODUCCIÓN

El Programa PASAF es una estrategia ministerial que se viene desarrollando desde el año 2004, orientada a jóvenes con malnutrición por exceso. El Proyecto se focalizó en adolescentes con riesgo a desarrollar enfermedades cardiovasculares del 8º básico del Colegio Domingo Santa María de la ciudad de Puerto Montt; sin embargo, y para mejorar la adhesividad y evitar la discriminación, se incorporó a la totalidad del grupo curso a las actividades de Educación Física y Educaciones, y un grupo control que cumplían con los criterios de inclusión al PASAF. Este programa se realizó con una intervención biopsicosocial, que consideró un período de 7 meses.

OBJETIVOS

Objetivo general

Disminuir los factores de riesgo cardiovas-

[1] Cesfam Padre Hurtado. cristina.guenel@disampuertomontt.cl

cular asociados al síndrome metabólico en esta población, para contribuir a la prevención de enfermedades crónicas.

Objetivos específicos
- Mejorar condición nutricional, desde malnutrición por exceso a normalidad.
- Mejorar la condición física, en términos de capacidad funcional muscular y aeróbica.
- Entregar información en trastorno ansioso, estilos de vida saludables, enfermedades cardiovasculares.

METODOLOGÍA

- Evaluación nutricional inicial (a todo el grupo curso) y de seguimiento (a grupo control).
- Toma de exámenes. Inicial a todo el grupo curso y los exámenes de seguimiento (a grupo control).
- Evaluación médica y seguimiento (a grupo control).
- Sesiones de actividad física extracurricular 3 hrs semanal (a todo el grupo curso).
- Educaciones por médico, psicóloga y nutricionista (a todo el grupo curso).
- Reunión informativa con padres y apoderados (de todo el grupo curso).
- Difusión de la actividad física en calendario Vida Chile 2011.

RESULTADOS

En cuanto a los resultados, éstos los podemos dividir en 3 ámbitos:
- En cuanto a diagnóstico nutricional: El mayor cambio se produjo en los jóvenes que iniciaron el programa con diagnóstico de sobrepeso (SP), de los cuales un 37% de ellos logró alcanzar el rango de normalidad al término de éste. En relación a aquellos que estaban con diagnóstico de obesidad; si bien es cierto no modificaron su diagnóstico, todos lograron una reducción ponderal en promedio de 1.5 kg.
- En cuanto a exámenes de laboratorio: se evidenció una mejora en resultados de perfil lipídico, disminuyendo el colesterol total y aumentando el colesterol HDL. En relación a las glicemias, éstas se mantuvieron estables durante todo el proceso.
- En cuanto a estilos de vida saludables: se evidenció al final de la intervención un consumo estable de lácteos bajos en grasas y frutas; además de una disminución en consumo de alimentos ricos en grasas saturadas y azúcares simples. Además, se evidenció un aumento en los hábitos de ejercicios físicos; aquellos jóvenes que al inicio del programa no realizaban ejercicio físico, al término de éste, sí, lo hacían.

CONCLUSIONES

Se logró el cumplimiento de los objetivos iniciales vistos en los resultados; pero sin duda, el programa como evidencia empírica valida la Estrategia de Promoción para obtener resultados óptimos cuando existen los recursos para desarrollar estas actividades y no sólo se focaliza en el daño. Hubo resultados indirectos como la sensibilización a los apoderados del colegio, en la importancia de modificar los estilo de vida nocivos para la salud y calidad de vida. La importancia de que la intervención sea interdisciplinaria por parte del equipo y que sea dirigida a todos los sectores involucrados. Esto facilitó la adhesión y la mínima deserción del programa (2 de 20 alumnos del grupo control).

Por todo lo anteriormente expuesto, se hace necesario mantener la continuidad de estas estrategias, a fin de provocar un impacto en la población respecto de la incidencia de enfermedades de salud cardiovascular.

Palabras clave: compromiso.

Programa de apoyo para funcionarios cuidadores familiares en una comunidad universitaria: experiencia innovadora

HERRERA L., LUZ MARÍA[1], ALCAYAGA R., CLAUDIA[1], BUSTAMANTE T., CLAUDIA[1], TORRES H., MARISA[2], FUNK B., REGINA[3], RIQUELME H., GISELLE[1], CAMPOS R., SOLANGE[1] y UNDURRAGA I., ROSARIO[4]

INTRODUCCIÓN

La evidencia científica señala que los familiares cuidadores que trabajan, tienen más problemas de salud física y mental que los familiares cuidadores que no trabajan. Asimismo, muchos de ellos renuncian o jubilan prematuramente, tienen mayor ausentismo laboral, atrasos y licencias. Cumplir el doble rol de funcionario y cuidador tiene alcances personales, familiares y sociales, que no son ajenos a la realidad de la comunidad universitaria UC.

El programa "Familiares Cuidadores Funcionarios UC", está orientado a proteger la salud biosicosocial de los funcionarios que cumplen este doble rol y a empoderarlos entregando herramientas para otorgar cuidados continuos y humanizados a su familiar que sufre discapacidad, ya sea por enfermedad o por envejecimiento.

OBJETIVOS

- Fortalecer las habilidades de cuidado de los funcionarios familiares cuidadores UC.
- Apoyar la formación de vínculos cooperativos entre los pares funcionarios familiares cuidadores UC.

METODOLOGÍA

Este proyecto se inicia como programa piloto el año 2008, liderado por la Escuela de Enfermería en conjunto con el Departamento de Beneficios del Personal, en alianza con académicos de las escuelas de Trabajo Social, Medicina y Psicología.

Componentes del Programa:

a) Capacitación: curso-taller de 18 sesiones presenciales con metodologías participativas.
b) Acompañamiento: monitoreo semanal de necesidades emergentes respecto del cuidado de su familiar y/o del propio.
c) Comunidad de egresados cuyo propósito es constituir una red social donde funcionarios cuidadores encuentren apoyo emocional e instrumental.
e) Asesoría profesional: red virtual de profesionales de la UC que colaboran prestando asesoría técnica en problemas relacionados al binomio funcionario 'cuidador-familiar` (legal, médica, cuidados específicos, entre otros).

RESULTADOS

Se evaluó pre y post intervención en el año 2009: apoyo social percibido (Escala Multidimensional de Percepción de Apoyo Social de Zimet, Dahlem, Zimet & Farley, 1988), satisfacción con el apoyo social recibido (Inventario de Apoyo Social en Enfermedades Crónicas de Hilbert, 1990) y percepción de carga del cuidador (Carga del Cuidador de Zarit y Zarit, 1982). En todas se observó una diferencia estadísticamente significativa; es decir, los fun-

[1] Escuela de Enfermería, Pontificia Universidad Católica de Chile. luzma@uc.cl
[2] Departamentos de Salud Pública y Laboratorios Clínicos. Facultad de Medicina. Pontificia Universidad Católica de Chile.
[3] Escuela de Psicología. Pontificia Universidad Católica de Chile.
[4] Departamento de beneficios al personal. Pontificia Universidad Católica de Chile.

cionarios por un lado, perciben mayor apoyo social (p=0,015) y se sienten más satisfechos con este apoyo (p =0,031); y por otro, perciben menor carga como cuidador (p= 0,036).

En sus tres años de desarrollo, el programa ha beneficiado a 71 funcionarios quienes valoran a la Universidad como red de apoyo, se sienten fortalecidos en sus habilidades para el cuidado personal y de sus familiares, tal como se aprecia en uno de los relatos de los participantes: "al inicio de este programa entendí que ya no estaba sola en este caminar, lo más relevante de todo es que tengo las herramientas para cuidarme y tener otra mirada, el saber manejar mi preocupación y también el poder orientar a otros".

CONCLUSIONES

El programa contribuye a mejorar la salud biosicosocial de los funcionarios cuidadores familiares, facilitando el cumplimiento de ambos roles, mejorando el apoyo social, disminuyendo la carga como cuidador.

Aborda un problema laboral y familiar emergente en nuestra sociedad y sintoniza con las políticas chilenas de promoción de ambientes laborales saludables.

A partir de esta experiencia, se genera un modelo de intervención en el lugar de trabajo que promueve la salud de los funcionarios, replicable en otros contextos laborales. Es factible y recomendable su replicación por su bajo costo en relación a los enormes beneficios que produce en la calidad de vida de los funcionarios y sus familias.

Palabras clave: funcionarios, cuidadores, promoción, prevención.

Red interinstitucional sector nororiente de Rancagua

FIGUEROA V., SAÚL[1], AMPUERO S., ELVIRA[2] y JARAMILLO A., FRANCISCO[3]

INTRODUCCIÓN

El diagnóstico del trabajo institucional es que cada uno trabaja aislado del otro, dada la necesidad del cumplimiento de las metas que se evalúan individualmente por institución. En este sentido, la necesidad de desarrollar trabajos en red que trasciendan los espacios de encuentro en torno a temáticas y territorios en común y que tiene como finalidad generar coordinación entre las instituciones, por una apuesta metodológica que permita lograr desarrollo local desde las instituciones que se encuentran vinculadas al territorio, permite proyecciones de trabajo en la implementación de propuestas propias y que cuenten con referencias al territorio.

En este sentido, se aprecia la necesidad de utilizar efectivamente medios de comunicación locales (radio local) y también tecnologías de la información, tanto para la coordinación como para dar a conocer lo que se está realizando y, de esta forma, generar canales que puedan informar tanto al territorio, como a los que se encuentran fuera de él.

La constitución legal de la red abre espacios de desarrollo local, al tener la posibilidad de dar forma a propuestas locales y contar con financiamiento para el mismo. En este sentido, también se pretende en un momento de con-

[1] Cesfam 5 Rancagua. saulfigueroav.cesfam5@gmail.com
[2] Biblioteca Pública N° 251, Santiago Benadava. Población René Schneider Rancagua.
[3] Programa Junto al Barrio. Aldea San Antonio. Rancagua.

solidación de la red, en su espacio formal, la posibilidad de generar espacios de estudio que aporten al conocimiento y, de esta forma, ayudar al desarrollo local del territorio definido de mayor vulnerabilidad de la comuna de Rancagua.

OBJETIVOS

- Coordinar a las Instituciones del sector nororiente de la comuna de Rancagua, para conformar una red de trabajo constante, a través de la conformación legal de la misma, potenciando las sinergias del proceso.
- Generar espacios de desarrollo local, con la finalidad de aportar al fortalecimiento del sector más vulnerable de la comuna de Rancagua, a través de la formulación de propuestas que cuenten con financiamiento independiente.
- Generar estudios que aporten al desarrollo local, a través del conocimiento científico del territorio en el cual se insertan las instituciones.

METODOLOGÍA

Trabajo en red con un criterio de desarrollo local, incorporando herramientas digitales que facilitan la coordinación de las instituciones y que permiten dar a conocer el trabajo realizado. Apoyo a la realización de actividades propias de cada institución y generación de propuestas transversales de desarrollo comunitario.

RESULTADOS

- Funcionamiento de la Red (3 años).
- Constitución legal de la Red (Abril 2011).
- Apertura cuenta de ahorro (Julio 2011).
- Reuniones mensuales en biblioteca del sector.
- Celebración de hitos en forma conjunta.
- Invitación a exponer a Instituciones invitadas que aporten al desarrollo de sector.
- Postulación a subvención municipal.
- Creación de blog.
- Creación de Facebook.

CONCLUSIONES

La conformación legal de la red no sólo permite posibilidades de trabajo que trascienden la sola conformación de mesas de trabajo territorial en torno a temáticas en común, sino que abre la posibilidad de generar espacios de desarrollo local, al contar con la opción de generar propuestas propias del territorio, y que puedan conformarse como formas de situaciones sinérgicas de trabajo y que faciliten propuestas descentralizadas de la política pública.

La incorporación de medios digitales que faciliten la coordinación de las instituciones y permitan dar a conocer el trabajo realizado, se suma a la utilización de medios de comunicación local (radio comunitaria) para la difusión y, a la vez, estos se complementan con espacios de encuentros mensuales, se conforman en los medios de encuentro con la comunidad, con un carácter local, pero que también facilita la apertura a espacios que trasciendan el territorio, en una relación de desarrollo interno y comunicación con el entorno.

Palabras clave: trabajo en red, desarrollo local, herramientas digitales.

Unidad de Convivencia y Bienestar Psicosocial Escolar: Una experiencia de trabajo transdisciplinar

CLARO T., SEBASTIÁN[1], SOTO R., YASNA[1], CANALES A., CRISTIAN[1] y OSORIO C., ANA MARÍA[1]

INTRODUCCIÓN

La Unidad de Convivencia y Bienestar Psicosocial Escolar, dependiente de la Corporación Municipal de Puente Alto, se desarrolló entre los años 2003 y 2011 (fue cerrada a fines de julio). A través de ella se buscó promover climas nutritivos en las comunidades escolares. La población objetivo fueron 28 comunidades escolares de la comuna de Puente Alto. El trabajo fue desarrollado por médicos, psicólogos, asistentes sociales, artistas, entre otros. Se originó con el propósito de mejorar el abordaje del trastorno por déficit atencional. Al poco tiempo, consecuente con una comprensión compleja de ese problema, se amplió su foco; primero fue el bienestar psicosocial, luego fue el clima escolar. A lo largo de esta experiencia, realizada por numerosas personas, fueron decantando aprendizajes. Estos se reflejan en desarrollos teóricos, como fue el cambio de la denominación de niño-problema al de situación-problema; también, la profundización de conceptos como el de transdisciplinariedad y clima escolar. El libro "Clima escolar y desarrollo integral de niñas y niños", publicado este año por la Editorial RIL, da testimonio de esta experiencia.

OBJETIVOS

Objetivo general

Potenciar climas nutritivos en las comunidades escolares.

Objetivos específicos

- Aumentar la resolutividad en la atención primaria de salud en el abordaje de los problemas de salud mental escolar.
- Mejorar la calidad de las prestaciones ofrecidas a los niños en edad escolar que consultan en la atención primaria de salud por problemas de salud mental.
- Mejorar el clima en las salas de clase de párvulo a segundo ciclo básico.
- Aumentar el bienestar psicosocial de los educadores.
- Aumentar y mejorar la participación de los apoderados en los procesos de aprendizaje/enseñanza.
- Disminuir los factores de riesgo para problemas psicosociales de los niños de primer ciclo básico.

METODOLOGÍA

Se organizaron 6 equipos territoriales conformados por miembros del ámbito de la educación, de la salud y artistas.

Se consideraron cuatro estrategias generales: a) Desarrollar una perspectiva transdisciplinar/colaborativa, b) implementar un trabajo inter disciplinar e inter sectorial (educación salud), c) uso del lenguaje y herramientas artísticas, d) abordaje promocional preventivo terapéutico integrado.

Las acciones se organizaron en 4 áreas: a) Habilidades socio-emocionales de los niños (promoción, prevención y tratamiento), b) clima en el aula, c) bienestar educadores, d) familia-escuela.

RESULTADOS

Para evaluar el trabajo en desarrollo, se construyeron indicadores de resultados y de proceso.

Respecto de los resultados, destaca la significativa disminución de la derivación desde el

[1] Ex miembro Unidad de Convivencia y Bienestar Psicosocial Escolar. Corporación Municipal de Puente Alto. jjsclarot@hotmail.com

nivel primario al secundario de salud, de niños atendidos por problemas de salud mental desde un 50% (aproximado) a un 2%. Se creó una Escala de clima en el aula, implementada los años 2007 y 2009. Los resultados mostraron variaciones leves; destaca en la encuesta de los estudiantes, un mejor resultado el año 2009 en las variables: trato afectuoso (profesor-estudiante), motivación hacia el aprendizaje, trato respetuoso (profesor-estudiante); los 3 indicadores que más bajaron, fueron trato afectuoso (estudiante-estudiante) relaciones colaborativas y solidarias (estudiante-estudiante), mantención del orden. En el ámbito preventivo, se constató la disminución de factores de riesgo para problemas de salud mental en niños (se implementaba instrumento (TOCA-R (Programa Habilidades para la vida - Junaeb)) en primero básico y, luego, en tercero básico).

Respecto de los indicadores de proceso, destaca la cantidad de niños atendidos (el año 2008, fueron 1.225), los participantes en las distintas actividades y la organización de equipos que realizaban una gestión en torno al clima escolar en las comunidades escolares.

CONCLUSIONES

Los problemas en el ámbito de la salud mental requieren un abordaje complejo. Si la población es de edad escolar, es vital involucrar a las comunidades escolares en las cuales se desenvuelven las niñas y niños. Esto supone un trabajo interdisciplinar e intersectorial. Ello conlleva oportunidades y, a la vez, dificultades propias de una sociedad donde se privilegia el abordaje especializado por sobre el abordaje que abre espacios de conversación y de potenciación de distintos lenguajes y herramientas (perspectiva transdisciplinar).

La articulación de un trabajo desde el concepto de clima escolar permite el desenvolvimiento de procesos a desarrollarse desde una perspectiva transdisciplinar, abriendo oportunidades inéditas para el abordaje de problemas de salud mental y pedagógicos.

Palabras clave: trastorno por déficit atencional, salud mental escolar, comunidad escolar, clima escolar, transdisciplinariedad.

Plaguicidas: problemas y alternativas para la salud de las familias de San Pedro, Quillota

CASTILLO C., ÁLVARO[1] y ASTORGA C., LEYLA[1]

INTRODUCCIÓN

El Consejo de Salud de la localidad rural y agrícola de San Pedro, Quillota, en el año 2009 priorizó como factor determinante de la salud local, el uso de plaguicidas en la agricultura local.

En el marco de los determinantes sociales de la salud, mediante trabajo de redes con los distintos actores públicos y privados vinculados a la problemática, se conoció y contrastó las prácticas existentes, con la percepción comunitaria, respecto al impacto negativo que tendría el uso de plaguicidas en la salud de los trabajadores agrícolas y las familias de la localidad. En consecuencia, se realizaron acciones de intervención a nivel local, comunal y nacional. (105)

OBJETIVOS

Conocer la práctica, normativa y riesgos para la salud de las personas asociada al uso de plaguicidas en las labores agrícolas locales y propiciar la disminución de sus posibles efectos nocivos sobre la salud de la población local.

METODOLOGÍA

Guiados por la Investigación Acción, el Consejo de salud, participativamente, recopiló información para caracterizar el tipo de plaguicidas usados en San Pedro, el marco normativo vigente en Chile, la percepción de los trabajadores agrícolas y efectos de los plaguicidas en la salud de las personas.

La información se procesó colectivamente. Posteriormente, se confrontaron los hallazgos de las indagaciones con la práctica de los distintos actores involucrados en el tema.

Posindagación, se identificó el marco regulatorio, fiscalización y pesquisa de las intoxicaciones agudas y crónica como principales debilidades en cuanto a la protección de la salud vinculada al uso de los plaguicidas en labores agrícolas.

A continuación, ante el Senado, Minsal y Consejo Municipal de Quillota, se abogó por la prohibición del uso de los plaguicidas tipo 1a y 1b, creación del reglamento nacional de fumigaciones aéreas y la creación de una política comunal sobre el tema y el fomento de la agricultura ecológica.

El Cesfam elaboró la Estrategia de Salud Laboral, que tiene como ejes el derecho a saber, sensibilización del equipo de salud, intervención a nivel familiar-comunitario, con población indirectamente expuesta a plaguicidas y Trabajo en Red. (188)

RESULTADOS

Participación ciudadana activa y efectiva en el diagnóstico de la problemática, diseño y la ejecución de las actividades de defensa de la salud.

Diagnóstico de las prácticas y riesgos asociados al uso de plaguicidas en la agricultura local y del marco que regula los plaguicidas en Chile.

A nivel de Cesfam, protocolos para mejorar pesquisa y seguimiento de factores de riesgos y daños a la salud vinculados al uso de plaguicidas.

Impulso de creación de iniciativas de promoción de salud y desarrollo local innovadoras. (88)

[1] Centro de Salud Familiar de San Pedro. Quillota. acastillocuevas@gmail.com

CONCLUSIONES

La participación ciudadana es fundamental para identificar factores determinantes de la salud pública local.

El sistema normativo y fiscalizador es débil ante prácticas peligrosas para la salud de las personas y el medio ambiente, el temor de los afectados por denunciar, todo estimulado por el modelo agro productor.

Se debe mejorar la pesquisa de los efectos crónicos de los plaguicidas, ya que generan daños permanentes y, por el contrario, son insuficientes los medios disponibles para pesquisar, cuantificar, tratar y reparar el perjuicio.

Se requiere de cambios estructurales, para que a la luz del criterio de precaución, se defienda la salud de las personas de las comunidades agrícolas.

Palabras clave: plaguicidas, consejo de salud, San Pedro, Quillota, agricultura orgánica, fumigaciones aéreas, trabajadores agrícolas, agricultura.

RESÚMENES INVESTIGACIÓN

Adulto mayor: salud oral y calidad de vida

MOYA R., PATRICIA[1] Y CHAPPUZEAU L., EDUARDO[2]

INTRODUCCIÓN

Es indiscutible que la calidad de vida es esencial en todas las edades, viéndose afectada, entre otras razones, por el estado de salud oral. No obstante, esta situación se hace más evidente en etapas avanzadas de la vida donde reviste una importancia fundamental, por el número adicional de años de vida que los mayores tienen por delante. Con el proceso de envejecimiento se generan cambios en el estado social, percepción sensorial y en funciones cognitivas y motoras, repercutiendo en las actividades del diario vivir. El Índice de Salud Oral Geriátrico (Gohai), es uno de los instrumentos validado para medir calidad de vida relacionada con la salud oral. Se fundamenta en que la salud oral fue definida como la ausencia de dolor e infección, compatibles con una dentición funcional y cómoda que permita al individuo continuar en su rol social.

OBJETIVOS

Conocer la situación de salud oral y calidad de vida del adulto mayor usuario de un centro de salud familiar.

METODOLOGÍA

Estudio descriptivo de corte transversal en una muestra probabilística estratificada por sexo y edad de adultos mayores usuarios de un Cesfam. Se estableció como criterio de inclusión ser > 60 años, autovalente y no inmunosuprimido. Durante la entrevista se solicitó la firma del consentimiento informado y datos sociodemográficos. Un odontólogo calibrado realizó el examen clínico para evaluar índice COPD y situación protésica junto con la aplicación del Geriatric Oral Health Assessment Index (Gohai), para medir percepción de calidad de vida. Según puntuación del Gohai se establecieron dos categorías: "mala calidad de vida" (puntuación ≤ 57) y "buena calidad de vida" (puntuación >57). Se calculó media, desviación estándar y proporciones con un intervalo de confianza del 95% y valor de significancia estadística (p) en programa Stata 8.0.

RESULTADOS

El grupo de estudio fue de 162 adultos mayores, edad media 70 años (D.S. 7.11; mín. 60; máx. 88), de los cuales 68.9% fueron mujeres; 47.9% estaba casado(a), un 22.75% viudo(a) y 42.5% pensionados(as). Lo más frecuente fue que contaran con educación básica (37%). El índice Copd fue de 22.41 (IC:95% 21.71-23.10) sin diferencias significativas por sexo. Sin embargo, este valor aumenta con la edad ($p< 0.05$). Un 11.4% de los adultos mayores es desdentado total. Un 69,5% utiliza prótesis removible; según tipo de prótesis, el 56.9% usa acrílica, un 30,2% metálica y el 12.9% mixta, y según estado de la prótesis, un 50.8% presenta la prótesis desajustada, reparada o fracturada. Según puntaje del Gohai, un 78.4% percibe que su calidad de vida relacionada con la salud oral es mala. Sin embargo no existió asociación estadística con las variables: sexo, edad, estado civil, nivel educacional y situación laboral. En cambio, el uso, tipo y estado de la prótesis removible estuvo asociado significativamente ($p< 0.05$) con la puntuación del Gohai.

[1] Escuela de Salud Pública. Universidad Mayor. drapatriciamoya@yahoo.com
[2] Cesfam Vitacura.

CONCLUSIONES

Los adultos mayores son un grupo de especial interés en odontología debido a la vulnerabilidad de su salud bucal. La medición de la calidad de vida debería formar parte de la atención clínica si el objetivo es aumentar la capacidad funcional y el bienestar y no sólo limitar la enfermedad.

Palabras clave: Gohai, adultos mayores, salud bucal, prótesis dental.

Análisis crítico del discurso parlamentario que redujo los impuestos al alcohol en Chile, 2001

BRONSTEIN A., EDUARDO[1], SCHAALE, DANIELA[2], ALBORNOZ, IGNACIO[2], MARCHANT, MARCO[2], VALDIVIA C, GONZALO[1] y OTEÍZA S, TERESA[2]

INTRODUCCIÓN

Entre los años 1999 y 2001 Chile suscribe un tratado de libre comercio con la Comunidad Económica Europea, lo que implicó ajustar su regulación interna respecto a los productos que se transan entre las fronteras de los países que conforman el contrato.

Ciertos productos potencialmente dañinos para la salud pública, entre ellos los alcoholes destilados, sufrieron además de la eliminación de los aranceles de entrada al país, una disminución en los impuestos adicionales sobre el impuesto al valor agregado.

Existe evidencia científica contundente que relaciona la disminución de los impuestos al alcohol con un aumento en su consumo y, por tanto, en los potenciales efectos dañinos para la salud poblacional.

El presente trabajo pretende analizar los condicionantes del discurso parlamentario de la época que conllevan a la aprobación de la ley que disminuye los impuestos al alcohol en el año 2001, en Chile.

OBJETIVOS

Objetivo general

Comprender cómo se manifiesta discursivamente la participación o influencia del poder ejecutivo en la deliberación y resolución del Congreso Nacional, frente a la modificación del impuesto a los alcoholes el año 2001, en Chile.

Objetivos específicos

- Reconocer en el discurso los elementos del contexto y cómo participan o influencian la discusión y resolución parlamentaria.
- Reconocer los actores en el discurso y la forma en que se manifiesta su participación o influencia en la deliberación parlamentaria.
- Reconocer cómo se construye la prosodia valorativa del ejecutivo que condiciona la aprobación del proyecto de ley.

METODOLOGÍA

La aproximación teórica se realiza desde la

(1) Departamento de Salud Pública. Facultad de Medicina. Universidad Católica de Chile. ebrons72@uc.cl
(2) Facultad de letras. PUC.

epidemiología social con enfoque cualitativo.

Se considera el discurso parlamentario como un determinante social contextual de la salud.

Se selecciona el análisis del discurso como el enfoque para analizar el determinante social de la salud elegido (discurso parlamentario de una ley con implicaciones en salud).

La metodología específica de análisis del discurso seleccionada es la Lingüística Sistémico Funcional (y desarrollos posteriores de: Martin y White, T. Van Leeuwen y N. Fairclough).

Selección del corpus de análisis corresponde a documentos pertenecientes a la tramitación de la ley 19.716.

RESULTADOS

El género en el que se desarrolla el discurso (deliberación parlamentaria) y su codificación en el registro particular (de una sesión de la Cámara de Diputados), se actualiza de manera altamente técnica, burocratizada, con restricciones formales.

Las apreciaciones del ejecutivo se codifican por medio de: léxicos con actitud, adjuntos modales y gradaciones negativas, entre otros recursos lingüísticos.

Los actores sociales aparecen impersonalizados en el discurso, esto es: nominalizados y autonomizados por medio de leyes o artículos.

Cabe destacar que están excluidas en el discurso las entidades de la sociedad civil y las entidades estatales relacionadas a los ámbitos de salud (colegio médico y otros gremios de la salud, ministerio de salud, otras ONGs relacionadas a salud).

CONCLUSIONES

Las condiciones de producción del discurso representan restricciones a la deliberación, desplegándose en el contexto de un fallo adverso por parte de un panel de la Organización Mundial de Comercio (OMC) hacia Chile.

Los productores del discurso se representan desde la agencialidad utilizando un discurso altamente técnico y despersonalizado.

La voz de los actores sociales como agentes de salud está excluida del discurso.

Desde el punto de vista ideológico prima un orden del discurso neoliberal, donde el destino de la economía chilena depende de la internacionalización de su comercio.

Palabras clave: análisis, discurso, impuestos, alcohol.

Análisis de las intervenciones sanitarias del cáncer de cuello uterino mediante regresión de *joinpoint*

VIDAL G., CAROLINA[1], HOFFMEISTER A., LORENA[1] y MONTAÑO E., ROSA[2]

INTRODUCCIÓN

El cáncer de cuello uterino (CCU), constituye un importante problema de salud pública en especial en los países en desarrollo. Una estrategia en la prevención es estimar adecuadamente la magnitud del problema, pero también es de interés analizar las tendencias de las tasas

[1] Unidad de Investigación. Escuela de Salud Pública. Universidad Mayor. carolina.vidal@umayor.cl
[2] Departamento de Matemáticas y Ciencia de la Computación. Facultad de Ciencias, Universidad de Santiago de Chile.

de mortalidad y sus posibles cambios producto de intervenciones sanitarias.

OBJETIVOS

Modelar e identificar los cambios asociados a intervenciones sanitarias en la tendencia temporal de la tasa de mortalidad por CCU en Chile durante 1990-2007.

METODOLOGÍA

La información de mortalidad se obtuvo de las bases de defunciones del Deis-Minsal. La población en riesgo se obtuvo de las proyecciones estimadas por el INE. La tendencia temporal de la tasa de mortalidad se analizó mediante la regresión de joinpoint, este modelo identifica el momento en el que se producen cambios significativos en la tendencia y estima la tendencia observada. La tendencia es calculada a través de segmentos, estos segmentos son conectados a través de los joinpoints, en cada segmento se calcula el porcentaje de cambio anual (PCA), medida utilizada habitualmente en el análisis de mortalidad. La variable respuesta corresponde al número anual de mujeres fallecidas por CCU, las cuales fueron reconocidas a través del código de causa de defunción (CIE-9: 180 y CIE-10: C-14). Las variables explicativas fueron el tiempo en años y la edad al momento de fallecer agrupada en decenios y truncada a los treinta años.

RESULTADOS

Durante el periodo estudiado Chile presentó una disminución de un 4% en la tasa de mortalidad por cada año (IRR 0,96; p-valor 3,31e-13). Mientras que en el análisis por grupo etario, se observó que el grupo con la mayor disminución fueron las mujeres con rango de edad entre 40-49 años (IRR 0,97; p-valor 0,0005) respecto al grupo de referencia (mujeres de 30 a 39 años). El modelo de joinpoints reveló que existen 6 cambios significativos en la tendencia cuando sólo se tiene de variable explicativa el tiempo, siendo 3 de estos segmentos los que presentan un PCA estadísticamente significativo asociadas a las siguientes intervenciones sanitarias: 1993, inicio de un laboratorio de referencia nacional de citopatología; 1999, definición del protocolo para tratamiento del CCU; 2003, el CCU fue incorporado al sistema de acceso universal de garantías explicitas. Se estratificó el modelo joinpoint según grupo etario, encontrándose en los grupos etarios más jóvenes diversos joinpoints, donde la intervención más repetida fue la incorporación al sistema de acceso universal de garantías explicitas. En los grupos mayores a los 70 años no se presentaron joinpoints (lo que se explica debido a que las intervenciones están focalizadas en mujeres entre los 25 y 64 años), aunque su tendencia es decreciente.

CONCLUSIONES

En la mayoría de los países latinoamericanos ha existido un descenso en la mortalidad por CCU. Chile ha presentado una disminución del 4%. El modelo de regresión joinpoint permitió evaluar el efecto de de las intervenciones asociadas a CCU, y observar en que grupo etarios estás tenían mayor efecto.

Palabras clave: tasa de mortalidad, cáncer de cuello uterino, regresión de joinpoint.

Análisis epidemiológicos de tratamientos quirúrgicos maxilofaciales complejos en HSJ

PÉREZ G, HERNAN[1], ROJAS G., CAROLINA[1], MARDONES M., MARCELO[1-2] y BRAVO H., RODRIGO[1-2]

INTRODUCCIÓN

El trauma maxilofacial corresponde a una patología de gran prevalencia en la población, cuyo manejo y tratamiento es de gran complejidad por la diversidad etiológica y la morbilidad asociada a estos cuadros.

El Complejo Hospitalario San José es centro de referencia de la población del área norte de Santiago, donde todas las semanas llegan distintos casos de resolución quirúrgica al equipo de cirugía maxilofacial. La alta prevalencia de los traumatismos faciales requiere una resolución quirúrgica oportuna que implica la asignación y priorización de recursos según la complejidad de las patologías traumáticas. Esto determina que patologías quirúrgicas electivas no traumáticas deban diferirse por los limitados recursos de la atención pública hospitalaria.

OBJETIVOS

El objetivo del trabajo es presentar la estadística de los pacientes atendidos en el equipo de cirugía maxilofacial del Chsj, para un mejor entendimiento de la patología facial y para distribuir más adecuadamente los recursos disponibles.

METODOLOGÍA

Se realizó un estudio retrospectivo descriptivo de tipo cuantitativo en el equipo de cirugía maxilofacial del Chsj, en el cual se recolectaron los datos de los procedimientos realizados por la unidad, en pabellón central, desde marzo de 2007 a mayo de 2011. Los datos obtenidos fueron tabulados utilizando el programa microsoft office excel.

RESULTADOS

Se obtuvo una muestra total de 428 pacientes operados en pabellón central, siendo la proporción entre el género masculino y femenino de 2,05:1 y rangos de edad entre los 16 a 84 años. De la muestra el 53.5% correspondió a fracturas por trauma facial y el 46.5% restante a pacientes con otras patologías tales como (en orden decreciente): tumores (14%), infecciones (14%), dismorfosis cráneo dentofacial (10.6%), reconstrucciones estéticas (2.1%), patologías de articulación temporomandibular (1.6%), distintas lesiones orales (1.6%), desfocaciones dentarias (1.6%), displasias (0.5%) y retiro de osteosíntesis (0.5%).

Con respecto a las fracturas faciales, la gran mayoría correspondió a pacientes que ingresaron por el servicio de urgencia del hospital. siendo la relación afectados hombres-mujeres de 3.8:1. La fractura más prevalente es la mandibular con un 53.7%; le sigue la orbitocigomática con un 22.7%; panfacial con 15.3%; huesos de órbita con 3.93%; le fort con 2.2%; malar con 1.74% y de maxilar sola con 0.43%.

CONCLUSIONES

Los resultados obtenidos permiten identificar cuáles son los tratamientos quirúrgicos de mayor prevalencia realizados por el servicio de cirugía maxilofacial.

[1] Complejo Hospitalario San José. odontool@gmail. com
[2] Facultad de Odontología. Universidad de Chile.

El número de casos de otras patologías es menor con respecto a las traumáticas, por el grado de urgencia de estas últimas. lo que determina que ante la escasez de recursos, se hace necesario priorizar, postergándose cirugías electivas de importancia y aumentando la lista de espera.

Palabras clave: maxilofacial, hospital San José.

Ansiedad dental antes de un tratamiento endodóntico

MUZA C., RICARDO[1]

INTRODUCCIÓN

La mayor parte de la población en Chile tiene una salud bucal deteriorada que necesita ser atendida. Si el paciente cree que un evento va a ser inconfortable o doloroso, su ansiedad y percepción del desagrado o dolor aumenta. La ansiedad es un factor importante entendido como un estado desagradable, afectivo y emotivo, de penoso sufrimiento, en el cual se ve un peligro o amenaza, que puede no existir en la realidad o que no es proporcional a la reacción que desencadena.

La ansiedad o temor que siente un porcentaje de los pacientes previo a la atención, hace que muchos de ellos eviten o posterguen su atención dental, con consecuencias peores. La ansiedad dental sigue un patrón conductual anticipatorio, evocado por una situación preaversiva. Es decir, se presenta en sus elementos fisiológicos, motores y verbales, de manera anticipativa al tratamiento dental.

El propósito de este estudio es evaluar la frecuencia de ansiedad dental expresada por los pacientes antes de un tratamiento endodóntico.

OBJETIVOS

Evaluar la ansiedad dental antes de un tratamiento endodóntico, de pacientes que acuden a la unidad de endodoncia del Servicio Dental Especialidades del Hospital San Borja Arriarán.

METODOLOGÍA

Es una investigación descriptiva basada en entrevista/cuestionario de ansiedad dental a 118 pacientes, de 16 años y más, que acudieron a la unidad de endodoncia del Servicio Dental Especialidades del hospital San Borja Arriarán, desde enero a marzo 2011, antes de un tratamiento endodóntico.

El método usado para medir la ansiedad fue Dental Anxiety Scale (DAS), descrito por Corah Nl, traducido al castellano, que se completa antes de que el paciente ingrese a la atención al término del tratamiento endodóntico. El DAS está compuesto por cuatro preguntas en que cada una tiene cinco alternativas de respuestas, desde 1 (sin ansiedad) a 5 (ansiedad extrema). Después de responder las preguntas, el resultado posible más bajo es cuatro, que corresponde a "sin ansiedad" y el resultado más alto es veinte, que corresponde a "ansiedad extrema". El autor ha establecido que los sujetos con resultado de 13 o más tienen ansiedad dental. Los datos obtenidos fueron analizados estadísticamente, mediante el programa SPSS 12.0.

[1] Servicio Dental Especialidades. Hospital San Borja Arriarán. rmuzac@yahoo.com

RESULTADOS

118 pacientes constituyen el total de la muestra de este estudio; 87 mujeres (73,7%) y 31 hombres (26,3%); 29 pacientes (24.6%) tenían educación básica, 75 educación media (36.4%) y 14 (11.9%) con educación superior.

Se realizó tratamiento a 21 pacientes (17.8%) en pieza dentaria anterior; a 43 pacientes (36.4%) en premolares; y a 54 pacientes (45.8%) en piezas molares.

No se encontró diferencias significativas por nivel educacional ni por tipo de pieza dentaria.

La edad promedio de los pacientes de la muestra fue de 29.47, similar en hombres y mujeres.

En el presente estudio encontramos que el 17.8% de los pacientes alcanzaba un puntaje de 13 o más; es decir presentaban ansiedad dental. En la prueba del chi cuadrado de Pearson, encontramos que la diferencia significativa; es decir que en las mujeres hay mayor proporción de ansiosas (p=0,005)

CONCLUSIONES

La validez de este método, Dental Anxiety Scale, es reconocida como útil para medir la ansiedad dental de los pacientes. La ansiedad es mayor en las mujeres que en los hombres, en los tratamientos de endodoncia.

Palabras clave: ansiedad dental, tratamiento endodóntico, pieza dentaria.

Atlas de mortalidad por cirrosis y otras enfermedades del hígado, Chile 2001-2008

ICAZA N., GLORIA[1], NÚÑEZ F., LORETO[2], TORRES A., FRANCISCO[3], DÍAZ S., NORA[4], VILLARROEL DE LA S., JOSÉ[4] y WALTON W. EDWARDS[5]

INTRODUCCIÓN

Los atlas de mortalidad proporcionan una imagen de la distribución geográfica de las enfermedades. En el año 2006, la cirrosis y otras enfermedades del hígado representaron 5,6% de las muertes en hombres. Estas enfermedades digestivas, ocupan el segundo lugar como causa de muerte en hombres de 45 a 64 años de edad. Chile tiene una alta frecuencia de cirrosis hepática, manifestada tanto en muertes, hospitalizaciones y consultas a los servicios de salud. Por otro lado, los hombres concentran 86% de los Años de Vida Ajustados por Discapacidad (Avisa) por dependencia de alcohol y 76% de los Avisa por cirrosis hepática. Se ha relacionado una mayor mortalidad por esta causa en aquellas zonas de mayor producción de vino.

[1] Instituto de Matemática y Física. Universidad de Talca. gicaza@utalca.cl
[2] Departamento de Salud Pública. Facultad de Ciencias de Salud. Universidad de Talca.
[3] Facultad de Ciencia. Universidad de Santiago de Chile.
[4] Departamento de Epidemiología. Ministerio de Salud.
[5] Geosoluciones.

OBJETIVOS

El objetivo general de este estudio fue conocer la distribución geográfica de la mortalidad por cirrosis y otras enfermedades del hígado por sexo, desagregada a nivel comunal, durante el período 2001-2008.

METODOLOGÍA

Se utilizaron los archivos de estadísticas de mortalidad del Ministerio de Salud de los últimos 8 años disponibles y proyecciones anuales de población, por quinquenios de edad, sexo y comunas del INE-Celade para el periodo en estudio.

Las tasas de mortalidad de cirrosis y otras enfermedades del hígado (código CIE-10: K70, K72.1, K73, K74 y K76.1.2.9) se ajustan usando el método de estandarización indirecta por quinquenios de edad para cada sexo. La razón de mortalidad estandarizada (RME) se suaviza usando modelos de regresión bayesianos autorregresivos intrínsecos que consideran una variabilidad global más una componente de variabilidad geográfica. Se presentan mapas temáticos de categorías de la RME suavizada por el modelo (RMEs) y la probabilidad que la RMEs sea mayor que 100, para hombres y mujeres. Estos resultados son parte del proyecto Fonis SA09I20016, Atlas de mortalidad por las principales causas de muerte en Chile 2001-2008.

RESULTADOS

Los mapas temáticos de hombres y mujeres muestran numerosas comunas en alto riesgo (RMEs $\geq$ 130) en la Región del Biobío, lo que es más evidente en hombres. En el caso de las mujeres existe, además, una agregación de comunas en alto riesgo en la Región Metropolitana. El 21,6% de la población de hombres y 9,6% de la población de mujeres, viven en comunas de alto riesgo.

CONCLUSIONES

Los mapas muestran que la cirrosis y otras enfermedades del hígado tienen una alta agregación geográfica en la Región del Biobío en hombres, que amerita el estudio de los factores causales de este patrón espacial. En el caso de las mujeres ese patrón es más diverso. Sin embargo, también se detectan zonas de riesgo en las regiones del Biobío y Metropolitana.

Palabras clave: atlas de mortalidad; cirrosis y otras enfermedades del hígado, modelos autorregresivos intrínsecos.

Atlas de mortalidad por diabetes tipo II, Chile, 2001-2008

ICAZA N., GLORIA[1], NÚÑEZ F., LORETO[2], TORRES A., FRANCISCO[3], DÍAZ S., NORA[4], VILLARROEL DE LA S., JOSÉ[4] y WALTON W. EDWARDS[5]

INTRODUCCIÓN

Los atlas de mortalidad proporcionan una imagen de la distribución geográfica de las enfermedades. En el año 2006, la diabetes tipo II fue la quinta causa de muerte en Chile y responsable del 8,1% del total de las muertes. De acuerdo a la evaluación de los Objetivos Sanitarios a mitad de período, no se ha logrado frenar la tendencia ascendente de la mortalidad por esta patología. No hay reportes de la distribución geográfica de la diabetes tipo II en Chile.

OBJETIVOS

El objetivo general de este estudio fue conocer la distribución geográfica de la mortalidad por diabetes tipo II por sexo, desagregada a nivel comunal, durante el período 2001-2008.

METODOLOGÍA

Se utilizaron los archivos de estadísticas de mortalidad del Ministerio de Salud de los últimos 8 años disponibles y proyecciones anuales de población, por quinquenios de edad, sexo y comunas del INE-Celade para el periodo en estudio.

Las tasas de mortalidad de diabetes tipo II (código CIE-10: E11-E14) se ajustan usando el método de estandarización indirecta por quinquenios de edad para cada sexo. La razón de mortalidad estandarizada (RME) se suaviza usando modelos de regresión bayesianos autorregresivos intrínsecos que consideran una variabilidad global más una componente de variabilidad geográfica. Se presentan mapas temáticos de categorías de la RME suavizada por el modelo (RMEs) y la probabilidad que la RMEs sea mayor que 100, para hombres y mujeres. Estos resultados son parte del proyecto Fonis SA09I20016, Atlas de mortalidad por las principales causas de muerte en Chile 2001-2008.

RESULTADOS

Los mapas temáticos de hombres y mujeres muestran numerosas comunas en alto riesgo (RMEs $\geq$ 130) del área oeste de la Región Metropolitana, lo que es más evidente en hombres. En las mujeres se observa una menor agregación espacial. El 15,3% de la población de hombres y 12,3% de la población de mujeres, viven en comunas de alto riesgo.

CONCLUSIONES

Los mapas muestran que la diabetes tipo II tiene una alta agregación geográfica en la Región Metropolitana, especialmente en hombres. Este hallazgo amerita el estudio de los factores causales de este patrón espacial de mortalidad.

Palabras clave: atlas de mortalidad, diabetes tipo II, modelos autorregresivos intrínsecos.

[1] Instituto de Matemática y Física. Universidad de Talca. gicaza@utalca.cl
[2] Departamento de Salud Pública. Facultad de Ciencias de Salud. Universidad de Talca.
[3] Facultad de Ciencia. Universidad de Santiago de Chile.
[4] Departamento de Epidemiología. Ministerio de Salud.
[5] Geosoluciones.

Aumento en pesquisa de *Bordetella pertussis* en laboratorio clínico Hospital Regional Concepción

RODRÍGUEZ L., IVÁN[1], OPAZO R., MARINA[1] y LEÓN V. FELIPE[1]

INTRODUCCIÓN

Desde 1974, año en que se introdujo la vacunación para *Bordetella pertussis*, se logró disminuir la incidencia de la tos ferina o coqueluche. Sin embargo, en muchas publicaciones a lo largo de los años se han descrito brotes importantes donde se ha elevado varias veces la tasa normal de hallazgos.

OBJETIVOS

Comunicar el aumento inusual de casos positivos para *Bordetella pertussis* pesquisados en el Laboratorio Clínico del Hospital Regional Guillermo Grant Benavente (HGGB) y evaluación de la sintomatología asociada a casos pesquisados.

METODOLOGÍA

Se realizó un estudio descriptivo desde enero de 2007 a diciembre de 2010, determinando la incidencia de casos positivos para B. pertussis, detectados por inmunofluorescencia directa para B. pertussis marca Difco, método autorizado y controlado por el Instituto de Salud Pública de Chile (ISP). En el periodo estudiado se realizaron 1.874 análisis para pesquisa de B. pertussis de muestras de aspirado nasofaringeo de pacientes pediátricos con IRA, provenientes de servicios hospitalizados del HGGB (80% de los casos). Se revisaron además las historias clínicas de pacientes positivos para IFD B. pertussis del año 2010.

RESULTADOS

En los años 2007 y 2008, se mantuvo una tasa de incidencia de *B. pertussis* de alrededor del 2%, en el año 2009 fue de 10% y durante el año 2010 se produjo un aumento llegando al 45%. Es decir, entre los años 2007 al 2010 aumentó 20 veces. Los datos analizados nos indican que la enfermedad no tiene una estacionalidad clara. De acuerdo a distribución por edad y sexo en el año 2010, el 77% de los casos se concentra en el grupo menores de 5 años y el 60% de los casos estudiados son masculinos. La incidencia por grupos de edad y sexo es similar para ambos géneros, exceptuando el grupo de 5 a 9 años, donde se aprecia un 78% de casos positivos femeninos contra un 33% de masculinos. La sintomatología concuerda con la definida en guías clínicas vigentes pero no es tan específica, especialmente cuando existe coinfección con otros agentes infecciosos.

CONCLUSIONES

Entre las causas a que se atribuye este aumento de casos y otros brotes anteriores, se describe la perdida de inmunidad luego de 6 a 10 años de la vacunación, lo que se traduce en jóvenes y adultos con síntomas leves o portadores sanos que actúan como vectores para lactantes y niños a los que sí puede causar enfermedad de tos ferina. Además, se debe considerar que el grupo de menores de 2 meses está desprovisto de inmunidad debido a que no ha comenzado el programa de vacunación para ellos. En este contexto existen trabajos que promueven una inmunización materna como apoyo en esta etapa.

Palabras clave: *Bordetella pertussis*, tos ferina, inmunización.

[1] Laboratorio Clínico Hospital Regional de Concepción. irodriguez@ssconcepcion.cl

Calidad de vida en el adulto mayor intervenido con rehabilitación protésica mediante implantes en atención primaria

MÉNDEZ B., CLAUDIO[1], OCARANZA O., RENÉ[2] y MOYA R., PATRICIA[3]

INTRODUCCIÓN

El advenimiento de nuevas técnicas de tratamiento en odontología, específicamente en rehabilitación protésica con implantes óseointegrados, entregan la posibilidad de restituir la función masticatoria y estética del paciente con un impacto positivo sobre su condición social y psicológica. Estudios señalan que tratamientos protésicos realizados con un mínimo de dos implantes osteointegrados permiten una mejor percepción de calidad de vida asociada a su salud oral al compararlos con tratamientos protésicos convencionales. La encuesta Oral Health Impact Profile (OHIP) es un instrumento validado que ha sido utilizado para medir como influyen los problemas de salud oral en la calidad de vida del individuo. La medición de los impactos se conceptualiza como resultado adverso. La aplicación de la OHIP antes y después de la rehabilitación con sobredentadura retenida por dos implantes en pacientes adultos mayores desdentados totales en el maxilar inferior permitirá evaluar el impacto de esta intervención en su calidad de vida.

OBJETIVOS

Evaluar la calidad de vida relacionada con la salud oral en el adulto mayor intervenido mediante rehabilitación con sobredentadura mandibular retenida mediante dos implantes oseointegrados.

METODOLOGÍA

Estudio cuasi experimental (antes-después) en un grupo de 10 adultos mayores atendidos en APS que presentan ausencia total de piezas dentarias en su maxilar inferior, que están usando prótesis removible acrílica con dificultad para realizar sus actividades de la vida diaria (AVD). Fueron excluidos del estudio pacientes con enfermedades sistémicas descompensadas, osteoporosis severa, con hábito tabáquico y en tratamiento con bifosfonatos. Previa firma del consentimiento informado y evaluación médica, se procedió a la instalación de dos implantes marca DIO de conexión interna en el maxilar inferior en pabellón quirúrgico. Posterior al tiempo de óseointegración (16 semanas como mínimo) se realizó la conexión de los implantes y se instaló en cada uno de ellos ataches del sistema Locator ® (Zest Anchors LLC. Escondido CA, USA) para retener la prótesis inferior. La OHIP fue aplicada antes y después de la intervención. Para el análisis estadístico se calculó media, desviación estándar y t de student. El estudio contó con financiamiento compartido (aportes de la municipalidad y del beneficiario).

RESULTADOS

Los resultados de la encuesta OHIP aplicada a los adultos mayores antes de la intervención arrojó una media de 19.89 (DS

[1] Facultad de Odontología. Universidad Diego Portales. claudimendez@gmail.com.
[2] Facultad de Odontología. Universidad del Desarrollo.
[3] Universidad Mayor.

10.79) para todos los dominios. Sin embargo la medición realizada 16 semanas posterior a la intervención mostró una reducción de los efectos adversos, siendo la media de 2.56 (DS 4.82), diferencia estadísticamente significativa (p=0.0008). Los dominios de la encuesta OHIP peor evaluados antes de la intervención fueron limitación funcional (media 4.66; DS 2) e incapacidad física (media 3.78; DS 2.63), valores que disminuyeron pos intervención a 0.56 (DS 0.88) y 0.78 (DS 1.64), respectivamente, indicando un impacto positivo en su calidad de vida. No se presentaron resultados adversos para los dominios incapacidad social y en desventaja posterior a la intervención.

CONCLUSIONES

El uso de implantes dentales es una alternativa de rehabilitación en pacientes geriátricos con un impacto positivo en su calidad de vida. Evaluar su implementación en atención primaria y los costos que ello implica, permitirá enfrentar mejor los desafíos que se presentan con el envejecimiento de la población.

Palabras clave: implantes dentales, rehabilitación protésica, adultos mayores.

Cáncer en hombres de 40-64 años, Región de Los Ríos, 2004-2008

VARGAS G., SOLANGE[1], JOFRÉ S., ANA M.[2], BERTRÁN V., MARÍA E.[3] y HEISE M., KATY[1]

INTRODUCCIÓN

Según el último informe 2006-2008 del Registro Poblacional de Cáncer de Valdivia (RPCV), el cáncer constituye la segunda causa de muerte en nuestra Región, donde -además- se ha evidenciado, a través de los diagnósticos regionales de salud, una alta proporción de estilos y condiciones de vida deficitarias estrechamente ligados a mayor incidencia de algunos cánceres, como estómago, tráquea bronquios y pulmón, próstata y vesícula biliar. Entre estos estilos y condiciones se encuentran: déficit en saneamiento básico; pobreza; inactividad física (93%); malnutrición por exceso en menores de 6 años (38.8%); bajo consumo diario de frutas y verduras (30%); tabaquismo (27.5%), y consumo abusivo de alcohol (17%). En hombres de 40 a 64 años se agrega, además, el bajo uso de las prestaciones médicas preventivas, por lo que se ha priorizado en este análisis.

OBJETIVOS

Determinar los 10 principales tipos de cáncer según incidencia y mortalidad en población en hombres de 40 a 64 años, residentes en la Región de Los Ríos en el quinquenio 2004-2008.

METODOLOGÍA

Se incluyen casos diagnosticados e ingresados al RPCV en el período 2004-2008. Se

[1] Unidad de Epidemiología. Hospital Clínico Regional Valdivia. solange.vargashv@redsalud.gov.cl
[2] Registro Poblacional de Cáncer Valdivia. Seremi de Salud Los Ríos.
[3] Dirección Hospital Clínico Regional Valdivia.

estimaron (TAI) y mortalidad estandarizadas (TAM) según población mundial, por 100.00 hombres, con sus respectivos intervalos de confianza (95% IC). La población del quinquenio, según sexo y edad, se obtuvo de las proyecciones del Instituto Nacional de Estadística de Chile (INE). Como criterios de validez se utilizó el % de casos con Verificación Microscópica (VM) y % Sólo Certificado de Defunción (SCD). Los tumores malignos fueron codificados según la Clasificación Internacional de Enfermedades Oncológicas y agrupados por la Clasificación Internacional de Enfermedades CIE 10.

RESULTADOS

Las diez primeras incidencias (TAI) en orden de magnitud, fueron: próstata (69.7; 95%IC 58.2-81.3), estómago (57.0; 95%IC 46.7-67.3), piel no melanoma (25.7; 95%IC 18.8-32.6), riñón (22.4; 95%IC 15.8-28.9), colon (17.7; 95%IC 11.9-23.4) tráquea, bronquios y pulmón (14.3; 95%IC 9.1-19.5), primario desconocido (12.9; 95%IC 8.0-17.8), hígado (12.5; 95%IC 7.7-17.4), testículo (10.5; 95%IC 6.3-14.8) y páncreas (9.2; 95%IC 5.3-13.6).

La mortalidad en orden decreciente (TAM) fueron: estómago (35.9 95%IC 27.7-44.2), tráquea, bronquios y pulmón (15.7 95%IC 10.2-21.2), riñón (9.8 95%IC 5.5-14.2), vesícula biliar (9.0 95%IC 4.9-13.1), primario desconocido (8.4 95%IC 4.4-12.5), páncreas (6.8; 95%IC 3.3-10.3), próstata (7.0 IC95% 3.3-10.6), colon (6.2; 95%IC 2.8-9.7), melanoma maligno de piel (2.1; 95%IC 3.8-11.2) y piel no melanoma (0.5; 95%IC 0.0-1.5).

CONCLUSIONES

Al considerar incidencia y mortalidad, los tumores de estómago, riñón, tráquea, bronquios y pulmón resultaron ser los de mayor magnitud, en hombres de 40-64 años de la Región de Los Ríos. Lamentablemente no hay evidencia de prevención efectiva en cáncer gástrico y renal, siendo necesario mejorar la oportunidad en la pesquisa, en tanto si se ha demostrado la influencia del hábito tabáquico en el cáncer de pulmón por lo que es necesario reforzar las estrategias que permitan disminuir este hábito en nuestra Región.

Palabras clave: cáncer, hombres, registro poblacional de cáncer.

Cánceres digestivos, Región de Los Ríos, 2006-2008

BERTRÁN V., MARÍA E[1], JOFRÉ S., ANA MARÍA[2] , HEISE M., KATY[3] y VARGAS G., SOLANGE[3]

INTRODUCCIÓN

Según el informe 2006-2008 del Registro Poblacional de Cáncer de Valdivia (RPCV), uno de cada 5 residentes de Los Ríos enfermará de cáncer antes de los 75 años. El cáncer constituye la segunda causa de muerte (21,1% en hombres, 27,1% en mujeres), los AVPP por cáncer son primera causa en mujeres

[1] Dirección Hospital Clínico Regional Valdivia. maria.bertran@redsalud. gov.cl
[2] Registro Poblacional de Cáncer. Seremi de Salud Región de Los Ríos.
[3] Unidad de Epidemiología. Hospital Clínico Regional Valdivia.

(31.5%) y tercera en hombres (15.8%). Las tasas ajustadas de incidencia de cáncer (excluidos piel no melanoma) fueron 224,6 por cien mil hombres y 177,0 por cien mil mujeres.

OBJETIVOS

Determinar la carga de enfermedad en términos de morbilidad y mortalidad por cánceres digestivos en la Región de Los Ríos, 2006-2008, según grupos quinquenales de edad, y conocer el grado de validez diagnóstica alcanzado por estos tumores.

METODOLOGÍA

Se incluyeron los casos de cáncer digestivo (C15-C25 de CIE-10) diagnosticados entre el 2006 y 2008, e ingresados al RPCV, codificados según Clasificación Internacional de Enfermedades Oncológicas y agrupadas según CIE 10. Se estimaron tasas de: incidencia específica por edad (TEE), tasas ajustadas de incidencia (TAI) y de mortalidad (TAM) con sus respectivos intervalos de confianza al 95% (IC95%) usando las proyecciones de población del Instituto Nacional de Estadísticas de Chile y población mundial en la estandarización según edad. Como criterio de validez diagnóstica se usó, porcentaje de casos con verificación microscópica (80%VM), según normas de calidad de la Agencia Internacional de Registros de Cáncer (IARC).

RESULTADOS

En este grupo de tumores la confirmación diagnostica mediante histología o citología (%VM) fue igual o superior a 80% en: esófago (95.5%), estómago (90.7%) y colon (90.7%), sin embargo persisten localizaciones con %VM bajo la norma IARC como: vesícula biliar (47,1%), vías biliares (38,3%), páncreas (36.4%) e hígado (29.7%).

La TEE en hombres fue 73,8 a los 25-64 años y 610.6 por cien mil hombres a los 65 y más años. En mujeres la TEE a los 25-64 años fue 59.8 y en mayores de 65 fue 483.2 por cien mil. Los principales cánceres digestivos según incidencia y mortalidad fueron: cáncer gástrico en hombres (TAI 33,6; IC95% 29,1-38,1 y TAM 28,0; IC95% 23,9-32,1 por cien mil) y cáncer de vesícula biliar en mujeres (TAI 18,8; IC95% 15,6-22,0 y TAM 17,6; IC95% 14,5-20,7 por cien mil).

De menor magnitud en mujeres fueron: intestino grueso según incidencia (TAI 15,8; IC95% 12,9-18,8) y estómago según mortalidad (TAM 9,4; IC95% 7,2-11,6) y en hombres fueron: intestino grueso (TAI 18,3; IC95% 14,9-21,6) y vesícula biliar (TAM 6,5; IC95% 4,5-8,8) por 100 mil.

CONCLUSIONES

El cáncer gástrico, vesícula biliar y el grupo de tumores de intestino grueso (C18-C21, CIE-10) son los que generaron mayor carga de enfermedad en tumores digestivos (75% del total). La TEE en mayores de 64 años es 8 veces mayor que TEE observada en el grupo de menor edad, reflejando que estos cánceres son dependientes de la edad. Los índices de validez diagnóstica presentan valores dentro de los aceptados por la IARC, aquellas localizaciones con menos 80%VM, pudiesen corresponder a tumores que requieren mejorar la oportunidad diagnóstica.

Palabras clave: cáncer digestivo.

Características epidemiológicas, cumplimiento de terapia y presencia de reinfección en lúes latente tardía

GRANDA M., LUCY[1] y FRANCO T., DIANA[1]

INTRODUCCIÓN

Entre los factores que contribuyen a aumentar el riesgo de adquirir o transmitir una infección de transmisión sexual (ITS), están los tratamientos médicos incompletos o la automedicación. Las ITS hoy surgen como un tema actual y contingente no sólo por la vinculación con algunos cánceres, sino también debido a la relación que existe entre estas enfermedades y la transmisión del VIH, además la asociación de sífilis y VIH aumenta la transmisibilidad de ambas patologías.

OBJETIVOS

Analizar el cumplimiento del esquema de tratamiento de acuerdo a la norma de manejo y tratamiento de ITS 2008, detectar reinfección y caracterizar la población con diagnóstico de lúes latente tardía (LLT) en centro de salud sexual de Valparaíso.

METODOLOGÍA

Se revisaron retrospectivamente las fichas clínicas en una muestra aleatoria simple de 30 casos diagnosticados con LLT , registrados en formulario ENO y confirmados mediante serología positiva VDRL y MHA-Tp en el periodo comprendido entre enero 2008 y junio 2009. Se recogen variables epidemiológicas, clínicas, serológicas y terapéuticas. El estudio estadístico se realizó con el programa SPSS 15.0.

RESULTADOS

De los 30 casos de la muestra, se incluyen 28 pacientes y 2 se excluyen del análisis por no tener registro de datos en ficha clínica. 28,6% son mujeres y 71,4 % hombres, con una edad media de 38,71 (rango: 19- 66). Recibieron la primera dosis de penicilina benzatínica 2.400.00 UI, 27 pacientes (96,4 %) y 1 paciente (3,6 %) realizó tratamiento con tetraciclina 500 mg. cada 6 horas por 30 días. La segunda y tercera dosis: 24 pacientes (85,7%) registran cumplimiento en el tratamiento y 4 pacientes (14,3 %) no registran cumplimiento del esquema de tratamiento. Respecto a los controles: asistieron al primer mes, 19 pacientes (67,9 %); segundo mes, 15 pacientes (53,6 %); al tercero y cuarto mes, 13 pacientes (46,4 %), y al quinto mes, 6 pacientes (21,4 %). La tasa de reinfección fue del 14,3 %, asociada a otras ITS 25,1 %. Registran actividad sexual con una pareja estable 35% y con más de una pareja 39,3%. Muestran conducta de alto riesgo de salud sexual según triage, el 49.9 %. La mayoría de los casos procedía de atención primaria (35,7 %) luego está la vía voluntaria (21,4%), del control sanitario (14.3 %) derivado del banco de sangre 10,7 %.

CONCLUSIONES

En el presente estudio el 85,7 % de casos mostró cumplimiento de tratamiento, el 14,3% de reinfección y el 35,7 % de pacientes fue

[1] Escuela de Salud Pública. Beca de Medicina Familiar. Universidad de Valparaíso. lucytgranda@hotmail.com

derivado desde atención primaria, lo que hace necesaria una protocolización según la Norma de manejo y tratamiento de ITS 2008 para mantener una adecuada comunicación en red, incorporar la encuesta epidemiológica que permita identificar los posibles contactos, establecer un sistema de rescate de pacientes, adecuado registro en ficha clínica y una evaluación periódica para detectar así los problemas y lograr una buena práctica clínica.

Palabras clave: lúes latente tardía.

Caracterización de la consulta por trauma facial en un servicio de urgencia pediátrico

COLLAO G., CAROLINA[1], CORTÉS A., JUAN[1] y CARRASCO-LABRA., ALONSO[2]

INTRODUCCIÓN

Tanto a nivel nacional como internacional, los traumatismos son la primera causa de morbimortalidad en niños mayores de 1 año de edad. El trauma facial es una causa común de consulta en servicios de urgencia pediátricos. En nuestro país no existen a la fecha estudios publicados que describan la frecuencia o características de la consulta por lesiones secundarias trauma facial en la población pediátrica chilena. En consecuencia, planteamos la interrogante de cuáles son las características epidemiológicas de los pacientes pediátricos con trauma facial en una muestra de la población pediátrica chilena.

OBJETIVOS

Objetivo general

Caracterizar las consultas por traumatismos faciales realizadas en la Unidad de Emergencia Hospitalaria del hospital Exequiel González Cortés entre los años 2006 y 2009.

Objetivos específicos

Estimar la frecuencia de consultas por traumatismos faciales entre los años 2006 y 2009 en la Unidad de Emergencia Hospitalaria del Hospital Exequiel González Cortés.

Determinar la distribución por edad, sexo, comuna y previsión de los pacientes consultantes por traumatismos faciales en la muestra en estudio.

Establecer la frecuencia de las consultas por traumatismos faciales según meses y estaciones del año.

Proporcionar datos útiles para el diseño de políticas preventivas de lesiones por traumatismos faciales.

METODOLOGÍA

Estudio observacional descriptivo, retrospectivo de series de casos. Se revisaron los datos de atención de urgencias de pacientes consultantes en la UEH en estudio, incluyendo todos los datos de pacientes menores de 15

[1] Departamento de Cirugía y Traumatología Buco-Máxilo-Facial. Facultad de Odontología. Universidad de Chile. carolinacollaog@gmail.com
[2] Candidato a Doctor. McMaster University. Ontario. Canadá.

años con lesiones por trauma facial consultantes entre mayo del 2006 y abril del 2009.

RESULTADOS

Entre mayo del 2006 y abril del 2009 se registraron 293,090 consultas médicas en la Unidad de Emergencia del HEGC. De éstas, 7.617 menores de 15 años consultaron debido a traumatismos faciales. La mayoría de los pacientes fue de sexo masculino, con una proporción entre sexos de 1.7:1. El 56% de los pacientes estudiados era menor de 5 años. Los pacientes provinieron principalmente de las comunas de Lo Espejo, Pedro Aguirre Cerda, San Joaquín y San Bernardo, concentrando en conjunto el 60% del total de consultas. El 31% recibió atención bajo cobertura del Seguro Escolar, un 28% eran afiliados del tramo A de Fonasa, 14% del tramo B, 10% al tramo C y 8% al tramo D; sólo 7% pertenecía al sistema privado de salud. La cantidad mensual de pacientes consultantes por trauma facial mostró una tendencia al incremento a través de los años, y se observó un aumento en las consultas en los meses de primavera y hacia el final del verano.

CONCLUSIONES

El sexo masculino y la edad preescolar son los factores más comúnmente asociados a trauma facial pediátrico. Los resultados obtenidos se asemejan a los descritos a nivel internacional en la distribución por sexo y edad. Se necesita continuar con los estudios epidemiológicos en Chile respecto a los traumatismos faciales pediátricos de forma de obtener un perfil representativo de este segmento de la población.

Palabras clave: epidemiología, traumafacial, pediatría, maxilofacial.

Caracterización de la epidemia de cólera en Latinoamérica y el Caribe entre 1991 y 2010: Comparando cifras de morbimortalidad y la respuesta de los países ante los brotes

BAHAMONDE H., CRISTIAN[1] y STUARDO A., VALERIA[1]

INTRODUCCIÓN

El cólera es una enfermedad infectocontagiosa que luego de más de un siglo de ausencia en Latinoamérica reemerge en 1991, en Perú, propagándose rápidamente por casi todo el continente provocando una alta morbimortalidad distribuida de manera heterogénea entre los distintos países. Luego de los esfuerzos de contención, el brote epidémico parecía resuelto en la primera década del siglo XXI, sin embargo el cólera reemerge con gran impacto en Haití, un país devastado tras el terremoto de enero de 2010.

[1] Escuela de Salud Pública. Facultad de Medicina. Universidad de Chile. cristianbahamonde@email.com

OBJETIVOS

Describir y comparar la morbimortalidad y las medidas de enfrentamiento de la epidemia de cólera por parte de los países de Latinoamérica y el Caribe durante el periodo 1991-2010.

METODOLOGÍA

Se realizó un estudio ecológico analizando las bases de datos disponibles de morbimortalidad por cólera de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS). Además, se realizó una revisión bibliográfica de la literatura médica y gris de las bases de datos pubmed, lilacs y google académico de las medidas adoptadas por los países para el control de la epidemia. Estas medidas fueron contrastadas con un instrumento creado por la OMS en el año 2004 llamado "Brotes de Cólera, evaluación de la respuesta a los brotes y mejora de la preparación".

RESULTADOS

Entre 1991 y 2010 en Latinoamérica y el Caribe se registraron 1.469.720 casos de cólera y 15.994 muertes, la tasa de letalidad fue de 1,08%. Los países más afectados fueron Perú, Ecuador, Nicaragua y Haití. En relación al comportamiento de la morbimortalidad se registraron más casos y fallecimientos entre 1991 y 1993 luego un descenso progresivo hasta 1997, un aumento significativo en 1998, posteriormente un descenso progresivo la siguiente década con casos esporádicos y sin mortalidad entre 2001 y 2009, finalmente en 2010 un gran brote en la Isla de la Española deja 171.458 casos y 3.651 fallecimientos por cólera. La adopción de medidas de contención de brotes fue similar entre los países latinoamericanos que han sido afectados por la epidemia de cólera.

CONCLUSIONES

La epidemia de cólera afectó en forma heterogénea a los países, diversos factores influyeron en esto, principalmente socioeconómicos y climáticos. Los países enfrentaron la epidemia basados en las recomendaciones de la OPS, sin embargo estas medidas no fueron publicadas en forma sistematizada. Es necesario sistematizar la información y evaluar las acciones para aportar a la contención de futuros brotes de cólera en Latinoamérica y el Caribe. La reemergencia de esta enfermedad y a diversidad de factores relacionados a este tipo de brotes amerita la creación de unidades de prevención y control de enfermedades emergentes y reemergentes en los países.

Palabras clave: cólera, Latinoamérica, morbimortalidad, enfrentamiento.

Caracterización de las enfermedades neumocócicas invasoras, Chile 2007 - 2010

CÁRCAMO MARCELA[1] y VALENZUELA MARÍA TERESA[2]

INTRODUCCIÓN

El *Streptococcus pneumoniae*, es un diplococo gram positivo que contiene sobre 90 serotipos, algunos de ellos responsables de causar enfermedad neumocócica invasora (ENI), de relevancia en salud pública por generar secuelas graves, de alta letalidad, más severa aún en menores de dos años. Desde el año 2000, se dispone de vacunas neumocócicas conjugadas, las únicas que pueden generar inmunidad en lactantes. En Chile se incorporó la vacunación para lactantes en noviembre del 2010. Mediante el decreto 158, del Minsal, 2004, la vigilancia de este agente infeccioso es obligatorio para Chile, cuyos datos son relevantes para observar el impacto de la vacunación.

OBJETIVOS

Conocer la carga de enfermedad neumocócica invasora en Chile a través de la incidencia de casos de meningitis, sepsis o bacteremias y neumonias, mediante la confirmación de ellos en el laboratorio años previos a la incorporación de la vacunación en el Programa Nacional de Inmunizaciones de Chile, 2007-2010.

Definir la enfermedad de acuerdo a la localización, grupos de edades afectados.

Determinar los serogrupos involucrados en la enfermedad neumocócica invasora en Chile.

METODOLOGÍA

Mediante un sistema de vigilancia obligatoria de laboratorio, bajo Decreto, de la ENI, los laboratorios clínicos del país envían al Laboratorio de Referencia Nacional del Instituto de Salud Pública (ISP), las cepas de *Streptococcus pneumoniae* aisladas desde fluidos estériles: LCR, hemocultivos, líquidos pleurales y otros. En el ISP se realiza la confirmación microbiológica, mediante métodos estandarizados por la OPS/Sireva. Se realiza la serotipificación capsular Quellung mediante recomendaciones internacionales. La susceptibilidad antimicrobiana se realiza mediante técnicas de difusión en agar y Concentración Inhibitoria Mínima (CIM), según estándares del Clinical Laboratory Standards Institute (CLSI).

RESULTADOS

En Chile entre los años 2007-2010 se han confirmado 3.475 casos de ENI. En términos de variación porcentual anual de casos, entre el período 2007-2008, ella fue de +1,1%, entre 2008-2009 la variación fue de +4,3% y durante el 2009-2010, la variación fue de -12,3%.

La localización de la enfermedad varía según grupos de edades. La localización meníngea se concentra en los menores de 1 año. Las bacteriemias o sepsis se concentran en el mayor de 65 años y las neumonias invasoras,

[1] Médico veterinario.marcelacarcamoi@gmail.com
[2] Instituto de Salud Pública.

en ambos extremos de la vida. El serotipo más prevalente, cualquiera sea la localización y grupo de edad es el 14, continúan en orden descendente el 1, 19F, 7F, 6A, 23F.

CONCLUSIONES

Mediante un sistema de vigilancia obligatoria llevada desde el laboratorio se dispone de una valiosa información que permitirá dar cuenta acerca del impacto que tendrá la vacunación programática para los lactantes de Chile, no sólo desde la carga de enfermedad, sino también, los serotipos involucrados y la resistencia de este agente a los antibióticos. La limitación de esta vigilancia radica en la dificultad de separar los casos de bacteriemias de las sepsis.

Palabras clave: *Streptococcus pneumoniae*, vigilancia de laboratorio, serotipos.

Caracterización epidemiológica de un brote de salmonellosis en la comuna de Los Andes, Chile

GONZÁLEZ R., FRANCISCO[1], LINEROS E., EDUARDO[1], FUENTES V., LILIA[2] y CASTILLO T., CARMEN[3]

INTRODUCCIÓN

Las samonellosis no tíficas (SNT) son un importante problema de Salud Pública en Chile, por lo cual se mantiene una constante vigilancia epidemiológica sobre esta Enfermedad Transmitida por alimentos (ETA). En este estudio se describen las características epidemiológicas de un brote de salmonella enteritidis en la ciudad de Los Andes, Quinta Región, Chile.

OBJETIVOS

Objetivo general

Describir las características epidemiológicas de un brote de salmonellosis ocurrido en la comuna de Los Andes durante marzo de 2011.

Objetivos específicos

Calcular la tasa de ataque y el período de incubación del brote. Conocer las manifestaciones clínicas más relevantes presentadas por estos pacientes.

METODOLOGÍA

Se analizaron las hojas de Notificación Obligatoria de ETA en relación a la ingesta de productos de un local de expendio de alimentos ubicado en e la comuna de Los Andes, Chile. La información de todas las hojas de Notificación Obligatoria de ETA se resumió en una base de datos prediseñada por la Seremi de Salud, Quinta Región para este efecto. Las variables que se consideraron fueron datos del paciente (edad y sexo) y aspectos clínicos (fecha y hora de consumo, alimentos consumidos, fecha, hora y tipo de síntomas).

Se contactó telefónicamente a los afectados para corroborar y completar la información, y para pesquisar otros casos que no recibieron atención médica. Con los datos obtenidos se calcula-

[1] Interno de Medicina. Universidad de Valparaíso. Campus San Felipe. fcox_gonzalez@hotmail.com
[2] Seremi de Salud. Oficina Provincial Aconcagua.
[3] Cesfam Santa María de Aconcagua.

ron la tasa de ataque y el período de incubación. Se agregaron a la base de datos los resultados de los coprocultivos realizado en los centros de salud que llevaron a cabo la primera atención médica, con confirmación de cepas por parte del ISP.

RESULTADOS

De 400 personas expuestas, 64 presentaron síntomas; el rango etario más afectado fue de 15 a 44 años. La tasa de ataque fue de un 16% y el período de incubación de 25,9 horas. La diarrea fue la principal manifestación del cuadro con un 87,5% (56) de los pacientes afectados. Le siguen, en orden de frecuencia, los cólicos abdominales y las nauseas, con un 82,8% (53) y un 81,25% (52), respectivamente. A 18 pacientes se les tomó coprocultivo, de los cuales, 14 fueron positivos a *Salmonella enteritidis.*

CONCLUSIONES

S. enteritidis se ha posicionado como endémica en nuestro territorio, por lo que es de suma importancia adoptar medidas amparadas por ley, que busquen disminuir el riesgo de padecer ETA por esta causa. Los esfuerzos podrían centrarse en la promoción de conductas saludables y la prevención de infecciones por este agente, legislando sobre medidas con impacto comprobado en la reducción de alimentos contaminados por el germen y su diseminación, como el buen mantenimiento y control de las aves de corral, el correcto manejo del producto avícola, la adecuada conservación de la cadena de frío en su transporte, la supervisión y control en la manipulación de alimentos y la educación a la población general.

En la atención médica de estos pacientes es relevante efectuar una anamnesis y examen físico completo, con énfasis en el cuadro clínico descrito; podría ser aconsejable el estudio bacteriológico para contribuir al mejor conocimiento de esta patología.

Palabras clave: salmonellosis no tífica, brote.

Caries y fluorosis en niños con y sin fluoruro sistémico

YÉVENES L., ISMAEL[1], ZILLMANN G., GISELA[1], ESPINOZA V., PAMELA[1] y ELLICKER M., TAMARA[1]

INTRODUCCIÓN

Dado que en la actualidad, un porcentaje importante de la población nacional cuenta con agua potable fluorurada y el PAE/F se desarrolla en las escuelas rurales de la V Región al sur, se hace necesario visualizar el efecto del fluoruro proveniente del agua de consumo o leche fluorurada en la salud bucal de la población escolar y comparar con poblaciones sin fluoruro sistémico. Se esperaría que los niños de 8 años que reciben agua potable o leche fluorurada presenten una menor prevalencia de caries y un mayor índice de fluorosis con respecto a los niños de 8 años que no reciben fluoruro sistémico.

OBJETIVOS

Se determinó prevalencia y severidad de caries dental y fluorosis en niños y niñas de 8 años, que residen desde su nacimiento en las

[1] Facultad de Odontología. Universidad de Chile. iyevenes@odontologia.uchile.cl

comunas de Independencia (suplementada con fluoruros), Pirque que recibe leche fluorurada a través del PAE-F y Maipú (carente de flúor en sus aguas).

METODOLOGÍA

Se seleccionó una muestra de 140 niños de 8 años, 50 de la comuna de Independencia, 50 de la comuna de Maipú y 40 de la comuna de Pirque (considerada rural). Para establecer el porcentaje de niños libre de caries se utilizó la metodología descrita por la OMS; para determinar severidad de caries se utilizaron los índices Ceod y Copd. Para diagnosticar prevalencia y severidad de fluorosis se utilizó el Índice de Dean. El análisis estadístico se realizó con test Chi-cuadrado y Mann-Whitney, considerando un nivel de significancia del 0,05% ($p<0,05$).

RESULTADOS

El porcentaje de niños libre de caries alcanzó el 38% en la comuna de Independencia, el 10% en la de Maipú y 0% en Pirque. En severidad de caries, el índice ceod en la comuna de Independencia fue de 2,14 desglosado en 0,54 cariadas, 0,04 con indicación de extracción y 1,58 obturadas. En Maipú fue de 3,82 desglosado en 1,56 cariadas, 0,46 con indicación de extracción y 1,84 obturadas. En Pirque el índice fue de 4,55 con 1,60 cariadas, 0,25 con indicación de extracción y 2,70 obturadas.

El índice Copd para Independencia fue de 0,92 desglosado en 0,26 cariadas, 0,66 obturadas y 0 perdidas, en Maipú el valor fue de 1,48 con 1,02 cariadas, 0,36 obturadas y 0,1 perdidas y en Pirque fue de 2,65 con 0,47 piezas cariadas, 2,12 obturadas y 0,05 perdidas.

La prevalencia de fluorosis en la comuna de Independencia fue de un 48,8%, correspondiendo a las categorías Muy Leve y Leve, principalmente. En la comuna de Maipú, la prevalencia de fluorosis fue de 16%. La mayoría corresponde a la categoría Muy Leve y 35% en Pirque y mayoritariamente muy leve.

CONCLUSIONES

El aporte de flúor en el agua potable en la comuna de Independencia produce en los niños de 8 años una disminución en la prevalencia y severidad de la caries dental, así como un aumento en la prevalencia y severidad de la fluorosis en comparación con Maipú. El PAE-F no basta por sí solo para lograr una mejor salud bucal en los niños beneficiarios, respecto a niños no cubiertos por este Programa, lo cual podría deberse a un posible mayor daño por caries preexistente en los niños examinados de Pirque, asociado a la condición rural de esa zona.

Palabras clave: caries, fluorosis, fluoruros sistémicos.

Condición periodontal en adultos chilenos: profundidad y sangrado al sondaje

CARVAJAL P., PAOLA[1], ARTEAGA H., OSCAR[2] y GAMONAL A., JORGE[3]

INTRODUCCIÓN

La evaluación periodontal clásica, tradicionalmente ha implicado la búsqueda de signos y síntomas clínicos junto con la historia médica y dental, para determinar la extensión y severidad de los daños en los tejidos gingivales y periodontales. Una nueva clasificación de la enfermedad puede ser más apropiada para identificar a los individuos susceptibles a progresión de ella. Esta caracteriza la biología de la interfaz biofilm-gingival (BGI) y crea categorías con fenotipos biológicos distintos, por lo tanto, esta clasificación no incorpora medidas del nivel de inserción clínico.

OBJETIVOS

Determinar la prevalencia de periodontitis basado en la profundidad superficial o profunda al sondaje en combinación con el bajo o alto porcentaje de sangrado al sondaje, en la población chilena urbana de 35-44 y 65-74 años.

METODOLOGÍA

Se realizó un estudio transversal, utilizando los registros de la base de datos del Estudio Nacional del año 2008-2009. Para el presente análisis se usaron los datos de los sujetos dentados totales o parciales, resultando en una muestra de 1.456 sujetos: 1.084 adultos de 35-44 y 372 adultos mayores 65-74 años. Para estimar la prevalencia se evaluaron las variables clínicas de interés, profundidad al sondaje (PS) y sangrado al sondaje (SS), medido en seis sitios por diente por operadores calibrados con una sonda manual. Se utilizó la nueva clasificación propuesta por Offenbacher S., et al. 2008, que agrupa en cinco condiciones periodontales según la PS y el porcentaje de SS, desde un estado compatible con salud (BGI-H: PS≤3mm + SS<10%), gingivitis (BGI-G: PS≤3mm + SS≥10%), y compatibles con periodontitis (P1:PS≥4mm + SS<10%), (P2:PS≥4mm + ≥10%SS<50%), (P3: PS>3mm + SS>49%), según severidad del sangrado. Se realizó un análisis descriptivo calculando tasa de prevalencia para cada grupo de edad, usando software estadístico (Stata 11.0).

RESULTADOS

El 40,7% (N=441) de los adultos y el 37,1% (138) de los adultos mayores estaban dentro de la categoría de mayor severidad P3. El 23,1% y 19% de los adultos tenían la categoría P2 y BGI-G, siendo en los adultos mayores 19,4% y 22,9, respectivamente. Los sujetos con biotipo compatible con salud fueron un 11,3% en los adultos y un 10,2% en los mayores. El biotipo de mayor severidad P3 para ambos grupos de edades fue más prevalente en los hombres y el biotipo compatible con una gingivitis BGI-G en las mujeres.

CONCLUSIONES

En Chile el 40,1% y 37,1% de los adultos de 35-44 y adultos mayores de 65-74 años padecen enfermedad periodontal con alto fenoti-

[1] Facultad de Odontología. Universidad Andrés Bello. paolacp26@yahoo.es
[2] Facultad de Medicina. Escuela de Salud Pública. Universidad de Chile.
[3] Laboratorio de Biología Periodontal. Departamento de Odontología Conservadora. Facultad de Odontología. Universidad de Chile.

po inflamatorio, lo que puede aumentar en esta población el riesgo de progresión de pérdida de inserción, siendo esta nueva clasificación un aporte para identificar individuos de mayor riesgo. Sólo un 11% de los adultos y adultos mayores en Chile presentan un estado periodontal compatible con salud.

Palabras clave: prevalencia enfermedad periodontal.

Demanda de los servicios de salud bucodental en adultos mayores postrados de Valparaíso

FLORES A., PRICILA[1], MUÑOZ A., DANIELA[1] y CUETO U., ALFREDO[1]

INTRODUCCIÓN

El fenómeno demográfico del envejecimiento poblacional que se está viviendo en nuestro país, se refleja con mucha fuerza en la comuna de Valparaíso, que es la tercera con mayor número de adultos mayores en Chile. La funcionalidad deteriorada de muchos adultos mayores alcanza su máxima expresión en postrados, quienes debido a sus pobres condiciones sistémicas se ven imposibilitados de realizar las actividades básicas de la vida diaria, especialmente trasladarse. Consideramos de importancia conocer las características de la demanda de los servicios de salud bucodental por estos pacientes altamente vulnerables, cuyo mal estado de salud oral puede agravar o aún perpetuar su delicada condición sistémica, para así generar la información necesaria para eventuales programas de salud que puedan atender estas necesidades.

OBJETIVOS

Caracterizar la demanda de servicios odontológicos por postrados de Valparaíso.

METODOLOGÍA

Estudio transversal. A partir del listado de los inscritos en el Programa de Atención Domiciliaria a Postrados de la Corporación Municipal de Valparaíso, se realizó un muestreo probabilístico con afijación proporcional según distribución geográfica (por centro de salud) y de género. Se realizó una visita domiciliaria en la que se entrevistó al paciente o a su cuidador respecto de las características generales de la demanda de servicios odontológicos del paciente postrado y un examen bucal. Los datos fueron tabulados y analizados estadísticamente en excel 2010.

RESULTADOS

Se examinaron 78 pacientes postrados severos, 64,1% mujeres y 35,9% hombres de una edad promedio 83,9 y 79,7 años, respectivamente. El nivel socioeconómico de la muestra fue pobre, con un 66% pertenecientes a Fonasa tipo B y los restantes a Fonasa A.

Se apreció que las mujeres acudían a los servicios odontológicos más que los hombres,

[1] Facultad de Odontología. Universidad de Valparaíso. pricila.flores@gmail.com

aunque la diferencia entre ambos grupos no fue significativa. Los datos revelaron que la mayor parte de estas personas solía acudir sólo rara vez (62,8%) por necesidades específicas, ocasionalmente en un 19,2% y 9% declaró acudir frecuentemente y nunca.

El motivo predominante de consulta fue de carácter funcional, específicamente, la confección o reparación de prótesis removibles (64,1%); seguido por el motivo dolor (21,8%) lo que resultaba en extracciones dentarias; por causa periodontal (3,8%) y un solo caso que comentó motivo estético (1,3%).

En cuanto al año de la última consulta un 43,6% declaró haber ido en un periodo de 10 años a la fecha; 32,1% entre 15 y 20 años atrás; 15,4% entre 20 y 40 años atrás; y un 9% declaró nunca haber ido.

El COP registrado fue 26,04; con un índice de cariados 1,58; obturados 0,49; y alto nivel de perdidos, 23,97. El estado periodontal encontrado fue altamente deteriorado con 53,8% de códigos 4; 25,6% de códigos 3; y 18% de códigos 2 de PSR. Las lesiones de tejidos blandos afectaron al 66,6% de la muestra.

CONCLUSIONES

La demanda de los servicios odontológicos por estos pacientes se realizó exclusivamente cuando podían trasladarse; aún así la frecuencia de las visitas fue escasa y en su mayoría hace más de una década, motivadas principalmente por urgencias dentales o protésicas. Esta población es altamente vulnerable y su estado de salud bucal está muy deteriorado, por lo cual requiere atención odontológica adaptada a sus necesidades.

Palabras clave: postrados, demanda, servicios odontológicos.

Desarrollo psicomotor y factores asociados en niños de 18 meses, en la comuna de Buin

BURGOS S., MARÍA VERÓNICA[1]

INTRODUCCIÓN

El desarrollo psicomotor es un proceso dinámico y complejo, basado en aspectos biológicos y ambientales que se expresa en la adquisición de habilidades motrices, intelectuales y relacionales, fundamental en la infancia, e influido por factores protectores y de riesgo.

OBJETIVOS

Identificar factores de riesgo y factores protectores del desarrollo psicomotor de niños de 18 meses de la comuna de Buin. Además, se exploró cuál es el efecto de una intervención en niños detectados con déficit a los 18 meses.

[1] Egresada Magister Salud Pública U. de Chile.vburgoss@gmail.com

METODOLOGÍA

Se realizó un estudio de casos y controles anidado en una cohorte poblacional. Se definió como caso a los niños nacidos entre los años 2007 y 2009, que a los 18 meses presentaron déficit según la escala de evaluación del desarrollo psicomotor(Eedp). De la misma base poblacional se eligió aleatoriamente 2 controles. La intervención se realizó a los casos, a través de 5 sesiones en sala de estimulación. Se obtuvo información a través de fuentes secundarias y como método estadístico para identificar asociación se utilizó regresión logística bivariada.

RESULTADOS

Se seleccionaron 93 casos y 186 controles. Se identificó como factores de riesgo el sexo OR 2,01(IC 95% 1,19-3,38; valor p=0,009), la escolaridad del padre OR 4,13(IC 95% 1,05-16,12; valor p=0,041), nivel socioeconómico OR 4,95(IC 95%1,4-17,44; valor p=0,013), cuidador OR 2,02(IC 95% 1,03-3,97; valor p=0,04) y orden de hermanos OR 6,39(IC 95%1,18-35,56; valor p=0,031). La incidencia acumulada de déficit en ese periodo fue de 6,9. La intervención no pudo ser evaluada con medidas de eficacia, ya que no abarcó a la totalidad de niños detectados con déficit.

CONCLUSIONES

Entre las debilidades destaca la baja cobertura de la aplicación del test de screening con un 76%, y el sesgo de información en la obtención de datos. Las fortalezas apuntan a la aplicación de un instrumento validado a nivel local, y aplicado por personal que trabaja en atención primaria, en una población tanto rural como urbana, y la selección de los controles se realizó en forma aleatoria de la misma base poblacional. Por último, este estudio identifica factores de riesgo e incidencia acumulada que permitirán a nivel local educar y reorientar los recursos tanto en la pesquisa como intervención de niños con déficit del desarrollo psicomotor.

Palabras clave: desarrollo psicomotor, déficit del desarrollo, factores de riesgo.

Determinantes del peso al nacer en niños residentes del departamento de Canelones, Uruguay

PEREYRA G., ISABEL[(1)], CERRUTI M., FLORENCIA[(2)] y ORTIZ F., ALFONSINA[(1)]

INTRODUCCIÓN

El interés en cuanto al pronóstico de recién nacidos (RN) de bajo peso, ha sido creciente debido a la fuerte evidencia de que la condición nutricional al inicio de la vida, tiene repercusiones tanto en la sobrevida y salud infantil como en la salud del adulto.

En Uruguay, la última cifra oficial disponible de incidencia de Bajo Peso al Nacer (BPN)

[(1)] Departamento de Nutrición. Universidad Católica del Uruguay. ipereyra@ucu.edu.uy
[(2)] Departamento y Ciencias Cognitivas y de la Salud. Universidad Católica del Uruguay.

(peso menor a 2500g), es 8,3%. Mientras que la incidencia de peso insuficiente (PI) (entre 2.500g y 3.000g), es 20,0%. La cifra es inferior a la de los países de Sudamérica en conjunto (10%), pero superior a la de algunos que han disminuido el BPN, como Chile, Cuba y Costa Rica. Hace más de 20 años que el BPN se mantiene entre 7 y 9%, no evidenciándose una tendencia hacia su disminución. Por tal motivo es especialmente importante identificar los factores asociados al nacimiento de niños con pesos desfavorables para poder focalizar acciones en los grupos de riesgo.

OBJETIVOS

Establecer factores asociados con el peso al nacer en niños menores de 5 años residentes en el Departamento de Canelones.

METODOLOGÍA

Estudio transversal de una muestra representativa de 2.127 menores de 5 años, nacidos entre 2002 y 2007. Se estudió la asociación entre el peso al nacer y variables maternas y del niño. La relación entre variables se determinó mediante pruebas de $\chi 2$, para variables categóricas y pruebas t o análisis de varianza para continuas. Para medir la asociación entre los factores de riesgo y el BPN se estimaron "odds ratios" (OR). Las pruebas se efectuaron a un nivel de significancia $\alpha = 0,05$.

RESULTADOS

El peso de nacimiento varió entre 850g y 4.980g, siendo el promedio de 3.218,8g ± 533,2g, 7.8% presentaron BPN y 22,3% PI. Sumadas las categorías BPN y PI, se aprecia que más del 30% de los niños nació con peso desfavorable.

El peso al nacer promedio se asoció en forma negativa con variables estudiadas (maternas: talla menor a 150cm, adolescencia, primiparidad, primaria incompleta; del niño: sexo femenino y falta cobertura en salud). Estos mismos factores, excepto primiparidad, resultaron relacionados con PI. El BPN resultó asociarse a talla materna y falta de cobertura en salud. Madres con talla menor a 150cm presentaron mayor riesgo de BPN (OR=2,5; IC=1,28-4,87).

CONCLUSIONES

La significativa asociación estadística encontrada pone de manifiesto la relevancia de la maternidad en edades inferiores a los 20 años, en madres de menor talla, en primíparas, en mujeres con bajo nivel educativo, en familias sin cobertura en salud y en RN de sexo femenino, como factores asociados con un menor peso promedio o peso desfavorable al nacer.

Palabras clave: recién nacido, bajo peso al nacer, factores de riesgo, Uruguay.

Diagnóstico nutricional en niños de 6 a 18 años de la comuna Santa María, junio 2011

VIDAL L., NATHALIE[1], COFRÉ L. FRANCISCO[1], LEIVA D. JAVIERA[1], AGUILERA V., NANCY[1] y ANICH E., CHRISTOPHER[1]

INTRODUCCIÓN

La malnutrición por exceso constituye un importante factor de riesgo general para patología crónica al 2002, alrededor de 110 millones de niños a nivel mundial entran en la clasificación de sobrepeso y obesidad. En los países en desarrollo, en que hace algunos años el principal problema sanitario en la infancia era la desnutrición; hoy, la obesidad aumenta su prevalencia significativamente, como consecuencia de un medio ambiente de fácil acceso, con sedentarismo y alimentación hipercalórica. Según la ENS 2010, en Chile la prevalencia de exceso de peso (IMC>25) es del 64,5%. En alrededor de un 80% de los niños la obesidad persistirá, lo que se relaciona significativamente con morbilidad y mortalidad en adultos, en su mayoría, complicaciones metabólicas y cardiovasculares, asociadas al hiperinsulinismo que conlleva la obesidad.

OBJETIVOS

Objetivo general

Conocer el estado nutricional actual de los escolares y adolescentes de la comuna de Santa María. Generar información que siente las bases de intervenciones sobre la malnutrición infantil y de nuevas investigaciones.

Objetivo específico

Medir peso y talla de niños sanos entre 6 y 18 años de la comuna de Santa María.

METODOLOGÍA

Estudio de corte transversal, descriptivo. Se solicitó autorización a Daem de Santa María y a establecimientos educacionales de la comuna. Fueron incluidos pacientes sanos de 6 a 18 años de edad. Se excluyeron pacientes con evaluación nutricional especial o cursando embarazo.

Se realizó medición de peso y talla con balanzas con estadiómetro. Se evaluó a cada niño descalzo, con ropa interior y una prenda sobre el tórax, y se calibró balanza cada 10 niños.

Los datos obtenidos se ingresan y codifican en tabla excel y se calcula IMC automáticamente. El diagnóstico nutricional se realizó con IMC para sexo y edad, según percentiles de tablas CDC/NCHS, considerando: “bajo peso” <p10, p15-p85: “eutrófico”; >p85 “riesgo de obesidad” y >p95 “obesidad”.

RESULTADOS

De la población total de la comuna (n=2000), se realizó evaluación nutricional a 1.161 niños. Se excluyó a 3 individuos por criterios de exclusión. La distribución etaria fue la siguiente: escolar (6-11): 62,8%; adolescencia temprana (12-14): 26,8%, y adolescencia tardía (15-19): 10,8%. La distribución por sexo fue 52,3% de mujeres y un 57,2% de hombres.

El análisis general demostró malnutrición por exceso en 42% de los niños evaluados, con

[1] Interno Medicina VI año. Universidad de Valparaíso. natividall@live.cl

22% en Riesgo de obesidad (RO) y un 20% de Obesidad (O), observándose una mayor frecuencia de malnutrición por exceso en el grupo escolar (43%), con un 21% de los niños en RO y un 23% de O. En mayores de 12 años se vio mayor RO, y menor O. La malnutrición por exceso fue mayor en mujeres, con un 45,63%; con predominio del RO (26,03%). En varones la malnutrición por exceso constituye el 38,45%, pero se concentra en la O (20,94%).

CONCLUSIONES

En la población estudiada la malnutrición por exceso supera el 40%, con un 20% de obesidad.

Se requiere establecer metas sanitarias específicas para este grupo etario que permitan detener el aumento de la malnutrición por exceso en niños.

Palabras clave: malnutrición, niños, IMC.

Dinámica mandibular normal: cuantificación en 381 escolares de 5 comunas rurales de Chile

VERGARA N., CRISTIAN[1], MATAMALA P., MAGDALENA[2], LEE M., XIMENA[1], AMÉSTICA F., NICOLÁS[2], MENA D., PAULA[2], TORRES P., ALFREDO[3], PÉREZ C., PABLO[4], CAFFARENA R., JOSÉ[5], CAROS L., JORGE[6] y SEPÚLVEDA, ERIC[7]

INTRODUCCIÓN

Se acepta que los movimientos mandibulares son un parámetro importante dentro de la evaluación clínica de la articulación temporomandibular. Movimientos limitados o aumentados son un signo de disfunción. Los valores usados como referencia normal corresponden a poblaciones adultas, y la información en poblaciones de niños es escasa.

OBJETIVOS

El propósito de este estudio es medir los rangos normales de movimientos mandibulares de niños en distintas comunas rurales de Chile.

METODOLOGÍA

Dados los criterios de inclusión y exclusión la muestra fue de 381 niños (190 niñas y 191 niños) con una edad promedio de 9,2 años (ds 2 años), atendidos por odontólogos en Etapa de Destinación y Formación (EDF) de 5 comunas rurales de Chile (Pemuco, El Carmen, Yungay, Puerto Williams y Panguipulli) en el 2011.

En este estudio se consideraron los Criterios Diagnósticos para la Investigación de los Trastornos Temporomandibulares CDI/TTM de Dworkin, éstos son expuestos en términos operacionales y medibles para maximizar la reproductibilidad entre investigadores.

Se hizo una reunión de inducción y luego se

(1) Departamento de Prótesis. Facultad de Odontología. Universidad de Chile. crvergar@u.uchile.cl
(2) Estudiante de 6º Año. Facultad de Odontología. Universidad de Chile.
(3) Programa Odontológico Cesfam Pemuco, Servicio de Salud Ñuble.
(4) Servicio Dental Hospital Comunitario El Carmen. Servicio de Salud Ñuble.
(5) Servicio Dental Hospital Comunitario Yungay Pedro Morales Lagos. Servicio de Salud Ñuble.
(6) Cecosf Puerto Williams.
(7) Cesfam Panguipulli.

le envió al lugar de trabajo de los odontológos en EDF, un sobre con los materiales necesarios para realizar el examen; fichas clínicas, consentimiento informado, instructivo para realizar examen clínico, anotador, regla y lápiz.

RESULTADOS

El 61,2% presentó un patrón de apertura recto, 18,4% desviaba sin corrección hacia la derecha o izquierda y 20,4% desviaba con corrección. La apertura mandibular no asistida tuvo un promedio de 46,2mm (ds 5,8mm) y la apertura mandibular asistida fue de 48mm (ds 5,7mm) y el movimiento excursivo mandibular lateral fue de 8,6 mm (ds 1,8mm). La protrusión fue de 5,6mm (ds 1,9).

CONCLUSIONES

En la muestra estudiada los rangos de movimiento de la dinámica mandibular en niños fueron similares a los registrados para los adultos y que se usan como referencia. Esto indicaría que es válido usarlos para diferenciar lo sano de lo enfermo en niños.

Palabras clave: dinámica mandibular, rangos de movimiento mandibular, trastorno temporomandibular.

Disponibilidad de flúor en saliva y placa bacteriana en escolares que reciben leche y agua fluoruradas

ESPINOZA GERARDO[1], MUÑOZ PATRICIA[2], NUÑEZ GABRIEL[3] y SANHUEZA ANTONIO [4]

INTRODUCCIÓN

La caries sigue siendo un problema de salud pública, por la alta prevalencia y severidad que afecta a la población chilena. Actualmente la incorporación de flúor en la dieta, es una medida de salud pública en la prevención de caries. La fluoruración del agua potable beneficia a las zonas urbanas de la Región de la Araucanía, la leche fluorurada se distribuye a escolares de las zonas rurales, a través del Programa de Alimentación Escolar de la Junaeb (PAE).

La evidencia científica nos permite sostener que el fluoruro disponible en saliva y placa bacteriana es el principal responsable del efecto preventivo de este compuesto en el proceso de caries. El propósito de este estudio es contribuir con información relevante de las dos medidas de salud pública en el área odontológica ampliamente utilizadas en Chile.

OBJETIVOS

Determinar y comparar los niveles de flúor en saliva y placa bacteriana, antes y después de la ingesta de leche, de los escolares que consumen leche fluorurada y de los que consu-

[1] Departamento Salud Pública. Universidad de la Frontera. vivalaprevencion@gmail.com
[2] Magister Epidemiología Clínica.
[3] Departamento Ciencias Básicas. Universidad de la Frontera.
[4] Departamento Matemáticas y Estadísticas.

men leche sin flúor preparada con agua potable fluorurada.

METODOLOGÍA

Se realizó un estudio de cohorte prospectivo de una muestra de 165 niños(as) incorporados(as) en el Programa PAE de 16 escuelas rurales y urbanas. Se tomaron muestras de saliva y placa bacteriana antes del desayuno, muestras de saliva 60 minutos después y muestras de placa bacteriana 120 minutos después del desayuno.

Las variables incluidas son: Las muestras de fluoruro se analizaron en el Laboratorio de Bioquímica de la Universidad de La Frontera, a cargo de personal calificado en la realización de estas mediciones.

RESULTADOS

Los resultados muestran un promedio basal de fluoruro en saliva de 0,06115 ppm (Grupo Agua Fluorurada (GAF)), de 0,06161 ppm (Grupo Leche Fluorurada(GLF)). De 0,06017 ppm de fluoruro en saliva a los 60 minutos después del desayuno (GAF) y de 0,06048 ppm (GLF). De 0,05701 ppm de fluoruro en placa bacteriana basal (GAF), de 0,06022 ppm (GLF), 0,05690 ppm a los 120 minutos después del desayuno (GAF) y de 0,06035 ppm. (GLF).

La concentración de fluoruro en la saliva no presenta variaciones significativas al compararla según el vehículo de incorporación de flúor, ni tampoco al comparar la muestra basal con la 2º muestra.

CONCLUSIONES

Podemos concluir que la concentración de fluoruro en saliva y placa bacteriana se observa muy similar sin importar el vehículo a través del cual se le administre, sea este leche fluorurada o agua fluorurada.

Palabras clave: fluoruro, prevención caries.

Distribución de casos de tuberculosis en la Región Metropolitana de Santiago entre 2007 y 2010

GATICA B., LUZ[1] y GARCÍA C., CHRISTIAN[2]

INTRODUCCIÓN

La Región Metropolitana de Santiago localizada en la zona central del país, presenta el 40% de la población de Chile equivalente a 6.8 millones de habitantes, y, a la vez, presenta un 38% de los casos de tuberculosis a nivel nacional. Chile se encuentra dentro de la categoría de países de baja prevalencia en tuberculosis según la OMS, con una tasa de incidencia de 12.9 por cada cien mil habitantes (proyección 2011) y una tasa de mortalidad de 1.3 por cada cien mil habitantes (año 2008), es decir que 7 personas enferman al día y 5 personas mueren a la semana por culpa de una enfermedad curable.

[1] Estudiante de Geografía, Pontificia Universidad Católica de Valparaíso. luzconstanzagatica@gmail.com
[2] Programa Nacional de Control de Tuberculosis. Ministerio de Salud.

OBJETIVOS

Establecer el patrón territorial dominante sobre los casos de tuberculosis y sus áreas de mayor concentración o de riesgo para la población dentro de la Región Metropolitana de Santiago. Específicamente se quiere identificar qué patrón espacial se presenta en la distribución de casos, e identificar dónde se localizan las áreas de riesgo de casos de tuberculosis.

METODOLOGÍA

Se homogeneíza la base de datos de casos del programa de control de tuberculosis, extraída de la ficha de Enfermedades de Notificación Obligatoria, entre los periodos 2007 a 2010 y es georreferenciada.

Se establecen los perfiles demográficos por tramos de edad y género, y los perfiles epidemiológicos, por tipo de paciente y diagnóstico.

Se analizan los patrones espaciales que presenta la distribución de casos por medio de los indicadores: vecino más cercano (mide a través de la distancia entre cada caso la existencia de agrupación/dispersión o aleatoriedad) y distancias múltiples (mide a través de intervalos de distancia donde esta el punto máximo de agrupación/dispersión o aleatoriedad).

Se analizan dónde están localizados los patrones definidos a través del indicador de puntos calientes/fríos, y luego por medio de mapas de densidad se permite focalizar las áreas de mayor concentración de casos o de mayor riesgo para la población.

RESULTADOS

Se logra georreferenciar el 83% del total de casos registrado por el programa de tuberculosis, presentando las mayores concentraciones de casos en: el tramo de edad adultos (80.7%), el género masculino (65.4%), el diagnóstico A15.0 (48.1%) y los casos nuevos (90.6%). Los indicadores de patrones espaciales arrojan una agrupación de casos dentro de la región de Santiago (Clúster de tuberculosis). Existiendo un patrón común de distribución para las categorías de edad adulto, género masculino, diagnóstico A15.0 y casos nuevos, localizando el principal foco en las penitenciarias del sector sur de la comuna de Santiago y un segundo polígono de riesgo focalizado en las cercanías de Estación Mapocho, sector norte de la comuna de Santiago y parte de la comuna de Independencia.

CONCLUSIONES

Se establece un patrón de agrupación de tuberculosis, reflejado por las variables más representativas, que focaliza la principal área de riesgo (donde interceptan variables) en el sector de las penitenciarias en la comuna de Santiago. Las variables no representativas (tramos de edad extremos) llaman la atención por presentar múltiples áreas de riesgo dentro de la región.

La importancia de este aporte esta en establecer dónde enfocar la gestión y los recursos en el avance contra la eliminación de la tuberculosis.

Palabras clave: tuberculosis, área de riesgo, patrón espacial.

Efectos del GES en la hospitalización por infarto en Chile, años 2003-2007

SOLAR T. FELIPE[1], GÓMEZ M., FERNANDA[2], DE LA PIEDRA B., MARÍA JOSÉ[2] y SANTELICES C.EMILIO[3]

INTRODUCCIÓN

En el contexto de la reforma a la salud, el acceso a la atención está garantizado para diferentes patologías por el GES (Garantías Explícitas en Salud), siendo incorporado en el año 2005 el infarto agudo al miocardio junto a otras 24 patologías. La implementación de las guías clínicas incorporadas por el GES para esta patología, permiten estandarizar la atención en salud, pudiendo tener un efecto en los resultados de los egresos hospitalarios. Por ello, nuestro propósito es evaluar su efecto en las tasas de hospitalización y su estada hospitalaria.

OBJETIVOS

Estudiar el efecto del GES en las tasas por EIC (enfermedad isquémica cardíaca) y su estada hospitalaria a nivel de centros hospitalarios, para los años 2003-2007, según sexo, grupos de edad y región.

METODOLOGÍA

Se realiza un estudio de los egresos hospitalarios por EIC (CIE-10: I21, I22) según sexo, grupos de edad y región en los mayores de 15 años, obteniendo las tasas ajustadas por 100 mil, calculando su riesgo relativo e intervalo de confianza al 95%. Se calculan los promedios de estada hospitalaria (PEH); para la diferencia entre medias se aplica la prueba t de student, con un 5% de significancia.

RESULTADOS

La estada hospitalaria promedio es de 8.3 días para los años 2003-2004 y de 7.8 días para 2006-2007, con una reducción significativa del 6,0%. Esto se observa sólo en hombres, y algunos de sus grupos de edad (9,7% entre 45-49 años, 10% en los 50-54 años; 13,6% en los 55-59 años), sin embargo, con un aumento significativo en los 70-74 años (10,7%); con 8,5 días en mujeres, sin cambios por grupo de edad. Según regiones, el mayor PEH se observa en la III (9,3 días), IV (8,9 días) y V (9,0 días), existiendo una reducción significativa en la V (de 10,6 a 7,7), VI (de 8,4 a 7,1) y la X (de 8,2 a 7,4) y un aumento significativo en la I (de 7,6 a 8,9).

La tasa ajustada de hospitalización por EIC presenta un aumento significativo (tasa= 130, con un RR =1,12, IC=1,1-1,14.), y según sexo (hombres: tasa=188, RR = 1,13 e IC=1,1-1,2; mujeres: tasa= 78, RR =1,1 e IC= 1,04-1,1). Según edad, se observa un aumento significativo para los grupos entre 40-69 años.

Según regiones, las mayores tasas se observan en la XI (tasa= 297)y V (tasa=280), con un aumento significativo en la VIII (tasa= 224, RR=1.09, IC= 1,02-1,2), XII (tasa= 216 , RR?=1,4, IC=1,08-1,7) y la RM (tasa=157, RR= 1,13, IC=1,09-1,2).

CONCLUSIONES

Existe una reducción significativa en el PEH por EIC con un aumento en las tasas de hospitalización con el GES, cuyo efecto es

[1] Ministerio de Salud. Subsecretaria de Salud Pública. División de Prevención y Control de Enfermedades. fsolar@minsal.cl
[2] Facultad de Medicina. Universidad de Los Andes.
[3] Ministerio de Salud. Departamento de Desarrollo Estratégico.

heterogéneo según sexo, grupos de edad y región.

Palabras clave: **e**stada hospitalaria, cardiovascular.

Eficacia del control metabólico en embarazadas con diabetes gestacional, Chillán, Chile

ORTEGA, Q, VICTORIA [(1)], OLIVERAS, V, LESLIE [(1)] y GONZÁLEZ, S, MARÍA ANGÉLICA[(2)]

INTRODUCCIÓN

Diabetes gestacional es la intolerancia a los carbohidratos que se reconoce por primera vez en el embarazo, la que produce complicaciones durante el embarazo y en el recién nacido.

OBJETIVOS

El objetivo fue determinar la influencia del control metabólico de mujeres con diabetes gestacional en las características del embarazo y del recién nacido.

METODOLOGÍA

La población estuvo compuesta por 164 gestantes de la Unidad de Alto Riesgo Obstétrico del Consultorio de Especialidades del Hospital Clínico Herminda Martin de Chillán. A través de la historia clínica materna y perinatal se obtuvo el control metabólico, estado nutricional materno, gestaciones, vía de parto; peso, talla y síntomas de hiperbilirrubinemia del recién nacido. En el análisis de datos se utilizó Anova y prueba de comparación de proporciones, con un nivel de significación del 5%.

RESULTADOS

Las características maternas encontradas fueron: edad 30,78±6,60 años, talla 1,56±0,06 cm., peso 82,15±12,85 kg., índice de masa corporal según edad gestacional 33,47±5,01. La prevalencia de diabetes gestacional fue de 7%. Predominó la vía de parto vaginal (56,7%) y el género femenino (54,9%) en los recién nacidos, con 38,94±1,61 semanas de gestación, peso 3495,70±574,55 g., talla 49,28±2,35 cm., circunferencia craneana 34,60±1,40 cm. Se encontró un 17,7% de macrosomía neonatal. Hubo diferencia significativa al relacionar el mal control metabólico con periodo de diagnóstico de diabetes gestacional, estado nutricional materno, semanas de gestación, vía de parto, circunferencia craneana y patologías del recién nacido. Además, fue significativo la relación de macrosomía neonatal con periodo de diagnóstico, estado nutricional materno, gestaciones, semanas de gestación y circunferencia craneana.

CONCLUSIONES

Se concluye que los hijos de mujeres con diabetes gestacional con mal control metabólico son macrosómicos y presentan macrocefalia.

Palabras clave: diabetes gestacional.

(1) Escuela de Nutrición y Dietética. Universidad del Bío Bío. Chillán. Chile.victorita_ortega@hotmail.com
(2) Departamento de Nutrición y Dietética. Universidad del Bío Bío. Chillán. Chile.

El infarto agudo al miocardio en Chile, según regiones y sus factores de riesgo

URIBE B., LAURA[1], OSORIO V., NATALIA[1], SCHWERTER G., PÍA[1] y ROSSO C, FABIOLA[2]

INTRODUCCIÓN

Las enfermedades cardiovasculares (ECV) son la principal causa de muerte en el mundo. Según cifras de la OMS anualmente mueren 17,6 millones de personas por causas cardiovasculares lo que equivale a un 29% del total de muertes. El infarto agudo al miocardio (IAM) es responsable de alrededor un tercio de ellas.

La OMS señala que el año 2030 morirán cerca de 23,6 millones de personas por ECV y se prevé que sigan siendo la principal causa de muerte.

Considerando la carga enfermedad y la incidencia del IAM, la importancia de caracterizarlo de manera regional junto a sus factores de riesgo es fundamental para el diseño y rediseño de las políticas públicas del país.

OBJETIVOS

Caracterizar los egresos hospitalarios por IAM y los factores de riesgo (FR) asociado a éste por regiones de Chile y correlacionar su incidencia en base a variables demográficas y de FR por regiones.

METODOLOGÍA

En esta investigación se analizó la base de egresos hospitalarios del año 2008 para caracterizar la incidencia de egresos por IAM y la Encuesta Nacional de Salud (ENS) 2009-2010 (representatividad regional), para correlacionar FR como variable proxy, se utilizó los egresos de años anteriores y la ENS 2003 como fuente de corroboración. El análisis estadístico utilizó tablas de frecuencias y gráficos, además de las pruebas estadísticas pertinentes para evaluar significancia de resultados. Se realizó análisis ajustado por sexo y edad por medio de regresiones estadísticas correspondientes. Se usó nivel de significancia de 5%. Los resultados se analizaron con SPSS versión 19.0.

RESULTADOS

Alguno de los principales resultados de esta investigación son: la incidencia de egresos por IAM fluctúa entre 27,4 por 100.000 personas en la Región de Aysén a 79 por 100.000 personas en la Región de Antofagasta, con diferencia significativa entre estas regiones. La Región Metropolitana, en tanto, tiene una incidencia de 51,6 por 100.000 habitantes. El promedio es de 48,0 y ha aumentado progresivamente (2001 fue de 39,1 por 100.000 habitantes), con mayor incidencia en hombres. Los mayores egresos no están concentrados en macrozonas del país (estadísticamente significativo). Los factores de riesgo analizados no presentan correlación significativa para presentar mayor incidencia de egresos en la región (por ninguna de las variables analizadas, tanto de forma paramétrica como no paramétrica). Los análisis de ajuste que se hicieron de la ENS

[1] Estudiante Medicina 4to año. Universidad Finis Terrae. lauraxub88@gmail.com
[2] Facultad de Medicina. Universidad Finis Terrae.

2003 no arrojaron diferencias a los resultados ya mencionados.

CONCLUSIONES

Los factores de riesgo se vigilan a largo plazo y precisamente para prevenir el futuro de enfermedades, por lo tanto resulta lógico que no exista correlaciones hoy entre los factores de riesgo analizados y el IAM por región, pero, resulta muy importante considerar éste como un insumo y línea base para preparar y orientar las políticas públicas para la prevención futura, en base a donde se concentran la mayor cantidad de factores de riesgo asociados al IAM, dado que existe diferencia significativas entre las regiones y considerando el aumento sostenido de egresos por IAM en Chile.

Palabras clave: infarto agudo al miocardio, enfermedad cardiovascular.

Enfermedad de Parkinson y demencia, calidad de vida y sobrecarga del cuidador: Intervención multidisciplinaria en atención primaria en salud

ROSSON M., SEBASTIÁN[1], FUENTEALBA G., CLAUDIA[1], HORMAZÁBAL A, CRISTIAN[1], VILLENA G CAROLINA[1] y BRIEBA, FRANCISCA[1]

INTRODUCCIÓN

Enfermedades como el Parkinson y la demencia, comprometen todas las áreas del funcionamiento. Son incurables y el objetivo de tratamiento es controlar síntomas, mantener funcionalidad y conservar la calidad de vida de pacientes y cuidadores. La terapia ocupacional con pacientes y la educación del cuidador ha demostrado ser útil para mantener la calidad de vida y disminuir la sobrecarga del cuidador

OBJETIVOS

Evaluar el efecto de una intervención multidisciplinaria en la calidad de vida de personas con pérdida de autonomía por demencia y/o Parkinson y de sus cuidadores y en la sobrecarga del cuidador.

METODOLOGÍA

Estudio cuasiexperimental, en una muestra no probabilística de 29 pacientes con enfermedad de Parkinson o demencia residentes en la comuna de Vitacura a cargo de un cuidador informal. La población fue caracterizada según sexo, edad, grado de dependencia y grado de severidad de la patología. Para evaluar calidad de vida del paciente se utilizó la Escala WHO-QOL BREF y para el cuidador, la Escala SF-36. La sobrecarga del cuidador fue medida con la Escala de Zarit. Se realizó una intervención de 3 meses de duración con una frecuencia semanal, distribuida en sesiones educativas y talleres grupales de autoayuda para cuidadores y actividades grupales integrativas entre pacientes y cuidadores. Todos los pacientes recibieron terapia ocupacional en

[1] Cesfam Vitacura. sebastian.rosson@gmail.com

domicilio con frecuencia semanal por 3 meses. El análisis estadístico se realizó mediante el programa SPSS® versión 17 usándose promedios, proporciones, test T de student para variables paramétricas dependientes y la prueba de Wilcoxon de los rangos con signos para variables no paramétricas dependientes.

RESULTADOS

La sobrecarga del cuidador disminuyó significativamente con una diferencia de 22 puntos en la Escala Zarit ($p < 0,001$). No hubo efecto en la calidad de vida de los pacientes, exceptuando una disminución del 22% de satisfacción en el Dominio 3 del WHO QOL BREF "relaciones sociales" (p 0.001). La calidad de vida del cuidador aumentó significativamente en el dominio "vitalidad" del cuestionario SF36 (p 0,006), con tendencia a mayor satisfacción en el componente salud mental (p 0,077). No hubo diferencias en otros dominios del cuestionario.

La intervención no tuvo efecto en el grado de dependencia en las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria.

CONCLUSIONES

Mediante actividades promocionales, educacionales y terapia ocupacional, la atención primaria en salud puede ayudar a mejorar la vitalidad, favorecer una mayor satisfacción en la esfera emocional y disminuir la sobrecarga del cuidador de pacientes con demencia y/o enfermedad de Parkinson, con un efecto más bien neutro en la calidad de vida de los pacientes.

Palabras clave: **e**nfermedad de Parkinson, demencia, calidad de vida, sobrecarga del cuidador.

Esclerosis múltiple recurrente-remitente en Chile: Investigación de fatiga y aspectos anémicos en 200 pacientes

ARACENA RODRIGO[1], DÍAZ VANNIA[1], CEPEDA SERGIO[1], ELOÍZA CLAUDIO[1], AGURTO PAULA[1] y NOGALES-GAETE JORGE[1]

INTRODUCCIÓN

La relación entre fatiga y trastornos del ánimo en esclerosis múltiple recurrente remitente (EM-RR), no se encuentra claramente definida. Sin embargo, las dos manifestaciones parecen progresar en forma paralela a través del curso de la enfermedad constituyendo ambas problemas clínicos relevantes en muchos pacientes.

OBJETIVOS

Investigar el porcentaje de fatiga significativa en 200 pacientes portadores de EM-RR, evaluados por nuestro equipo en el centro de referencia nacional para el sector público de esta patología previo a inicio con fármacos inmunomoduladores y revisar su relación con los niveles de depresión y ansiedad observados por los pacientes al momento de la evaluación.

[1] Hospital Barros Luco Trudeau. Departamento de Neurología. Facultad de Medicina Campus Sur. Universidad de Chile. rodrigolili@vtr.net

METODOLOGÍA

Revisión de los resultados de la aplicación de la escala de intensidad de fatiga de Krupp (FSS) a 200 pacientes atendidos de forma consecutiva en nuestro centro. La FSS es un instrumento de evaluación de fatiga que considera un puntaje ¡Ý5.0 puntos como corte para fatiga significativa. Correlacionamos dicho síntoma con depresión y ansiedad grave y más que grave, medidas ambas condiciones a través de la Escala de Hamilton al momento de la evaluación en nuestro centro.

RESULTADOS

El grupo estuvo constituido por 200 pacientes. 145 (72,5%) eran mujeres. Encontramos fatiga significativa en 85 pacientes, lo que corresponde al 42,5% del total del grupo. En dicho subgrupo hubo 66 mujeres y 19 hombres, lo que representa el 45% de las mujeres y 35% de los hombres. En el subgrupo con fatiga significativa encontramos porcentajes de depresión y ansiedad severa según cuestionario de Hamilton en el 16,5 y 9, 4 %, respectivamente. Para el grupo sin fatiga significativa (115 pacientes) estos porcentajes fueron de 6,95 y 1,73%, respectivamente. En el subgrupo de pacientes con FSS basal <5.0, es decir, sin fatiga significativa, un 8.06% presentaba depresión grave o mas que grave y un 1.61% ansiedad de la misma intensidad. La diferencia de porcentajes antes señalada resulto estadísticamente significativa para ambas condiciones (p 0,005). No observamos diferencias estadísticas por género en el porcentaje de fatiga significativa (p 0.005).

CONCLUSIONES

En el grupo evaluado observamos un alto porcentaje de fatiga invalidante lo cual está dentro de lo comunicado en la literatura. La frecuencia de depresión o ansiedad grave y más que grave, también está en relación a lo comunicado habitualmente en las distintas series. Encontramos relación estadística entre la presencia de fatiga significativa y alteraciones emocionales (depresión y ansiedad) severas. Lo anterior refuerza la necesidad de un enfrentamiento en equipo multidisciplinario de una enfermedad compleja como la EM-RR.

Palabras clave: esclerosis multiple, fatiga, depresion, ansiedad.

Estacionalidad de consultas respiratorias 2010 en Cesfam Bahía Mansa

SÁNCHEZ C., RICARDO[1], ROZAS H., JUAN[2], RIQUELME T., PABLO[2] y GONZÁLEZ V., PABLO[3]

INTRODUCCIÓN

El más alto porcentaje de consultas anuales corresponde a las consultas respiratorias. Estas determinan anualmente un aumento importante en los recursos sanitarios, tanto en el requerimiento de recursos humanos, como físicos (insumos, días camas, medicamentos,

[1] Médico EDF. Bahía Mansa. ricardosanchezcastillo@hotmail.com
[2] Alumnos Medicina. Universidad de Chile.
[3] Autoridad Sanitaria. Becario Conycit.

etc.). Habitualmente estas consultas se registran en invierno, pero diversos factores aún no precisados (calentamiento global, patógenos emergentes, etc.) han determinado variaciones temporales en éstas.

OBJETIVOS

El objetivo del presente trabajo fue analizar la estacionalidad de las consultas respiratorias en el Cesfam de Bahía Mansa en la Región de Los Lagos.

METODOLOGÍA

Se analizó la distribución de las consultas respiratorias 2010, a partir de los resúmenes estadísticos de ese año (REM). Se calculó, además, el porcentaje de consultas respiratorias versus el total, mes a mes.

RESULTADOS

Se registró un total de 725 IRA alta, 183 SBO, y 576 consultas "otras respiratorias". Un 32,9% de las consultas anuales está relacionada al sistema respiratorio, no obstante esta relación varía desde 16,8% en enero, a 60,2% en septiembre. El peak de consultas de IRA alta y SBO se registró en septiembre, con una tendencia bifásica que se inicia en julio. neumonías y LCFA presentaron la misma variación, no obstante las consultas "otras respiratorias" presentaron una curva bifásica, con peak en junio y agosto.

CONCLUSIONES

El aumento de consultas respiratorias dejó el clásico patrón estacional invernal, para desplazarse hacia la temporada pre-primaveral. La proporción de consultas respiratorias se desplazó paralelamente hacia esta temporada, a partir de julio. Múltiples factores influyen en este cambio, y es necesario investigarlos para explicarnos dichas variaciones.

Palabras clave: Ira alta, SBO, LCFA, otras respiratorias.

Estomatitis protésica y especies de levaduras del género *Candida*: Estudio clínico - microbiológico

LEE M., XIMENA[1]

INTRODUCCIÓN

Levaduras del género *Candida* (LGC), comensales de la microbiota oral son capaces de causar infecciones tales como la estomatitis protésica (EP), que es una alteración de la mucosa de soporte, clasificada en tres tipos (EPI, EPII y EPIII) según severidad. Existen muchas especies de LGC, algunas de ellas más resistentes que otras, haciendo difícil su erradicación desde un foco infeccioso.

OBJETIVOS

Determinar presencia y especies de LGC en pacientes con o sin estomatitis protésica.

[1] Facultad de Odontología. Universidad de Chile. ximenalee@gmail.com

METODOLOGÍA

Se realizó un estudio prospectivo, transversal y comparativo, en 53 pacientes ASA I y II, portadores y no portadores de prótesis removible, desdentados totales o parciales, con o sin estomatitis protésica y/o candidiasis oral atendidos en la Clínica de la Facultad de Odontología de la Universidad de Chile. Para estudio microbiológico de LGC se tomó muestras de saliva y torulado de mucosa oral, sembrándolas en Agar Sabouraud. Las variables se analizaron con test Anova.

RESULTADOS

Un 54% de los pacientes presentó LGC, 72% albicans, 14% C. no albicans y 14% C. albicans y C. no albicans; pacientes sin estomatitis (49%), un 24% tenía C. albicans y 8 % C. no albicans; pacientes con EPI (22%), un 67% tenía C.albicans , 8% C. albicans y C. no albicans; pacientes con EPII (25%), un 39% tenía C. albicans, 15% C. no albicans y 7% C.albicans y C.no albicans; pacientes con EPIII (4%), 50% tenía C. albicans y 50% C. albicans y C. no albicans. Con diferencia estadística (p=0.01) según test Anova entre estomatitis y presencia/especies de LGC.

CONCLUSIONES

Existe relación entre presencia de LGC y EP; C.albicans predomina sobre C.no albicans. La presencia de C.albicans y C.no albicans simultáneamente en cavidad oral, se relaciona con la severidad de la EP en el grupo estudiado

***Palabras clave*: e**stomatitis, cándida.

Etiología de fallecimiento intrahospitalario en un hospital tipo IV de zona precordillerana

DEL CASTILLO P. DOUGLAS[1], CARCEY R. JAVIER[1], VÁSQUEZ S. VANESSA[1] y SILVA Z. NELLY[1]

INTRODUCCIÓN

Petorca es una localidad precordillerana de predominio rural eminentemente agrícola y minera. que abarca aproximadamente 10.000 habitantes y posee un hospital de baja complejidad con un médico de llamado. A nivel nacional, las causas de muerte en todos los grupos etarios son principalmente causas cardiovasculares, tumores malignos y enfermedades respiratorias.

OBJETIVOS

Dar a conocer la realidad local de las causas de muerte intrahospitalaria de todos los pacientes ingresados al hospital de Petorca entre enero de 2008 a junio de 2011.

METODOLOGÍA

Se realizó revisión sistemática de fichas clínicas de pacientes fallecidos en el hospital de

[1] Hospital de Petorca. douglasdcp@hotmail.com

Petorca entre enero de 2008 y junio de 2011. Se generó base de datos y posterior análisis de los mismos con planilla excel.

RESULTADOS

De un total de 55 pacientes fallecidos en el hospital, el 53% (29) fueron hombres y 47% (26) mujeres. El 22% tenía menos de 65 años de edad y el 78% (43) era adulto mayor. El 36%(20) falleció por enfermedades del sistema circulatorio, 36% (20) de enfermedades de sistema respiratorio, el 13% (7) de tumores malignos, 7% de causas externas (4) y 5% (3) de enfermedades del sistema digestivo.

CONCLUSIONES

Los pacientes fallecidos en el hospital de Petorca corresponden en su mayoría a adultos mayores, sin diferencias en cuanto a sexo. La mayoría fallece de enfermedades cardiovasculares a la par con las enfermedades respiratorias. Los pacientes con tumores malignos tienden a fallecer en domicilio al cuidado de sus familias y apoyados por el programa de cuidados paliativos y alivio del dolor.

Palabras clave: **f**allecidos, Petorca, enfermedades cardiovasculares.

Factores de riesgo de asma en lactantes

VERGARA RODRIGO.[1], GÓMEZ PAULINA.[1] y ESPINOZA GABRIELA.[1]

INTRODUCCIÓN

El asma es la patología crónica más frecuente en pediatría y su prevalencia ha ido en aumento en los países desarrollados, por lo que la identificación de factores de riesgo es necesaria para diseñar estrategias de prevención.

OBJETIVOS

El objetivo de este trabajo es determinar si los siguientes factores perinatales aumentan el riesgo de presentar asma en niños menores de tres años de edad: prematurez, bajo peso de nacimiento, lactancia materna exclusiva hasta el cuarto mes de vida, antecedente de madre adolescente, tabaquismo materno durante el embarazo y antecedente de hospitalización por causa respiratoria perinatal.

METODOLOGÍA

El diseño corresponde a un estudio de casos y controles. Se revisaron las fichas clínicas de todos los pacientes menores de tres años en control crónico por asma en el consultorio municipal de Concón, Chile, en octubre de 2009. Se seleccionaron controles al azar sin esta patología. Se realizó pareamiento uno es a uno por sexo y edad, el que se dividió en seis categorías. Se calculó el cuociente de probabilidades entre asma y cada uno de los factores de riesgo por separado. Se construyó un modelo de regresión logística múltiple para estimar el riesgo de asma en esta población.

RESULTADOS

De un total de 102 fichas, 93 estuvieron

[1] Centro de salud familiar de Concón. rvergarav@gmail.com

completas y fueron incorporadas al estudio. Se constató la presencia de asociación entre asma y todas las variables estudiadas, con la excepción de la lactancia materna exclusiva hasta el cuarto mes de vida. El tabaquismo apareció como factor protector. Con las variables consideradas, no se pudo construir un modelo de regresión logística múltiple que permita estimar el riesgo de asma en esta población.

CONCLUSIONES

Bajo peso de nacimiento, madre adolescente, antecedente de prematurez y antecedente de hospitalización por causa respiratoria se asocian con la presentación de asma en lactantes. La asociación con tabaquismo materno se explica por un sesgo de registro en la ficha clínica al consultar este antecedente a las madres. Es posible que la capacidad de estimar el riesgo de asma en lactantes aumente, si se construye un modelo que incluya otras variables con alta fuerza de asociación descritas en la literatura, como el antecedente familiar de asma y la medición de marcadores de atopía séricos.

Palabras clave: asma, factor de riesgo, lactante.

Factores de riesgo para caries dental, en embarazadas de las comunas de Quillota y La Calera

SABANDO V. MILENKA[1]

INTRODUCCIÓN

La salud oral de las mujeres embarazadas tiene implicancias significativas, tanto en el nacimiento como en la salud oral de su hijo. La transmisión de microorganismos desde la saliva de la madre al hijo es uno de los factores más importantes en el inicio de caries dental en los niños menores de 5 años. De esta manera, la experiencia de caries en las madres es un factor que influye en la experiencia de caries en sus hijos (Zanata y col, 2003). En un estudio realizado en la Región Metropolitana, se observa que un 98% de las embarazadas de nivel socioeconómico bajo presentaba caries (Villagrán, 1999). Por esta razón, es relevante estudiar la enfermedad de caries y los factores asociados a ellas en las madres para diseñar medidas de intervención efectivas para esta enfermedad.

OBJETIVOS

El objetivo de este estudio es determinar los factores de riesgo para caries dental, en embarazadas de las comunas de Quillota y La Calera.

METODOLOGÍA

Estudio transversal que evaluó una muestra de 216 embarazadas del Programa Preventivo Materno infantil en salud oral, 54 de la comuna de La Calera y 161 embarazadas de la comuna de Quillota, donde se midieron factores sociodemográficos a través de una encuesta autoaplicada, además se realizó una sectorización considerando el lugar de residencia de la embarazada y se clasificó de acuerdo a las seis poblaciones en que se divide la ciudad, experiencia de caries con índice de la OMS (COPD),

[1] I. Municipalidad de Quillota. vmilenka@gmail.com

lesiones incipientes (LI), el estado periodontal con el índice CPITN, índice de higiene oral modificado (IHO), recuento de *Streptococcus mutans* y lactobacilos, capacidad buffer de la saliva, y análisis de dieta a partir de una encuesta de frecuencia de consumo de alimentos adaptado de Thylstrup, 1994. La evaluación clínica fue realizada por examinadores calibrados (Kappa 0,85). Los datos fueron analizados con programa computacional Stata versión 2010.

RESULTADOS

De un total de 217 embarazadas examinadas de las comunas de Quillota y La Calera (162 y 54, respectivamente), se encontró que el 45,62% estaba libre de caries (cavitaciones) y 21,20% no presentaba lesiones incipientes (IL) y tampoco cavitaciones, es decir, en el momento de la examinación no se encontraban con signos de actividad cariogénica. El índice COPD fue de 8,65 ± 5,32. En cuanto a las características sociodemográficas es importante destacar el alto porcentaje de madres solteras (53%), junto con esto el 10% de la muestra era menor de edad, 63% no tiene trabajo remunerado y la actividad más frecuente es dueña de casa, el 70,99% corresponde a NSE bajo y un 29,01% al NSE medio. Es decir, nos encontramos frente a una población vulnerable.

CONCLUSIONES

Las embarazadas de las comunas de Quillota y La Calera presentan una alta prevalencia de caries, junto a características sociodemográficas que determinan un alto grado de vulnerabilidad, por lo que es necesario enfocar recursos para realizar intervenciones efectivas que mejoren su salud y la de sus hijos.

Palabras clave: caries, embarazadas, programa preventivo.

Factores descompensantes en pacientes crónicos de 4ª edad en una consulta de atención primaria urbana

JARA O., NATALIA[1], KUNAKOV A., NATASHA[2], SÁNCHEZ H., YUNCHOY[3], CÁRDENAS B., PATRICIO[4] y DI LUCIANO R., ANDREAS[4]

INTRODUCCIÓN

Dentro del grupo de los adultos mayores, el subgrupo de más de 80 años (4ª edad) es el que presentará el mayor crecimiento durante las próximas décadas. Ellos tienen grandes exigencias en salud, originadas por los síndromes geriátricos asociados a la senilidad, así como por sus enfermedades crónicas que los exponen a una situación de fragilidad, ello ocurre frecuentemente por descompensación debida a cuadros agudos o a errores del tratamiento.

OBJETIVOS

El objetivo de este trabajo es identificar el

[1] ©Magíster Cs Biomédicas. Facultad de Medicina. Universidad de Chile. njarao@gmail.com
[2] Decsa. Facultad de Medicina. Universidad de Chile.
[3] Facultad de Medicina. Universidad Finis Terrae.
[4] Interno de Medicina. Universidad Finis Terrae.

factor descompensante más frecuente en los mayores de 80 años.

METODOLOGÍA

Se realizó un estudio retrospectivo descriptivo. Se revisaron 238 fichas clínicas de pacientes de 4ª edad, se seleccionaron 207 pacientes portadores de patología crónica que vivían en zonas urbanas del Área Metropolitana. El motivo de consulta fue la descompensación de su cuadro de base. Las consultas fueron realizadas entre junio 2010 a junio 2011 a nivel de atención primaria en la comuna de Estación Central. El análisis estadístico de los datos se realizó utilizando el programa Stata.

RESULTADOS

Se incluyeron en este trabajo 207 pacientes de 4ª edad con, a lo menos, 1 patología médica crónica conocida previamente. La muestra reveló un promedio de edad de 87 años, en un rango de 80-99 años. La distribución por sexo fue 82,1% mujeres y 17,9% hombres. En sus antecedentes mórbidos se consideró por separado antecedentes médicos y quirúrgicos. En los hábitos destaca que el 1,9% tiene antecedente de consumo de alcohol y 2,9% tenía antecedentes de tabaquismo. El principal motivo de descompensación encontrado correspondía al sistema gastrointestinal; la segunda causa al sistema osteomuscular y conjuntivo, y la tercera causa es por alteraciones neurológicas. Las alteraciones del laboratorio más frecuentes encontradas fueron alteraciones de las pruebas tiroideas y alteración del perfil lipídico.

CONCLUSIONES

Resulta interesante que el principal motivo de descompensación no corresponda al sistema cardiovascular, siendo esta la principal causa de muerte en este grupo etario. En esta muestra el principal motivo descompensante agrupaba a cuadros como gastritis, fecalomas, diverticulitis, síndromes diarreicos, hepatopatías. Es relevante el 2% de pacientes que presentó síndromes geriátricos. Desde el punto de vista del laboratorio fue un hallazgo significativo la gran prevalencia de alteraciones tiroideas y del perfil lipídico que no se habían pesquisado previamente.

Palabras clave: factores descompensantes, cuarta edad.

Factores determinantes de déficit del desarrollo psicomotor entre 0 y 24 meses en Puente Alto

MARTÍNEZ R., MELODY[1], VIELMA A., PATRICIA[1], RAMOS G., CLAUDIA[2], MONSALVE C., PILAR[3], ALVARADO L., CLAUDIA[4], MORALES M., ELIDA[5], MUÑOZ B., MARÍA DE LOS ANGELES[6], GODOY R., CARMEN GLORIA[7] y RIVERA Y., MARÍA INÉS[8]

INTRODUCCIÓN

La infancia temprana es una etapa fundamental del ciclo vital. Por ello, es relevante pesquisar tempranamente en los niños y niñas entre 0 y 24 meses que presentan mayor déficit del desarrollo psicomotor en función de la mayor o menor existencia de los factores de riesgo o protectores en su existencia vital.

OBJETIVOS

Objetivo general

Determinar cuáles son los factores que influyen en el déficit del desarrollo psicomotor de niños y niñas entre 0 y 24 meses, pesquisados en el Control del Niño Sano, realizado por la enfermera y por la educadora de párvulos, en lo que respecta a la evaluación del desarrollo psicomotor en los centros de salud de la Corporación Municipal de Puente de Alto.

Objetivos específicos

- Determinar los factores de riesgo de los niños y niñas entre 0 y 24 meses para desarrollar un déficit del desarrollo psicomotor.
- Determinar los factores protectores de los niños y niñas entre 0 y 24 meses para tener un desarrollo psicomotor adecuado.
- Evidenciar mediante pautas de aplicación (E.E.D.P.), el resultado de la evaluación de desarrollo psicomotor.
- Identificar el perfil biopsicosocial de los niños y niñas con déficit (retraso, riesgo o rezago) del desarrollo psicomotor.

METODOLOGÍA

El diseño de la presente investigación es transeccional o transversal, mediante el cual se recolectaron datos en un sólo momento, en un tiempo único, cuyo propósito es describir variables y analizar su incidencia e interrelación en un momento dado. En este caso, se abarcaron todos los niños y niñas con algún grado de déficit del desarrollo psicomotor durante el primer semestre del año 2010, incluidos ambos padres.

RESULTADOS

Factores protectores: ser mujer, vivir con ambos padres, asistir a salacuna, no poseer patologías de base o enfermedades crónicas, tener apego seguro, escolaridad de los padres técnica o profesional, entre otros.

[1] Interna de Enfermería. Universidad Autónoma de Chile. melodymartinezr@gmail.com
[2] Cesfam P.M. Villaseca. Coordinadora Comunal Salas de Estimulación comuna Puente Alto.
[3] Cesfam San Jerónimo.
[4] Cesfam del Río.
[5] Cesfam B. Leigthon.
[6] Cesfam Karol Woijtila.
[7] Cesfam Laurita Vicuña.
[8] Cesfam San Gerónimo.

Los factores de riesgo más relevantes en el déficit del desarrollo psicomotor, deben ser de conocimiento de las enfermeras y, en general, del equipo de salud, para intervenir tempranamente a estos niños y sus familias, gestionando intervenciones grupales, individuales, familiares, entre otros, que puedan modificar las consecuencias de estos factores de riesgo.

Los factores de riesgo obtenidos son los siguientes: tener sexo masculino, pertenecer a nivel socioeconómico bajo, no asistir a salacuna o jardín infantil, tener madre soltera, padres con consumos perjudiciales, baja escolaridad de los padres, depresión posparto de la madre, padres con edades extremas, entre otros.

CONCLUSIONES

A partir de los datos obtenidos, se puede concluir que es relevante sugerir la modificación del protocolo del Control del Niño Sano, considerando los factores de riesgo antes mencionados.

A estos niños con factores de riesgo es necesario citarlos a un taller especialmente creado para ellos y sus cuidadores, con actividades planificadas con las educadoras y enfermeras, y así disminuir los índices de niños y niñas con déficit del desarrollo psicomotor.

Palabras clave: factores de riesgo, déficit del DSM.

Historia de caries en adolescentes de 12 y 15 años de colegios municipalizados de Providencia

AGUIRRE S., ISABEL[1], CARO C., JUAN CARLOS[1] y LEGUE D., RODRIGO[1]

INTRODUCCIÓN

Los problemas de salud bucal afectan la calidad de vida de las personas. El más frecuente es la caries dental.

En 1996, un estudio nacional del Minsal registra un 15.66% de adolescentes de 12 años sin historia de caries, con un COPD de 3.42. Éste se desglosa en 2.21 piezas cariadas, 0.83 piezas obturadas y 0.19 piezas extraídas por caries.

En 2007, la prevalencia de adolescentes de 12 años libres de caries fue 37,5%. Los hombres presentaron mayor prevalencia de dientes libres de caries.

La OMS ha fijado para el 2015 como nuevo objetivo que el SIC para los 12 años, sea menor a 3.

No existen mayores antecedentes en nuestro país sobre adolescentes de 15 años. El propósito de esta investigación es generar información para contribuir al diseño de nuevas estrategias en salud bucal.

OBJETIVOS

Determinar índice COPD, índice de significancia de caries y prevalencia de caries en adolescentes de 12 y 15 años que asisten a colegios municipalizados de Providencia durante el año 2010.

METODOLOGÍA

Se realizó un estudio observacional de corte transversal. La unidad de análisis es la co-

[1] Centro Dental Dr. Alfonso Leng. Servicio de Salud Metropolitano Oriente. isa_aguirrs@yahoo.com.ar

munidad escolar y las piezas dentarias. En un momento del tiempo se recogió información de dos grupos etarios, determinando la prevalencia de la enfermedad y los dientes más afectados.

Se obtuvo una muestra de 951 escolares estratificada por conglomerados. Se realizó un examen clínico con criterio OMS, por un examinador calibrado.

Los datos fueron registrados en planilla excel y analizados estadísticamente mediante programa SPSS. Versión 15.0 Se realizó la medición basal de las variables estudiadas a través de medias y porcentajes.

RESULTADOS

En alumnos de 12 años, se obtuvo prevalencia de caries de 70,68%, índice COPD de 2,16, e índice significante de caries de 5,13. El valor del ISC en el sexo masculino fue mayor.

El índice COPD de 12 años fue mayor en mujeres (COPD = 2.38). El componente cariado fue mayor en hombres (C = 0.71); en mujeres fue mayor el componente obturado (O = 1.54). El componente perdido fue de 0.30.

En alumnos de 15 años, se obtuvo prevalencia de caries de 63,8%, índice COPD de 3,63, e índice significante de caries de 7,35.

El índice COPD de los alumnos de 15 años fue mayor en mujeres (COPD = 3.82). El componente cariado fue mayor en hombres (C = 0.92); en mujeres fue mayor el componente obturado (O = 2.42). El componente perdido fue de 0.48, siendo mayor en mujeres (P = 0.54).

CONCLUSIONES

La prevalencia de adolescentes de 12 años libres de caries en este estudio es 70.68%. El valor a nivel nacional en el 2007 fue 37.5%. Aumenta el índice COPD en los adolescentes de 12 años en nuestra investigación, de 1.9 a 2.17, siendo mayor este valor en la población femenina (COPD = 2.39). El análisis de los componentes del COPD entre ambos estudios, muestra que el componente cariado (C) disminuye de 0.75 a 0.57 en nuestra comuna. El componente obturado (O) aumentó de 1.039 a 1.29 en nuestros alumnos. Estas diferencias pueden marcar una tendencia a la mejoría en el acceso a la atención odontológica de este grupo etario. El componente (P) aumentó a 0.3, comparado con el 0.112 del estudio de 2007.

En adolescentes de 15 años, el COPD fue de 3.62. No hay estudios a nivel nacional que puedan servir de referencia. A nivel internacional, se registran valores de COPD de 8.52 (República Dominicana), 11.4 (Colombia), 3.6 (Colombia) y 2.20 (España).

Palabras clave: caries, COPD, índice de significancia de caries.

Identificación de zonas de riesgo para diseminación de enfermedad de Lyme en Región Metropolitana, Chile

LAPIERRE A., LISETTE[1], RIVERA O., DACIL[1], HAMILTON-WEST CHRISTOPHER[1], SÁENZ I., LEONARDO[1] y URCELAY V., SANTIAGO[1]

INTRODUCCIÓN

La enfermedad de Lyme (EL) es considerada una amenaza para la salud pública en países desarrollados. Es causada por la espiroqueta *Borrelia burgdorferi*, la que es transmitida por la mordedura de garrapatas, siendo su principal vector las pertenecientes al género *Ixodes*. La situación de esta enfermedad en Chile no es clara. Se sospechó por primera vez en 1989 en la comuna de Pudahuel, donde se reportó un caso de eritema crónico migrans (ECM), signo compatible con la EL y una biopsia cutánea con presencia de organismos espiciformes. El caso sospechoso respondió favorablemente al tratamiento antimicrobiano. Entre 1992 y 1994, se describieron 118 casos con signología y serológica compatible, de los cuales 105 pertenecían a la RM. El estudio serológico no pudo confirmar al agente etiológico. Recientemente, se han notificado varias sospechas de EL en la RM. Este trabajo pretende identificar que zonas de la RM serían más riesgosas para la presentación y diseminación de esta enfermedad.

OBJETIVOS

Definir cuáles son las zonas de mayor riesgo para la presentación de la EL en la Región Metropolitana de Chile.

METODOLOGÍA

Se recolectó información sobre los factores de riesgo descritos para EL a nivel global, los cuales hacen referencia a variables ambientales y variables relacionadas con los hospederos. Estos factores de riesgo fueron evaluados mediante una adaptación de la metodología de análisis de riesgo, recomendada por la OIE, para determinar qué factores serían más importantes para la diseminación de EL en la RM. Se recopiló información sobre los factores de riesgo relevantes a nivel de comuna; las cuales fueron clasificadas en tres grupos de riesgo, según la presencia y magnitud de presentación de dichos factores de riesgo, utilizando la metodología de análisis de tipologías. Finalmente se elaboró un mapa de riesgo para la presentación y diseminación de la EL en la RM.

RESULTADOS

De las 52 comunas de la RM, 26 fueron consideradas de riesgo bajo, 18 de riesgo medio y 8 de riesgo alto. La distribución espacial de las comunas de mayor riesgo fue principalmente la zona Sur-Oeste, que presenta características semi-urbana. Las comunas de mayor riesgo fueron La Florida, Pudahuel, San Bernardo, Puente alto, Villa Alhué, Maipú, Melipilla y Providencia. Estas comunas comparten características de alta densidad humana, de roedores, de perros y de garrapatas, junto con emplazamiento en comunas semi-urbanas, donde existe coexistencia de sistema rural y urbano,. Se registró la presencia de residuos sólidos domiciliarios en malas condiciones de almacenaje, como variables de riesgo para la mantención de poblaciones de roedores y perros.

[1] Facultad de Medicina Veterinaria y Ciencias Silvoagropecuarias. Universidad de Chile. llapierre@uchile.cl

CONCLUSIONES

La zona de mayor riesgo para la diseminación de la EL coincide con la distribución espacial de los casos sospechosos. Los antecedentes recopilados no permiten determinar si la EL está presente en Chile, pero definen cuales serían las zonas de mayor riesgo y los factores clave para definir estrategias de prevención e implementar acciones de vigilancia epidemiológica.

Palabras clave: Enfermedad de Lyme, garrapata, factores de riesgo, comunas Región Metropolitana.

Impacto en la evaluación nutricional de escolares de Lolol consecuente al cambio de patrón de referencia

ZÚÑIGA B., ISABEL[1], LEIVA F., MIGUEL[2] y MARTÍNEZ V., HERNÁN[2]

INTRODUCCIÓN

En el año 2007, la Organización Mundial de la Salud (OMS) elaboró una nueva referencia para la evaluación nutricional de escolares y adolescentes que concuerda con los patrones de crecimiento infantil de la OMS para preescolares y los valores de corte del IMC para adultos. La aplicación de un patrón que refleje más fielmente la realidad podría producir cambios importantes en las prevalencias de malnutrición por exceso y mayores esfuerzos y requerimientos en su intervención.

OBJETIVOS

El objetivo del estudio es evaluar el impacto del cambio de referencia en las prevalencias de exceso de peso en una muestra de escolares de Lolol, ejemplificando con ello las consideraciones a tener en cuenta con el cambio de patrón.

METODOLOGÍA

Se trabajó con una base de datos de evaluación nutricional obtenida del consultorio del Hospital de Lolol ,correspondiente a una muestra de 163 escolares de edades entre 6 y 9 años, 11 meses. Para el cálculo del estado nutricional según el patrón actual (CDC-NCHS) se utilizó la Norma Técnica del Minsal para este grupo etario, mientras que para el diagnóstico nutricional según la nueva referencia OMS se trabajó con el programa WHO Anthro Plus v1.0.4. En todos los casos se consideró el IMC para la edad y el diagnóstico nutricional se realizó según cuatro referencias distintas: CDC-NCHS, OMS puntaje Z, OMS percentiles, con punto de corte para obesidad en 95 y 97. Para las pruebas estadísticas se utilizó el programa MedCalc v11.6.1.0

RESULTADOS

Según la Norma Minsal, el estado nutricional de la muestra resultó: enflaquecido 1.84%, eutróficos 52.76%, sobrepeso 23.31% y obesos 22.09%. Se observa una leve alza del sobrepeso y obesidad al aplicar la nueva referencia OMS siendo más notoria el aumento de escolares obesos con el punto de corte p95 (34.34%) frente al p97 (27.59%). La referencia OMS puntaje Z presenta un leve aumento de los escolares enflaquecidos (3.7%), con un mayor alza del sobrepeso (31.9%). El análisis

[1] Magister Nutrición. Universidad de Chile. izadoc7@yahoo.com
[2] Médico EDF comuna de Lolol.

ANOVA no demostró diferencias significativas entre los escolares calificados con exceso de peso por las diferentes referencias (p 0.608) ni entre los diagnosticados como obesos (p 0.374), pero sí entre los escolares con sobrepeso evaluados por CDC-NCHS y la referencia OMS Z y OMS p 95 (Test Student-Newman-Keuls, $p< 0.05$).

CONCLUSIONES

La nueva referencia propuesta por la OMS no diferiría significativamente en el diagnóstico de exceso de peso u obesidad con respecto a la referencia actual en la muestra estudiada, pero sí en la pesquisa de escolares con sobrepeso, con tendencia a un mayor porcentaje con la referencia OMS Z y un menor porcentaje con OMS p95, con el consiguiente aumento del número de obesos. Pese a que este cambio podría generar una mayor necesidad de recursos e intervención, no sólo del grupo obeso, sino también del grupo en riesgo, la referencia propuesta por la OMS resulta técnicamente apropiada y no debiera restringirse su uso. Sin embargo, sus puntos de corte en percentiles o puntaje Z tienen base estadística y no contemplan riesgo biológico. Por lo anterior, se debe considerar la individualidad biopsicosocial de cada caso y la aplicación de medidas accesorias de control para un correcto diagnóstico y manejo.

Palabras clave: patrón de referencia, evaluación nutricional, escolares.

Infección congénita por *Trypanosoma cruzi* en la Provincia de Choapa, IV Región, Chile, 2005-2009

ARNELLO L., MARCELA[1], APT B., WERNER[2], ZULANTAY A., INÉS[2], SOLARI I., ALDO[2], ORTIZ Z., SYLVIA[2], ODDÓ B., DAVID[3] y RODRÍGUEZ T., JORGE[1]

INTRODUCCIÓN

La enfermedad de Chagas aún es un importante problema de salud pública en América Latina siendo la transmisión congénita la única ruta activa de infección para la cual no existe ningún tipo de control en muchos paises endémicos como Chile.

OBJETIVOS

Determinar prevalencia de infección por *T. cruzi* en gestantes, incidencia de transmisión congénita, manifestaciones clínicas y tratamiento del recién nacido infectado, linaje del *T. cruzi* en madres chagásicas crónicas y sus recién nacidos, y características de histopatología placentaria, en una zona endémica de Chile.

METODOLOGÍA

Se diseñaron protocolos ad hoc para estudiar el binomio madre-hijo, confirmar/descartar transmisión vertical, realizar seguimiento y tratamiento del recién nacido e incorporar a las madres chagásicas a control postparto para tratamiento específico. Se incluyó a todas las embarazadas y sus recién nacidos, de la Provincia de Choapa (Illapel, Salamanca, Los Vi-

(1) Escuela de Salud Pública. Universidad de Chile. marcearnello@yahoo.com
(2) Programa Biología Celular y Molecular. ICBM. Facultad de Medicina. Universidad de Chile.
(3) Pontificia Universidad Católica de Chile.

los y Canela), cuyos partos ocurrieron entre 2005-2009. Las madres cuyos hijos nacieron el 2005, fueron estudiadas en forma retrospectiva. Se efectuó pesquisa serológica y parasitológica en el binomio madre-recién nacido y seguimiento de los hijos mediante Elisa, Inmunofluorescencia indirecta (IFI) y Reacción de Polimerasa en Cadena (PCR).

RESULTADOS

En el periodo en estudio ocurrieron 4.831 partos en la provincia. Con cobertura serológica del 89%, fue posible establecer que un 3,04% de las mujeres (147 casos) presentaron infección por T. cruzi, con edad promedio de 30 años (desviación estandar 7,7; mediana 30). De las 147 madres con enfermedad de Chagas, fue posible estudiar al nacimiento y seguir serológica y parasitológicamente a 131 de sus hijos (89%). El resto de los casos (16) no fue estudiado por traslado, abortos, mortinatos, rechazo de la madre, etc. Más del 70% fueron partos vaginales, y más del 90% fueron de término. Los recién nacidos fueron de sexo femenino el 54%, peso promedio 3,326 kilos, talla promedio 49,5 centímetros y circunferencia craneana 34,1 cms. Seis casos presentaron serología negativa al nacimiento. La transmisión congénita fue confirmada en cinco (3,4%), cuatro de los cuales fueron aparentemente sanos al nacer y uno de ellos presentó bronconeumonia. De los casos confirmados, sólo se trató cuatro casos, la madre del quinto rechazó el tratamiento. El peso placentario promedio fue de 611 gramos.

CONCLUSIONES

A pesar de los avances en el control de la enfermedad de Chagas, el mecanismo de transmisión congénita continúa siendo relevante, por lo cual es indispensable mantener la vigilancia epidemiológica de esta zoonosis a través de la implementación de protocolos de diagnóstico y control de la transmisión vertical, ya que el tratamiento precoz de casos congénitos, aumenta la eficacia quimioterapéutica a cifras cercanas al 100%.

Palabras clave: enfermedad de Chagas congénita, *Trypanosoma cruzi*, transmisión vertical.

Mortalidad debido a causas mal definidas en Brasil entre los años de 2000 a 2009

MARTINS G., MARIA DA GRAÇA[(1)], COSTA M.B. SANDRA[(1)], VIDAL, A. ISABELA[(1)], VIDAL M. MARIA DE FÁTIMA[(1)] y KAWA, HELIA[(2)]

INTRODUCCIÓN

Este trabajo resalta la importancia del diagnóstico correcto de causas de muerte en una población, pues la proporción de óbitos por causas mal definidas o ignoradas continúa siendo el indicador utilizado para evaluar la calidad de esta información.

En 1975, el Ministerio de Salud brasileño verificó 43 modelos de certificados de óbitos con varios flujos de información. En aquel año se creó el Sistema de Información sobre Mortalidad para suplir los defectos del Sistema de Registro Civil y permitir el conocimiento del perfil epidemiológico de la mortalidad en Brasil.

(1) Maestría de Salud Pública. Facultad de Medicina. Universidade Federal Fluminense. Brasil. mggm1958@gmail.com
(2) Instituto de Salud de La Comunidad. Facultad de Medicina. Universidade Federal Fluminense. Brasil.

En 1976 se implantó un patrón de los instrumentos de colecta de información adoptando el modelo de Declaración de Óbito, de acuerdo con normas de la Organización Mundial de Salud de 1948.

La denominada Mortalidad Proporcional por Causas Mal Definidas representa el porcentaje de óbitos por causas mal definidas en relación al total de muertes, en una determinada región geográfica, durante un año. Para este índice se consideran los siguientes tipos de óbitos: muerte súbita de origen desconocido; sin asistencia médica; muertes relacionadas a afecciones, señales o síntomas conocidos como "mal definidos".

De acuerdo con la 10ª revisión de la clasificación internacional de enfermedades, los óbitos por causas mal definidas son identificados en el capítulo XVIII: Síntomas, señales y hallazgos anormales en exámenes clínicos y de laboratorio, sin clasificación definida.

OBJETIVOS

Objetivo general

Estudiar las causas de óbitos mal definidos en regiones brasileñas entre 2000 y 2009.

Objetivos específicos

Analizar la distribución de óbitos clasificados como mal definidos, en relación al total de muertes que ocurrieron en Brasil entre 2000 y 2009.

METODOLOGÍA

- Colecta de datos disponibles en el sistema de información de mortalidad por regiones de Brasil, entre 2000 y 2009.
- Comparar la mortalidad proporcional por causas mal definidas, entre las regiones brasileñas, entre 2000 y 2009.

RESULTADOS

A través de los años, la calidad de información del sistema de mortalidad de Brasil ha mejorado, mostrando una disminución en la proporción de óbitos por causas mal definidas, de 14.34% en 2000 para 7.16% en 2009.

La investigación demostró porcentajes heterogéneos en causas mal definidas entre las regiones brasileñas, obteniendo peores índices en las regiones Norte y Noreste, con 23.96% y 28.39% en 2000, cayendo para 12.57% y 7.74% en 2009.

Las regiones Centro Oeste y Sur alcanzaron mejores índices, bajando de 8.48% y 6.31%, en 2000, para 3.85% y 5.15%, en 2009.

La región Sureste tuvo resultados intermedios, cayendo de 9.76% en 2000 para 7.31% en 2009.

CONCLUSIONES

La Mortalidad Proporcional por Causas Mal Definidas es uno de los indicadores más utilizados para la calidad de las informaciones sobre mortalidad en una región geográfica. Brasil se está esforzando para reducir la proporción de óbitos por causas mal definidas, mediante la Portaría ministerial Nº 1405 de 26/06/2006, que instituyó la Red Nacional de Servicios de Verificación de Óbitos y la Identificación de Causa de Muerte, proponiendo la creación de 74 servicios en el país, cuyo objetivo es explicar las causas de muertes naturales con o sin asistencia médica y sin un diagnóstico definido.

Esperamos que estas iniciativas mejoren la calidad de informaciones sobre mortalidad y la situación de Brasil en el mundo.

Palabras clave: mortalidad, causas mal definidas, causa de muerte.

Muerte fetal intrauterina en el Centro Hospitalario Pereira Rossell en el periodo 2008 a 2011, Montevideo, Uruguay

BÁLSAMO O, ANDRÉS[1], VERDE S. EUGENIA[1], BERTOLINO B. LUCIANA[1], ZOLEZZI B. MAGDALENA[1], GARCÍA B. MARCELO[1] y SOSA, F. CLAUDIO[1]

INTRODUCCIÓN

La muerte fetal es uno de los accidentes obstétricos más difíciles de enfrentar. Tanto la mujer embarazada como el feto, a pesar de cumplir con un proceso de carácter netamente fisiológico como es el embarazo, están expuestos a una serie de riesgos que amenaza su salud y vidas. Entre las probables complicaciones se encuentra la muerte fetal intrauterina.

Se define muerte fetal intrauterina como "la muerte acaecida antes de la expulsión o extracción completa de la madre, del producto de la concepción a partir de las 20 semanas de gestación y con un peso mayor a 500 gramos". Este problema alcanza frecuencias comprendidas entre el 7 a 10 por 1000 nacidos vivos en la mayoría de los países americanos.

En cuanto a la etiología es muy diversa, y ellas pueden deberse a alteraciones fetales, maternas, placentarias, ambientales o ser de origen idiopática.

Los factores de riesgo básicamente se basan en tres grandes categorías: a) Macroambiente: señala la situación económica y cultural de la embarazada; b) Matroambiente: engloba todas las otras características de la madre, no incluidas en el macro ambiente; y c) Microambiente: factores asociados al feto, placenta, cordón y líquido amniótico.

OBJETIVOS

Analizar las características de las características maternas y fetales presentes en los casos de muerte fetal intrauterina en el Centro Hospitalario Pereira Rossell, Montevideo. Uruguay, periodo 2008-2011

METODOLOGÍA

Se realizó un estudio observacional descriptivo transversal en el Centro Hospitalario Pereira Rossell de la ciudad de Montevideo desde marzo del año 2008 a marzo del año 2011. Este estudio se ejecutó dentro de un estudio de casos y controles de factores de riesgo perinatales para la prematurez, bajo peso al nacer y muerte fetal. Se estudiaron gestantes con el diagnostico de muerte fetal intrauterina. Los datos se recolectaron mediante una entrevista y la revisión de la historia médica. Se abordaron variables consideradas de relevancia en el enfoque de esta problemática de salud, como: edad materna, edad gestacional, presencia de patologías maternas, control de embarazo, exposición a agentes físicos, drogas, patologías entre otros.

RESULTADOS

En el período mencionado se investigaron 381 casos de muertes fetales intrauterinas. La media de edad de las madres fue de 25,27 años (DS 6,97), se observó en un 63% de las muertes el antecedente de no haber planificado el embarazo, el 71% se sintió muy apoyada durante la gestación. El 28% de las madres realizó tareas de esfuerzo de intensidad alto-moderado.

El 82 % no realizó controles de embarazo. El 71,5 % consumió cigarrillos alguna vez.

De los recién nacidos se observó que la

[1] Facultad de Medicina. Universidad de la Republica. abalsamo@higiene.edu.uy

media de edad gestacional fue de 34 semanas (DS 5,4), el 53% fueron del sexo femenino y el 75% nacieron por cesárea.

CONCLUSIONES

La muerte fetal intrauterina es un evento que puede prevenirse en una proporción considerable de casos, si el control prenatal se respetara en calidad y cantidad. Pero para ello se requiere mayores esfuerzos a fin de educar y llevar conciencia a la población sobre esta situación.

De igual manera es absolutamente necesaria la investigación de las causas que llevaron a una muerte fetal a fin de prevenir su recurrencia en embarazos futuros y ayudar a afrontar esta difícil situación.

Palabras clave: muerte fetal, óbito, epidemiología.

Necesidad de prótesis dentales en pacientes adultos de Tortel

MORALES M., DIEGO[1], EHREMBERG G., NATALIE[1], BARAHONA S., PILAR[2] y RODRÍGUEZ M., GONZALO[2]

INTRODUCCIÓN

La comuna de Tortel, perteneciente a la Región de Aisén, cuenta con una población adulta de 318 habitantes, 212 hombres y 106 mujeres, según el censo de 2002.

En Caleta Tortel, existe una única posta de salud rural, atendida por 2 técnicos paramédicos. Se realiza 1 ronda médica mensual de un día de atención, integrada por un médico, un obstetra, una enfermera, un nutricionista y un dentista. En esta ronda se atienden enfermos crónicos, programas GES y metas odontológicas.

Queda manifiesto que el acceso a la atención médica y dental es muy limitado. Por nuestra parte, el aporte de la Facultad de Odontología, es generar un plan de visitas periódicas a la comunidad de Tortel, para contribuir en la mejora de la salud bucal. Esta primera aproximación habla sobre la caracterización de la comuna y en cómo enfocar nuestra ayuda en la mejor forma posible.

Dentro de este contexto, un índice recomendad por la OMS, para evaluar daño dental en adultos, es la situacióny necesidad de prótesis.

La prótesis dental permite rehabilitar funcionalmente la masticación y fonoarticulación, además de la estética, lo que se traduce en un mejoramiento de la calidad de vida del individuo.

OBJETIVOS

Establecer la situación y necesidad de prótesis en la comuna de Caleta Tortel, según grupo etáreo.

METODOLOGÍA

El estudio se situó en Caleta Tortel. La muestra es de 158 adultos, 88 mujeres y 70 hombres. El examen fue realizado por 5 alumnos de 6to año de la carrera de Odontología,

[1] Estudiante. Facultad de Odontología. Universidad de Chile. diego289@gmail.com
[2] Académico. Facultad de Odontología. Universidad de Chile.

Universidad de Chile, a cargo de un docente, en un periodo de 5 semanas entre enero y febrero de 2011, según demanda espontánea.

Dentro de la ficha clínica, en el examen intraoral se evaluó la situación de prótesis y necesidad de prótesis según el formulario de la OMS.

Se dividió la muestra en grupos etarios de 18 a 24 y luego en grupo sucesivos de 10 años.

RESULTADOS

- De 18-24 años, el 3,4% era portador de prótesis y un 48,2% necesitaba prótesis bucal.
- De 25-34 años, el 6,8% era portador de prótesis y 84% necesitaba de su uso.
- De 35-44 años, un 8,8% era portador de prótesis y un 86,6% necesitaba prótesis bucal.
- De 45-54 años, un 40% ya era portador de prótesis y un 100% necesitaba prótesis bucales,
- Del grupo de 55 años en adelante, el 60% era portador de prótesis y el 100% necesitaba de su uso.

Total de adultos 158 pacientes, el 16,4% es portador de prótesis dentales y el 82,2% necesita prótesis dental.

CONCLUSIONES

Los resultados obtenidos muestran una enorme necesidad de prótesis en la población adulta: cercano a un 50% de menores de 24 años las necesita, porcentaje que aumenta a un 80% en el grupo sobre los 25 años.

Destacamos que el hecho de ser portadores de prótesis, no implica que sus prótesis estén buenas, por lo que muchos quedan incluidos dentro de ambos indicadores.

A nivel nacional la necesidad de prótesis en el rango de 35-44 años es 80,1%, cercano al 10% menos que Tortel, según los índices de desdentamiento descritos en la encuesta nacional de salud del 2003.

Este estudio permite diagnosticar la realidad de rehabilitación existente, dejando en evidencia la necesidad de atención Odontológica en beneficio de esta comunidad.

Palabras clave: Tortel, necesidad de prótesis, situación de prótesis.

Perfil de mortalidad Región de Coquimbo: relación con variables de la Encuesta Casen, quinquenio 2004-2008

LANCELLOTTI G., DOMINGO[1], CASTILLO M., MAURICIO[1], RAMÍREZ S., MURIEL[1] y FUENZALIDA R., ADRIANA[1]

INTRODUCCIÓN

Nuestro país ha experimentado logros importantes en materias de salud, desarrollando políticas que actúan directamente sobre los determinantes, alcanzando resultados finales deseados. Sin embargo, las mejoras en salud y condiciones de vida no han llegado de igual forma a todos los estratos de la población, incluso pareciera ser que la desigualdad e inequidad han aumentado.

OBJETIVOS

Establecer el perfil de mortalidad a nivel comunal de la Región de Coquimbo, quinque-

[1] Departamento Salud Pública. Facultad de Medicina. Universidad Católica del Norte. Coquimbo. dlancell@ucn.cl

nio 2004-2008; relacionar las tasas de mortalidad con variables sociales, económicas y demográficas de la encuesta Casen.

METODOLOGÍA

Se utilizaron las bases de datos de defunciones nacionales, calculando las tasas de "mortalidad general" y por "principales grupos de causas de muerte" para el total población, hombres y mujeres, para cada una de las 15 comunas de la región. Las tasas de mortalidad general y de cada grupo de causas de muerte fueron correlacionadas con los resultados de la Encuesta Casen 2006 de las respectivas comunas. El análisis estadístico consideró cálculos de intervalos de confianza, coeficiente de correlación y prueba t de student para el r (alfa = 0,05).

RESULTADOS

La tasa de mortalidad general para el total población se relacionó con componentes socioeconómicos y demográficos de las comunas: correlacionada positivamente con población mayor de 65 años, edad promedio jefe hogar, cobertura educación media, promedio de dependientes por hogar, porcentaje población indigente y porcentaje de población con discapacidad; y negativamente con participación laboral (total y por género), menores de 18 años, cobertura de educación básica, promedio de ocupados por hogar, materialidad de la vivienda y escolaridad promedio del jefe de hogar. por género, la tasa de mortalidad general mantuvo muchas de estas relaciones, aunque las mujeres se vieron más afectadas por las condiciones sociales extremas (hogares indigentes, población indigente, distribución de agua aceptable).

Las tasas de mortalidad de sistema circulatorio y tumores (neoplasias), estuvieron asociadas a variables involucrando grupos etarios de mayor edad, estando también los tumores(neoplasias) en mujeres asociados directamente con marginalidad social. La edad resultó ser un factor particularmente significativo en Sistema respiratorio, sistema digestivo, sistema genitourinario, afecciones originadas en el período perinatal y sistema osteomuscular/tejido conjuntivo (en uno o ambos géneros). en general, las causas específicas de mortalidad mostraron asociaciones significativas con condiciones de pobreza y/o precariedad laboral, especialmente en traumatismos/envenenamiento (hombres), endocrinas/nutricionales/metabólicas (mujeres), infecciones & parasitarias (hombres) mentales y comportamiento (mujeres) y sangre/hematopoyesis/inmunidad (hombres). finalmente, para las causas sistema nervioso y síntomas, signos y hallazgos anormales la discapacidad y/o ruralidad resultaron ser importantes.

CONCLUSIONES

Las tasas de "mortalidad general" y "por principales grupos de causas de muerte" se asociaron a un número considerable de variables-resultados de la encuesta Casen, evidenciando diferencias importantes del efecto de los determinantes de la salud entre las comunas y entre los géneros. Las asociaciones observadas muestran que la desigualdad/inequidad siguen teniendo un impacto negativo en la salud de las personas de los segmentos más vulnerables en la Región de Coquimbo.

Palabras clave: mortalidad general, principales causas de muerte, encuesta Casen, Región de Coquimbo.

Perfil epidemiológico de la ruralidad en Chile

SIMIAN V., ANDREA[1], URIBE B., LAURA[1], OSORIO V., NATALIA[1], SCHWERTER G., PIA[1] y ROSSO C., FABIOLA[2]

INTRODUCCIÓN

Chile ha cambiado, de acuerdo al Censo 2002, disminuyeron significativamente los habitantes de las zonas rurales en Chile (de 16,5% en 1992 a13,4% en 2002). Al cambiar Chile también lo hizo su perfil epidemiológico (envejecimiento de la población, explosión de enfermedades no transmisibles asociado a factores de riesgo, co-morbilidades, entre otros). De esta forma, resulta fundamental saber qué está pasando ahora en las zonas rurales, caracterizar el perfil epidemiológico y conocer las diferencias respecto a la zona urbana para orientar las políticas públicas de salud y sus programas específicos a estos habitantes, en efecto, resulta fundamental y prioritario, puesto que -además- son en su mayoría grupos de mayor riesgo los que habitan en la zona rural (por ejemplo 35,2% de personas pertenecientes a pueblos originarios lo hace) y, por ello, más propensos a condiciones de salud desfavorables.

OBJETIVOS

Describir el perfil epidemiológico de los habitantes de zonas rurales en Chile en base a sus principales factores de riesgo y condiciones de salud de acuerdo a región, sexo, grupos de edad, nivel educacional y condición de ocupación y compararlo respecto a la zona urbana.

METODOLOGÍA

El estudio considera el análisis descriptivo de prevalencias puntuales obtenidas a partir de la Encuesta Nacional de Salud 2009 -2010, realizada mediante un diseño transversal basado en una muestra compleja y multietápica, con representatividad nacional, regional y urbano rural, y un tamaño muestral de 5.412 casos, con una sobre representación del grupo de Adultos Mayores. El análisis utilizó medidas de tendencia central, frecuencias y pruebas de asociación estadística.

RESULTADOS

Alguno de los principales resultados son: la presión arterial elevada es más alta en las zonas rurales que urbanas (32% vs 27) pero sin diferencias significativas al ajustar por edad y sexo, lo mismo ocurre con el colesterol elevado (mayor a 200 mg/dl). En cuanto al sobrepeso tampoco existen diferencias significativas entre zonas, pero llama la atención que, a diferencia del promedio país, son las mujeres las que tienen más sobrepeso que los hombres (39,9% versus 37,7%) aunque sin diferencia significativas entre estos grupos pero sí por edad (a mayor edad mayor sobrepeso excepto en el último tramo). Las mujeres también tienen significativamente mayor obesidad y obesidad mórbida que los hombres (39,1% versus 18,9%), es decir en cuanto a su estado nutricional, presentan mayor riesgo, estadísticamente significativo, en la zona rural que urbana. La prevalencia de diabetes no difiere significativamente ni entre zonas ni por sexo al interior de la zona rural, pero sí ser fumador actual, en donde vivir en zona rural es un factor significativamente protector ($p < 0.05$), entre otros.

CONCLUSIONES

Conocer los factores de riesgo y condiciones de salud que coexisten en la zona rural en

[1] Estudiante 4to Medicina. Universidad Finis Terrae. acsimian@gmail.com
[2] Facultad de Medicina. Universidad Finis Terrae. Ministerio de Salud.

Chile y caracterizarla por regiones y otras variables de interés es un aporte a la salud pública puesto que son estadísticas recientes y permiten caracterizar a un grupo con diversas complejidades en general olvidadas, además compararla con las zonas urbana permite conocer factores de protección y de riesgo para estos habitantes. Los resultados de este análisis son claves para reforzar las políticas públicas destinadas a la ruralidad en el país, en base a evidencia sólida y actualizada que permite la caracterización de este grupo y su categorización en distintos perfiles.

Palabras clave: turalidad, perfil epidemiológico.

Perfil epidemiológico de la salud en Chile

ROSSO C., FABIOLA[1], VALLEBUONA S., CLELIA[1], MATUTE W., ISABEL[1] y ALFARO M., TANIA[1]

INTRODUCCIÓN

Como parte de las políticas del Ministerio de Salud se llevó a cabo la segunda Encuesta Nacional de Salud (ENS 2009 - 2010). Se incluyeron diferentes preguntas y mediciones (para abordar distintos problemas y condiciones de salud: presión arterial elevada, dislipidemias, estado nutricional, diabetes mellitus tipo 2, tabaquismo, síndrome metabólico, riesgo cardiovascular, sedentarismo, consumo de alcohol, consumo de sal, entre otros).

Se publicó un informe descriptivo simple de esta encuesta en enero y hasta ahora ha habido diversas modificaciones por el proceso de validación, por lo cual, dar a conocer el perfil de salud de la población chilena, con análisis de sus resultados, es fundamental para las futuras investigaciones que consideren la ENS 2009-2010 y la orientación y reorientación de nuestras políticas públicas.

OBJETIVOS

Describir el perfil epidemiológico de la población mayor de 15 años en Chile en base a sus principales factores de riesgo y condiciones de salud de acuerdo a grupos de edad (60 - 64 años), (64 - 69 años), (69 - 74 años), (69 - 74 años), (75 - 70 años), (80 y más años), sexo, condición de trabajador, región, nivel educacional (Nedu) y zona (urbana - rural) en consideración a la base de datos modificada de la ENS 2009-2010.

Analizar las diferencias encontradas con las pruebas de asociación estadísticas pertinentes para cada paso.

METODOLOGÍA

El estudio considera el análisis descriptivo de prevalencias puntuales obtenidas a partir de la Encuesta Nacional de Salud 2009 -2010, realizada mediante un diseño transversal basado en una muestra compleja y multietápica, con representatividad nacional, regional y urbano rural, y un tamaño muestral de 5.412 casos, con una sobre representación del grupo de adultos mayores. El análisis utilizó medidas de tendencia central, frecuencias y pruebas de asociación estadística para las variables consideradas.

[1] Departamento de Epidemiología, Ministerio de Salud frosso@minsal.cl

RESULTADOS

Alguno de los principales resultados de este trabajo (sin considerar análisis específicos): prevalencia de presión arterial elevada es de 26,9%, sin diferencias significativas por sexo pero sí por los grupos de edad (a mayor edad mayor prevalencia). Las regiones que significativamente tienen menor prevalencia son Arica y Parinacota, Tarapacá y Coquimbo. La prevalencia de dislipidemia, es de 38,6% sin diferencias significativas por sexo pero sí de Nedu alto respecto al bajo (mayor prevalencia). En el estado nutricional mientras las mujeres son significativamente más obesas que los hombres (30,7 versus 19,3%) los hombres tienen significativamente más sobrepeso que las mujeres (45,3 versus 33,6%). La prevalencia diabetes tipo 2 (glicemia en ayuna mayor o igual a 126mg%) es de 9,4%, sin diferencias significativas por sexo, aunque sí por edad y con diferencias significativas en menos de 8 años de estudio, entre otros.

CONCLUSIONES

La salud en Chile cambió. Hoy existe un elevado nivel de morbilidad en donde los factores de riesgo están presentes y además, han ido en aumento. Existen desigualdades en Chile: por regiones, sexo y otros, pero la que más llama la atención es la relacionada con el Nedu, en donde mientras más bajo éste sea, más prevalencia, significativa, de presentar diversas enfermedades y factores de riesgo (excepto consumo de tabaco y alcohol).

Palabras clave:salud, salud en Chile, perfil epidemiológico.

Perfil epidemiológico del Adulto Mayor en Chile

ROSSO C., FABIOLA[1], MATUTE W., ISABEL[1] y VALLEBUONA S., CLELIA[1]

INTRODUCCIÓN

Chile se encuentra en una etapa de transición demográfica avanzada, caracterizada por bajos niveles de mortalidad y fecundidad, que han implicado una modificación de la estructura de la población, observándose un aumento progresivo de los adultos mayores, quienes al 2011 representarían un 13% de los habitantes del país, constatándose, además, un paulatino envejecimiento al interior de este grupo y una feminización de la vejez, sumada al aumento de la esperanza de vida que han permitido los avances médicos. Esta situación se ha traducido también en un cambio del perfil epidemiológico de la población, determinado por el incremento de enfermedades crónicas, degenerativas e incapacitantes y su consiguiente efecto sobre los sistemas de salud. En este contexto resulta fundamental y prioritario, conocer el perfil epidemiológico del adulto mayor en Chile.

OBJETIVOS

Describir el perfil epidemiológico del adulto mayor en Chile en base a sus principales factores de riesgo y condiciones de salud de acuerdo a grupos de edad (60 - 64 años), (64 - 69 años), (69 - 74 años), (69 - 74 años), (75 - 70 años), (80 y más años), sexo, condición de ocupación, región y zona de residencia (urbana / rural).

[1] Departamento de Epidemiología. Ministerio de Salud frosso@minsal.cl

METODOLOGÍA

El estudio considera el análisis descriptivo de prevalencias puntuales obtenidas a partir de la Encuesta Nacional de Salud 2009 -2010, realizada mediante un diseño transversal basado en una muestra compleja y multietápica, con representatividad nacional, regional y urbano rural, y un tamaño muestral de 5.412 casos, con una sobre representación del grupo de Adultos Mayores. El análisis utilizó medidas de tendencia central, frecuencias y pruebas de asociación estadística.

RESULTADOS

Alguno de los principales resultados de este trabajo son: prevalencia de presión arterial elevada es de de 74,8% sin diferencias significativas por sexo en los mayores de 65 años, de los cuáles 73% conoce su condición pero sólo el 46,4% se trata, teniéndola en control sólo el 11%. El colesterol total mayor a 240 en las personas de 65 y más años es significativamente mayor en las mujeres que en los hombres (16,65 versus 7,3). El sobrepeso, en tanto, es de 42,6% (IC 95%: 37,1 - 48,4) siendo significativamente superior a esta cifra la presentada por los adultos mayores de 65 años de la Región de Coquimbo, con 68,4% (IC 95%: 52,4 - 80,9), ninguna cifra es significativamente inferior al promedio nacional. En cuanto a la obesidad, es de 30,9% (IC 95%: 25,9 - 36,4), sin diferencias significativas entre regiones o grupos de edad analizados.

CONCLUSIONES

Debido al creciente aumento de los adultos mayores en Chile, es necesario conocer sus principales factores de riesgo y condiciones de salud, manteniendo actualizado su perfil epidemiológico. Los resultados de este análisis son claves a la hora de reorientar y reforzar las políticas públicas destinadas al adulto mayor en el país, en base a evidencia sólida y actualizada que permite la caracterización de este grupo y su categorización en distintos perfiles.

Palabras clave: adulto mayor, perfil epidemiológico.

Perfil epidemiológico en salud oral de una población aislada geográficamente: Tortel

EHREMBERG G., NATALIE[(1)], MORALES M., DIEGO[(1)], BARAHONA S., PILAR[(2)] y RODRÍGUEZ M., GONZALO[(2)]

INTRODUCCIÓN

La comuna de Tortel pertenece a la Región de Aisén. Ubicada a 128 km. de Cocharane donde se encuentra el hospital tipo 4 más cercano. Declarada Zona Típica, por sus pasarelas de madera de Ciprés de las Guaitecas que recorren toda la caleta. Su población es de 507 habitantes, 322 hombres y 185 mujeres.

Tortel posee una posta rural, atendida por 2 técnicos paramédicos. Una ronda médica los visita mensualmente, compuesta por un médico, un obstetra, una enfermera, una nutricionista y un dentista, quienes atienden enfermos crónicos, programas GES y metas odontológicas.

(1) Estudiante. Facultad de Odontología. Universidad de Chile. natalieehremberg@gmail.com
(2) Académico. Facultad de Odontología, Universidad de Chile.

Debido a lo anterior y a su aislamiento geográfica, es que se realizó un operativo compuesto por 5 alumnos de 6º año y un docente de Odontología, de la Universidad de Chile. Este operativo comprendió jornadas de 9 horas diarias, durante 5 semanas, incluyendo acciones de atención primaria, y fuertes actividades en prevención y promoción en salud oral.

En esta primera instancia, hemos querido caracterizar a la población, en términos de higiene oral e historia de caries, con el fin de determinar su estado de salud oral, y enfocar de mejor manera futuras intervenciones.

OBJETIVOS

- Caracterizar estado de higiene oral de la población de Tortel, según grupo etario, mediante el Índice de Higiene.
- Determinar historia de caries de la población de Tortel, mediante índices ceod-COPD por grupo etario.

METODOLOGÍA

La muestra corresponde a un total de 239 pacientes: 127 mujeres y 112 hombres. Estos acudieron espontáneamente, previa difusión radial local.

Los pacientes fueron agrupados por edad en 8 intervalos. Uno de 1 a 5 años y el resto en 7 grupos de intervalos de 10 años.

Estos fueron analizados en relación al índice de Higiene Oral, (Green y Vermellon) que considera que resultados entre 0-1 corresponde a un estado de higiene oral "óptimo", 1.1-2 "regular" y 2,1-3 "malo". Y en relación al ceod-COPD, indicadores para dientes temporales y permanentes respectivamente, donde "C" es caries; "e" y "P" perdidos por caries; "O" obturadas y "D" dentario.

RESULTADOS

El promedio del índice de higiene oral por rango etario es: 1-5 años igual a 1.05; 6-15 igual a 1.1; 16-25 igual a 1.01; 26-35 igual a 1.01; 36-45 igual a 0.9; 46-55 igual a 1.2; 56 en adelante igual a 1.38.

El índice ceod para niños de 1- 5 años es de 7 y para 6-12 años igual a 4.1.

El COPD según rango etario es: 6-15 años igual a 3; 16-25 años igual a 9.3; 26-35 años igual a 13.3; 36-45 años igual a 15.8; 46-55 años igual a 17.5; 56-65 años igual a 17.1; 66 en adelante igual a 27.5.

CONCLUSIONES

El promedio de higiene oral de la población de Tortel es "regular" (1.06). Sin embargo, los promedios de COPD son altos, en relación a los grupos etarios definidos por la OMS en 2003. Además, estos últimos se incrementan a medida que aumenta la edad de los individuos, por lo que se hace de vital importancia intervenir y educar a edades tempranas a la población.

Las autoridades regionales conocerán la condición de salud oral en la que se encuentran los

Palabras clave: Tortel, Índice de Higiene Oral, ceod-COPD.

Prevalencia de anomalías dentomaxilares en escolares de colegios municipalizados de la comuna de Coquimbo, año 2010

ARRIAGADA D., PAULA[1] y LANCELLOTTI G., DOMINGO[2]

INTRODUCCIÓN

Las anomalías dentomaxilares (ADM) o maloclusiones son desviaciones de la normalidad de las relaciones espaciales entre los maxilares o entre los maxilares y las piezas dentarias, alterando la funcionalidad y la estética de la boca y, por tanto, la calidad de vida del individuo. Estas tienen una alta prevalencia en la población mundial y se les considera un problema de salud pública, sin embargo, en gran parte de nuestro país su prevalencia se desconoce.

OBJETIVOS

Establecer la prevalencia de las ADM en niños/niñas de tercer año básico de colegios municipalizados de la comuna de Coquimbo, durante el año 2010.

METODOLOGÍA

Estudio descriptivo de prevalencia. La muestra estuvo constituida por 251 escolares entre 8 y 9 años (136 niñas y 115 niños), seleccionados desde 8 colegios municipalizados de la ciudad de Coquimbo mediante una estrategia de muestreo probabilístico por conglomerado. A cada niño/niña se le realizó un examen clínico, siendo la totalidad de los exámenes realizado por el mismo odontólogo. Se utilizó estadística descriptiva y prueba de X2 (nivel de significancia de 0,05).

RESULTADOS

El 96,4% (n=242) de los niños/niñas presentó, a lo menos, una ADM, no observando diferencias significativas según género (P=0,798) y tipo dentición (mixta primera y segunda fase; P=0,367). De los 14 tipos de maloclusiones encontradas, el desplazamiento de los puntos de contacto fue el tipo de ADM más frecuente (89,2 * 100 niños/niñas), duplicando a las siguientes de importancia que resultaron ser mordida profunda (43,8 * 100 niños/niñas) y over jet aumentado (38,6 * 100 niños/niñas). No hubo diferencias significativas en las prevalencias de ADM según género (P=0,206) las que, en general, fueron más frecuentes en hombres. Sin embargo, los dientes inclinados y, en particular, los de Clase III de Angle fueron más comunes en mujeres. De las ADM menos frecuentes, las hipodoncias sólo fueron observadas en niños "3,5 * 100 niños", prevalencia que resultó ser significativamente distinta de cero. Finalmente, el número de tipos de ADM por niños/niñas tampoco mostró diferencias estadísticas por género y dentición, registrando un promedio de 2,46 ADM por escolar (rango: 0 - 6 ADM por niño/niña).

CONCLUSIONES

Se registró una alta prevalencia de ADM en escolares de tercero básico de colegios munici-

[1] Seremi de Salud de Coquimbo.
[2] Departamento de Salud Pública. Facultad de Medicina. Universidad Católica del Norte. Coquimbo. dlancell@ucn.cl

palizados de la Comuna de Coquimbo (96,4 * 100 niños/niñas), no existiendo diferencias entre el género y tipo de dentición. La ADM más frecuente fue el desplazamiento de los puntos de contacto, correspondiendo en la mayoría de los casos a apiñamiento dentario y, en menor proporción, a diastemas.

Palabras clave: anomalías dentomaxilares, prevalencia, escolares, Coquimbo.

Prevalencia de grandes bebés para la edad gestacional en un hospital público, Montevideo, Uruguay, 2007

BÁLSAMO O., ANDRÉS[1], AZNAREZ A., ALICIA[1] y ALEMÁN R., ALICIA[1]

INTRODUCCIÓN

En la actualidad se observa un incremento de recién nacidos (RN) macrosómicos, constituyendo un factor de riesgo de patologías cardiovasculares y otras enfermedades crónicas no transmisibles, las cuales son actualmente la principal causa de morbimortalidad en la edad adulta en Uruguay. La prevalencia de la macrosomía fetal varía desde 0,5% a 15%, dependiendo de la definición. El peso al nacer >4000g que representa aproximadamente al 5% de todos los nacimientos. Por otro lado, el feto grande para la edad de gestación (GEG) que representa al 10% de la población general de recién nacidos ha recibido hasta el momento poca atención por parte de los investigadores.

OBJETIVOS

Determinar la prevalencia de recién nacidos grandes para la edad gestacional, las características maternas y la morbimortalidad perinatal asociada, en el Centro Hospitalario Pereira Rossell (CHPR) de Montevideo durante el año 2007.

METODOLOGÍA

Se realizó un estudio descriptivo transversal de los partos asistidos en el CHPR durante 2007 y con RN de peso al nacimiento superior al percentil 90 para la edad gestacional, según la Tabla de Fescina y col, excluyendo los embarazos múltiples. Los datos se obtuvieron del Sistema Informático Perinatal del servicio de neonatología del CHPR, el cual proporcionó un registro de 612 partos de neonatos con peso mayor al P90, de un total de 8.191 partos. Entre los 612 partos, se excluyeron 14 óbitos, y se consideraron 598 neonatos GEG que presentaron todos los datos requeridos. El análisis estadístico se realizo con el software Epi Info 3.5.1.

RESULTADOS

La prevalencia de GEG fue de 8% y la de > 4 000 g fue de 5%. El 63% de los neonatos GEG se caracterizó por ser del sexo masculino, y el 75% nació luego de la semana 37 de gestación. El análisis del apgar mostró que el 92% presentó un valor ≥7 en el primer minuto

[1] Dpto de Medicina Preventiva y Social. Facultad de Medicina. abalsamo@higiene.edu.uy

de vida y el 98% presentó ese valor a los 5 minutos de vida.

Las madres se caracterizaron por una media de edad de 26,7 años (DS:6,6), fumadoras en el 20% de los casos y el 80% no presentaba patologías. De las patologías registradas la diabetes y la hipertensión arterial fueron las más frecuentes, presentes en el 7 y 6% de las madres, respectivamente.

CONCLUSIONES

La prevalencia de GEG en el CHPR encontrada es más baja que las cifras regionales (Argentina 10 a 13% para peso > 4 000 g; Rio Grande del Sur, Brasil 10% para peso ≥4000gr; Chile 9,46% en 2003).

Esta prevalencia más baja podría deberse a que la población de usuarias del CHPR representa a un grupo con bajos ingresos, y la pobreza hace que las personas tengan restringido el acceso a una alimentación diaria adecuada, constituyendo la causa principal de la malnutrición.

Como conclusión podemos señalar la presencia de algunas características presentes como: la ganancia de peso superior al esperado, diabetes materna, hipertensión y el sexo masculino del neonato, asociadas al nacimiento de un GEG.

Palabras clave: macrosomia neonatal, recién nacidos macrosómicos, neonatos grandes para la edad gestacional.

Prevalencia de parasitosis bovina en la Región de la Araucanía, periodo 2007-2010

TRONCOSO M., CLAUDIA[1], ALVEAR A., ANTONIETA[1], ARROYO C., ELGA[1] y CALFUÑANCO R., ELVIRA[1]

INTRODUCCIÓN

Las zoonosis, mantienen su importancia debido a la magnitud de sus impactos en la salud pública, producción animal, ecosistema, economía, turismo, impactando en las condiciones de vida y posibilidades de desarrollo de la población. De acuerdo a la OMS, en los últimos decenios se han descrito, en promedio, casi una nueva enfermedad emergente al año, de las cuales cerca del 75% son zoonosis. En Chile, las enfermedades zoonóticas parasitarias transmitidas al ser humano son de baja prevalencia. Sin embargo, persisten áreas endémicas de equinococosis quística en las regiones del sur austral y en áreas focalizadas en otras regiones del país. Hidatidosis y triquinosis son las únicas de notificación obligatoria, esto limita la posibilidad de conocer el perfil epidemiológico de otras zoonosis en la población humana. Se pueden obtener datos de prevalencia de zoonosis parasitarias a través de los registros de decomisos de animales de abasto que se reportan obligatoriamente al servicio agrícola ganadero SAG. En el año 1998, las regiones VI, VII, VIII presentaron

[1] Departamento de Salud Pública. Facultad de Medicina. Universidad de La Frontera. troncoso@ufro.cl

las mayores tasas de distomatosis bovina y la XI Región presentó el mayor número de casos de hidatidosis animal. En el año 2003 en nuestra región, los reportes de distomatosis fueron 42,24% e hidatidosis 37,38%, sin datos disponibles de cisticercosis, sólo se obtuvieron reportes nacionales del periodo 1998-1999 del 1%.

OBJETIVOS

Con el objetivo de conocer la prevalencia de zoonosis bovina en la IX región y actualizar la información de la realidad local, se cuantificaron los decomisos de los últimos 4 años (periodo 2007-2010) por distomatosis, hidatidosis y cisticercosis del ganado bovino faenado en la planta faenadora de carnes Frigorífico Temuco de la Región de la Araucanía.

METODOLOGÍA

Se realizó un estudio descriptivo, observacional de corte transversal. Se revisaron los registros de decomisos del periodo mencionado.

RESULTADOS

Los resultados mostraron que el promedio de decomisos en los 4 años alcanzó el 60,3% por distomatosis; 59,7 % por hidatidosis y 0,23% por cisticercosis. Se observó un incremento de 42,75% de decomisos por distomatosis en relación al registro en el año 2003. El año 2007 reportó el mayor número de casos (77,3%) y la menor prevalencia fue en el año 2010 (49,9%). Los decomisos por hidatidosis, también aumentaron en 59,71% en relación al año 2003, la mayor prevalencia se reportó en los años 2008-2009 con 71% y 70,3%, respectivamente; en los años 2007 y 2010 las cifras fueron menores y alcanzaron 47,7% y 49,6%, siempre mayores al registro del año 2003 para ambas parasitosis. Sólo cisticercosis reportó menor prevalencia en relación a reportes anteriores, con 0,23% de casos, registrándose tendencia a la disminución desde el año 2007 al 2010 (0,37%, 0,22%, 0,19%, 0,14%).

CONCLUSIONES

Los indicadores muestran un incremento de las dos primeras parasitosis. Considerando que las malas practicas de la población determinan en parte la presencia de estas zoonosis, se sugiere a la autoridad sanitaria mantener vigilancia epidemiológica que permita explicar los factores que incrementaron estas zoonosis y potenciar las medidas preventivas permanentes en el servicio de salud y Servicio Agrícola Ganadero, para intervenir oportunamente y evitar brotes en el ganado, o en la población general.

Palabras clave: zoonosis, parasitarias, distomatosis, hidatidosis, cisticercosis.

Prevalencia y factores de riesgo asociado a enfermedad periodontal en preescolares

MUZA C., RICARDO[1] y SILVA G., JUAN[2]

INTRODUCCIÓN

La enfermedad periodontal constituye uno de los padecimientos de mayor frecuencia en la cavidad bucal, manifestándose principalmente como gingivitis en el paciente odontopediátrico.

La enfermedad periodontal localizada en la encía se denomina gingivitis y se caracteriza por el cambio en el color, forma y textura: la encía marginal y/o papilar adquiere un color más rojizo o rojo azulado, existe edema, la superficie es lisa, brillosa con una pérdida o reducción del puntilleo, puede presentar hemorragia espontánea o bajo presión. Entre los factores determinantes para la prevalencia de enfermedad periodontal crónica en niños y jóvenes se encuentran la edad, el género, el estrés, el nivel socioeconómico, el tipo de bacterias presente en la placa dentobacteriana, el cepillado dentario inadecuado y su frecuencia.

Se ha observado que la severidad de la enfermedad aumenta con la edad, que existe mayor prevalencia en niños que no tienen hábitos de higiene rigurosos y con una técnica de cepillado correcta, que el nivel de estrés influye en la enfermedad periodontal. Otros factores locales que provocan inflamación del tejido gingival son los traumatismos por cepillado y apiñamiento dentario. Además, el efecto de ciertos medicamentos puede aumentar la susceptibilidad del paciente.

OBJETIVOS

Conocer la prevalencia y factores de riesgo asociado a la enfermedad periodontal en preescolares de 3 a 6 años.

METODOLOGÍA

Se realizó un estudio transversal y descriptivo en 90 niños de 3 a 6 años de edad, que acudieron a tratamiento dental en el servicio dental del hospital Rancagua, a la especialidad de odontopediatría. Los padres de los niños de la muestra autorizaron el examen bucal con luz del equipo dental, con espejo y sonda periodontal.

Los resultados del examen fueron registrados en una planilla excel preparada para tales efectos. Además, se aplicó una encuesta a los padres sobre los hábitos de higiene bucal, así como antecedentes de padecimientos sistémicos y tratamientos farmacológicos.

RESULTADOS

Se revisaron 90 preescolares de 3 a 6 años de edad, 52% correspondió al género femenino y el 48% al masculino.

De los niños revisados el 68% presentó enfermedad periodontal. El género femenino tuvo 1.2 veces mas riesgo con respecto al masculino. Del total de niños con alteraciones periodontales, el 90% correspondió a una severidad leve.

CONCLUSIONES

El diagnóstico oportuno permite establecer tratamiento adecuado, por lo que consideramos importante reconocer las alternaciones periodontales en el preescolar e implementar programas de promoción y protección especifica de la salud bucal.

Se deben implementar programas dirigidos a los padres de familia que motiven el mejora-

[1] Servicio Dental Especialidades. Hospital San Borja Arriarán. rmuzac@yahoo.com
[2] Servicio Dental, Hospital Rancagua.

miento de hábitos higiénicos y dietéticos de la familia.

Palabras clave: enfermedad periodontal, gingivitis, preescolares.

Problemas epidemiológicos sociales en el cumplimiento farmacológico antihipertensivo posterior al terremoto 27/F en campamentos de la Octava Región

OLIVA M., PATRICIO[1] y BUHRING B., KRISTIAN[2]

INTRODUCCIÓN

La hipertensión arterial afecta al 34% de la población nacional y en pacientes sobre 45 años supera el 54%, sólo el 33% de los pacientes logra normalizar su presión arterial y 50% toma, al menos, 80% de sus medicamentos, generando un serio problema de adherencia terapéutica. El problema del cumplimiento farmacológico en la actualidad se acentúa en los campamentos ubicados en sectores afectados por el terremoto del 27/F (incremento del 45%) y cuyas dificultades son definidas por los pacientes. Así, se articula un nuevo escenario epidemiológico para esta enfermedad, desconocido en gran parte por el personal de atención sanitaria.

OBJETIVOS

Establecer los nuevos conceptos epidemiológico-sociales que afectan el cumplimiento farmacológico antihipertensivo en pacientes de campamentos posterior al terremoto 27/F en la Octava Región.

METODOLOGÍA

Investigación epidemiológica-social de carácter cualitativo, con un muestreo de caso-tipo debido a que se necesita el discurso común sobre el problema, en 3 campamentos posterremoto (Thco. Lota, Tomé). Los individuos seleccionados respondieron a los siguientes criterios de selección: mayores de 18 años, que estén diagnosticados con hipertensión arterial. Se trabajó con 59 individuos. La información fue recolectada mediante grupo de discusión, buscando el discurso social. El tipo de análisis de la información se efectuó mediante análisis semántico estructural, que opera identificando las estructuras fundamentales del discurso de los entrevistados (utilizado con frecuencia en epidemiología social).

RESULTADOS

La alta prevalencia de hipertensión arterial en campamentos posterremoto se asocia a elementos epidemiológicos y socioculturales en los cuales los determinantes sociales varían sustancialmente a la situación previa al sismo, lo que impide cumplir adecuadamente el tratamiento. De los resultados de los grupos se identifican las siguientes categorías:

a) Acceso: ya no se encuentra la infraestructura sanitaria anterior al terremoto, por lo cual los Cesfam y hospitales que influyen tanto en el control de medicamentos y educación de

(1) Dirección de Investigación. Facultad de Odontología. Universidad del Desarrollo. Concepción. patricioolivamella@gmail.com
(2) Departamento de Salud Pública. Universidad Católica de la Santísima Concepción

los pacientes, quedan fuera del acceso de los enfermos crónicos, quienes sustituyen el tratamiento farmacológico por otros caseros o por ninguno. El contacto con el personal médico es limitado y éste no influye en la conducta de los pacientes.

b) Generación de sistema de control alternativo: se establece un sistema de control basado en la utilización de hierbas medicinales o recetas caseras.

c) Asimetría entre enfermedad crónica y aguda: las enfermedades agudas tienen relevancia sobre las crónicas especialmente por su alta prevalencia y complicaciones. La hipertensión y su carácter asintomático implican que los pacientes omiten su tratamiento farmacológico y se concentran en las enfermedades que presentan síntomas evidentes.

d) Declive del concepto de urgencia de la enfermedad: el control farmacológico resulta complejo debido a que los pacientes requieren disciplina en conseguir y tomar los fármacos, cuando las condiciones sociales se focalizan en los problemas inmediatos estructurales y sanitarios.

CONCLUSIONES

La hipertensión arterial dentro de campamentos posterremoto posee una alta prevalencia porque las condiciones socioculturales y de infraestructura impiden el control y seguimiento, adquiriendo las enfermedades agudas mayor relevancia debido a lo evidente de la sintomatología. Por parte de los pacientes crónicos establecen nuevas jerarquías buscando medidas alternativas a la farmacológica o simplemente omitiendo por completo el control farmacológico. Lo anterior se agrava por el poco contacto con personal médico.

Palabras clave: hipertensión arterial, cumplimiento farmacológico, terremoto.

Programa colaborativo de telemedicina para el tratamiento de la depresión en servicios rurales de la atención primaria

GUAJARDO T. VIVIANA[1], ALVARADO M., RUBÉN[1], CASTRO L., ARIEL[2], FRITSCH M. ROSEMARIE[3] y ROJAS C., GRACIELA[3]

INTRODUCCIÓN

En Chile, las políticas públicas en salud mental han tenido un gran avance con la Reforma de Salud implementada desde el año 2000, garantizando el acceso a atención de las personas que padecen esquizofrenia, depresión y de los jóvenes con consumo perjudicial de alcohol y drogas. Sin embargo, nuestro país presenta limitaciones respecto al acceso equitativo a la atención especializada de salud mental.

[1] Escuela de Salud Pública. Facultad de Medicina. Universidad de Chile vguajardo@med.uchile.cl
[2] Dpto. Ciencias y Tecnología Farmacéutica. Facultad de Ciencias Químicas y Farmacéuticas. Universidad de Chile.
[3] Clínica Psiquiátrica Universitaria. Universidad de Chile.

OBJETIVOS

El objetivo de la presentación, es describir el ensayo clínico" Programa de colaboración basado en telemedicina para mejorar el manejo de la depresión en los servicios rurales de atención primaria en Chile" y sus resultados preliminares.

METODOLOGÍA

Corresponde a un ensayo clínico que se está llevando a cabo en 17 hospitales tipo 4 pertenecientes a los servicios de salud de Reloncaví, Coquimbo y Ñuble. Su objetivo es contribuir a mejorar la resolutividad del Programa de Depresión en las regiones. La intervención consiste es un programa colaborativo a distancia entre médicos especialistas y generales, que se basa en los criterios establecidos en la Guía Clínica GES para la depresión en adultos, y que asesora el tratamiento que los médicos generales ofrecen a los pacientes diagnosticados con esta enfermedad. El resultado primario a evaluar es la intensidad de la sintomatología depresiva medida con el Inventario de Depresión de Beck.

RESULTADOS

Resultados preliminares A la fecha se han reclutado 135 pacientes depresivos (83.7% mujeres) entre 18 y 65 años (X= 39,9 años, d.e.12). 47.4% de los casos presenta antecedentes depresivos previos y un 35.6 % riesgo de suicidio alto. Un 54.8% tenía un trastorno de ansiedad y un 9.6% una dependencia a alcohol en forma comórbida.

CONCLUSIONES

El programa ha tenido una buena aceptación por parte de los equipos de salud primarios y espera mostrar efectividad en la disminución de los síntomas depresivos de los participantes.

Palabras clave: telemedicina, depresión, atención primaria.

Relación entre levaduras del género *Candida* y condiciones sistémicas de pacientes portadores de prótesis dental

LEE M., XIMENA[1]

INTRODUCCIÓN

La magnitud de la infección micótica depende fundamentalmente de las condiciones sistémicas (CS) del hospedero, pues el establecimiento del cuadro clínico ocurre cuando se perturban los parámetros de equilibrio fisiológico que mantienen la homeostasis del medio bucal. Las enfermedades sistémicas de mayor prevalencia a nivel nacional se encuentran la diabetes mellitus (DM), la hipertensión arterial (HTA) y la depresión (D).

[1] Facultad de Odontología. Universidad de Chile.ximenalee@gmail.com

OBJETIVOS

Investigar la relación entre el uso de prótesis dental y la presencia y recuento de levaduras del género cándida.

METODOLOGÍA

Se realizó un estudio prospectivo, transversal y comparativo, incluyendo en la muestra a los pacientes ASA I y II, portadores y no portadores de prótesis removible, desdentados totales o parciales, con o sin estomatitis protésica y/o candidiasis oral que hayan aceptado participar en el estudio, previa firma del consentimiento informado, que acudieron a la Clínica de la Facultad de Odontología de la Universidad de Chile. Participaron de este estudio 53 pacientes, 14 hombres (26%) y 39 mujeres (74%). La edad promedio de la muestra fue 67 años (ds 9 años).

Se analizaron las siguientes variables: uso de prótesis, CS, recuento de levaduras del género cándida (LGC), cantidad y presencia de LGC. Se aplicó el test estadístico Anova.

RESULTADOS

Con respecto a los pacientes que no presentaron CS de D, DM e HTA se obtuvo un recuento inferior a 1000 en 74%, 69% y 75%, respectivamente; en el rango 1001 a 100.000 fue de 24% para D y DM, y 17,9 para HTA; por último, en el rango más 100.001 fue de 1% para D, 6,7 para DM y 7,1 para HTA. En relación a los pacientes con CS los recuentos fueron de 9,5% D, 71% DM y 62,% HTA, en el rango de 1000 a 100.000 de 7,1% D, 28,6% DMy 33,3 % HTA y para el rango más de 100.001 de 4,8 % D, 0% DM, 4,2 % HTA.

Se aplicó el Test estadístico Anova para cada CS obteniendo diferencia estadística para la D con p= 0,0237, no así para la DM con p= 0,7073 e HTA con p=0,5702.

Con respecto a la presencia y cantidad de LGC de pacientes sin CS se observó ausencia en 49%, 37% presencia de LGC albicans, 8,3% de LGC no albicans y 5,1 % de ambos. En pacientes con CS se determinó ausencia de LGC en el 4% D, 42,9% DM y 41,7% HTA. La presencia de LGC se determinó en 7,1% D, 57,1% DM y 41,7 HTA. La presencia de LGC no albicans fue de 2,4% D, 0% DM y 8,3% HTA. La presencia de ambas fue de 2,45 en D, 0% en DM y 8,3% HTA.

Se aplicó el Test Anova que mostró diferencia estadística en CD D p=0,0237 y en relación a DM e HTA no se obtuvo diferencia estadística (p=0,6430 y 0,5702, respectivamente).

CONCLUSIONES

Se observó asociación entre la presencia y cantidad y CS D, no así con DM e HTA. En cuanto a la asociación LGC y CS, no se obtuvo diferencia estadística.

Palabras clave: candidosis, prótesis, sistémico.

Salud bucodental de cuidadores de postrados severos de Valparaíso

MUÑOZ A., DANIELA[1], FLORES A., PRISCILA[1] y CUETO U., ALFREDO[1]

INTRODUCCIÓN

Con el envejecimiento poblacional observado en Chile, crecen los grupos de personas que requieren ayuda en sus actividades de la vida diaria, tarea que generalmente recae sobre familiares y a un alto costo personal. En muchos casos, la carga es tal que complica el autocuidado de los responsables. Este es el primer estudio enfocado particularmente en caracterizar a la población de cuidadores de postrados de la ciudad de Valparaíso en cuanto a salud bucodental.

OBJETIVOS

Describir la salud oral de los cuidadores de pacientes postrados severos en base a índices COP, PSR, desdentamiento, lesiones de mucosa oral y uso de prótesis.

METODOLOGÍA

Se obtuvo el listado de los inscritos en el Programa de Atención Domiciliaria a Postrados de la Corporación Municipal de Valparaíso y se realizó un muestreo probabilístico con afijación proporcional según distribución geográfica y género de los postrados. Se entrevistó a los cuidadores de los seleccionados mediante un cuestionario y se examinó su boca. Se tabularon los datos en excel 2010 y se aplicaron los análisis estadísticos descriptivos.

RESULTADOS

Se encontraron 63 mujeres (80,8%) y 15 hombres (19,2%), con un rango de edad de 19 a 87 años, siendo el promedio 57,6 años. De éstos el 12,8% era desdentado total (n=10), 71,8% tenía entre 2 y 27 dientes (n=56) y 15,4% (n=12) era dentado completo (igual o mayor a 28 dientes). El promedio de COP encontrado fue 19,2. El promedio de dientes cariados fue 3,4; de obturados, 4,2; y de perdidos, 15,2. Los PSR encontrados fueron: 0 (n=2); 1 (n=5); 2 (n=24); 3 (n= 30); y, 4 (n=6). Se encontró pérdida de inserción mayor a 3,5 mm en 34 cuidadores. Entre los pacientes desdentados parciales la topografía dental más frecuente fue clase III de Kennedy en el maxilar superior (n=33) y clase I de Kennedy en maxilar inferior (n=26). En cuanto a lesiones de mucosa bucal se encontró melanosis del fumador en 7 cuidadores; estomatitis subprotésica en 4 de ellos; úlceras traumáticas en 4 personas; 4 cuidadores con pseudofibroma irritativo; 3 con épulis fisurado; 3 várices sublinguales; 2 lenguas velludas; queilitis angular en 1 persona y 1 hemangioma.

CONCLUSIONES

Se encontró una salud bucal deficiente entre los cuidadores de pacientes postrados de Valparaíso.

Palabras clave: cuidadores, postrados, salud bucal.

[1] Facultad de Odontología. Universidad de Valparaíso. daniela.munoz.avila@gmail.com

Salud infantil en niños residentes en vivienda social y campamentos del sector poniente de Santiago

SIGALA U., FIORENZA[1] y BURGOS D., SOLEDAD[2]

INTRODUCCIÓN

Diversas amenazas para la población infantil residente en campamentos, pueden vincularse a una mayor accidentabilidad, morbilidad infecciosa y crónica. Esas amenazas se traducen en formas inadecuadas en el acceso a agua, en el manejo de residuos y en una pobre infraestructura de vivienda. La reubicación de familias de campamento a viviendas sociales constituye parte de las estrategias implementadas en la política habitacional chilena. Dicha intervención puede generar cambios en el estatus de salud de la población intervenida.

OBJETIVOS

Comparar la prevalencia de episodios de diarrea, resfríos, otitis, síntomas respiratorios relacionados con asma y alergia, y accidentes en el hogar en niños de 2 a 8 años residentes en viviendas sociales y campamentos.

METODOLOGÍA

Se realizó un estudio transversal para comparar condiciones de salud presentes en niños entre 2 a 8 años, pertenecientes a familias que residen en campamento (n=87) y vivienda social (n=116), de tres comunas de Santiago: Renca, Cerro Navia y Quinta Normal.

Criterios de inclusión: a) permanencia desde el nacimiento en la actual residencia, vivienda social o campamento b) niños habitantes de vivienda social que provengan de familias que en el pasado residían en campamentos y que fueron intervenidas por un programa colectivo de vivienda.

Fueron reportados síntomas respiratorios, alérgicos, digestivos y accidentes en el hogar por la cuidadora/madre de los niños en estudio.

Se emplearon proporciones para describir cada evento en los subgrupos y pruebas de Ji2 para su comparación. Se utilizó el programa Stata.10 para los análisis.

RESULTADOS

Los niños residentes en campamento presentaron una media de edad de 4,88 años, similar a la media encontrada en los niños que habitan en vivienda social, 4,53 años.

La proporción de niños varones fue de 43,68% en campamento y 50% en vivienda social.

La prevalencia de los distintos eventos: diarrea, resfrío común, reporte de diagnóstico de bronquitis, historia de "silbidos" en el pecho, ataques de "silbido" y atención de urgencia por "silbidos" mostraron ser similares ($p>0,05$). Igual resultado se obtuvo para el síntoma descriptor de rinoconjuntivitis.

En el ítem accidentes se identificaron diferencias sólo en el auto-reporte de heridas cortopunzantes, las que fueron significativamente superiores en niños de campamento (29,07%) en comparación con los niños de vivienda social (11,4%) con un p valor= 0,002.

[1] Escuela de Salud Pública, Facultad de Medicina, Universidad de Chile, Becada de Salud Pública. fiorenzasigala@gmail.com
[2] Escuela de Salud Pública. Facultad de Medicina. Universidad de Chile.

CONCLUSIONES

Los resultados muestran que residir en vivienda social o campamento, no incide en la prevalencia de la mayoría de los eventos en salud explorados, particularmente respiratorios. Sin embargo, un análisis más detallado de esos ambientes puede proveer mayor información sobre factores de riesgo específicos.

La accidentabilidad por lesiones cortopunzantes -superior en campamento- requiere mayor estudio para adoptar medidas que permitan su prevención.

Los accidentes en el hogar pueden ser un buen indicador de cambio cuando se trasladan poblaciones que habitan en campamento a viviendas sociales.

Palabras clave: campamento, vivienda social, prevalencia, salud infantil.

Seroprevalencia de toxoplasmosis en gatos de la ciudad de Valdivia

PIÑONES O., DAYAN[1], MUÑOZ-ZANZI, CLAUDIA[1] y TAMAYO C., RAFAEL[1]

INTRODUCCIÓN

Toxoplasma gondii es un parásito que causa la toxoplasmosis, enfermedad zoonótica de amplia distribución mundial, siendo los gatos y felinos salvajes hospederos definitivos del ciclo biológico.

OBJETIVOS

Determinar la seroprevalencia en muestras de sangre de 200 gatos en la provincia de Valdivia.

METODOLOGÍA

Se recolectaron 200 muestras de suero obtenidas asépticamente de sangre de la vena yugular, procedentes de animales facilitados voluntariamente por sus propietarios, y de animales asistentes a clínicas veterinarias de la ciudad y del Hospital Veterinario de la Universidad Austral de Chile, entre marzo de 2009 y marzo de 2010. Se utilizó el kit Toxotest MT (Eiken) que corresponde a una prueba de aglutinación en látex. Adicionalmente se realizó una encuesta a cada uno de los propietarios para determinar algunas características demográficas como edad, tipo de alimentación, número de gatos de la casa y tiempo que pasan en el exterior.

RESULTADOS

La prevalencia de anticuerpos contra toxoplasma fue de 23,0%. Según rango de edad, fue de 52,0% para los agrupados entre 7 y 12 años; en los que recibieron comida de casa

[1] Instituto de Medicina Preventiva Veterinaria. Universidad Austral de Chile. rtamayo@uach.cl

fue de 31,8% a diferencia del 22,0% observado en los que se alimentaban con pellets; los que tenían tres gatos presentaron un 31,3%; y aquellos que pasan la mayor parte del día en la calle, mostraron un 40,9%.

CONCLUSIONES

Los felinos constituyen una fuente de infección de toxoplasmosis, tanto para las personas como para los animales. Además, el análisis de la encuesta reveló desconocimiento de esta enfermedad en la población, por lo tanto es vital mejorar la educación de la población respecto a medidas preventivas para disminuir los riesgos asociados a poseer gatos como mascotas, principalmente las personas más susceptibles como embarazadas e inmunodeprimidos.

El presente estudio se realizó con la colaboración de la División de Epidemiología de la Salud y comunidad de la Universidad de Minnesota.

Palabras clave: toxoplasma, zoonosis, gatos.

Situación de salud oral, hábito tabáquico y alcohólico en adolescentes de establecimientos municipalizados de Vitacura

MOYA R., PATRICIA[1], MONSALVES V., MARÍA JOSÉ[1] y CARO M., PAULINA[2]

INTRODUCCIÓN

La caries dental es la patología bucal más prevalente y la principal causa de pérdida de dientes en todos los grupos etarios. Actualmente la tendencia de la caries dental en los niños ha mostrado una disminución en la prevalencia y severidad, junto con un incremento paulatino en la accesibilidad a la atención odontológica. El Ministerio de Salud ha priorizado la atención odontológica en adolescentes de 12 años en atención primaria de salud. La adopción de hábitos dañinos, como el consumo de tabaco y alcohol, en este grupo etario debe ser pesquisado. El tabaco es la principal causa prevenible de enfermedad y muerte en el mundo, junto al consumo de alcohol constituyen las substancias más consumidas por los adolescentes. No hay evidencia suficiente que sustente una relación etiológica directa entre tabaco y caries, sin embargo, conocer y educar al paciente es también una tarea del odontólogo.

OBJETIVOS

Conocer la frecuencia de consumo de tabaco y alcohol en adolescentes escolarizados municipalizados.

Determinar la prevalencia de caries, índice COPD (COPD), índice de significancia de caries (ISC) y prevalencia de mal oclusiones según sexo.

[1] Facultad de Odontología. Universidad Finis Terrae. drapatriciamoya@yahoo.com
[2] Estudiante de Odontología. Universidad del Desarrollo.

METODOLOGÍA

Estudio corte transversal, observacional, descriptivo. Se realizó en los establecimientos educacionales municipalizados de Vitacura. Del total de la población en estudio (N=186) fue posible reclutar a 159 adolescentes escolarizados. Para la inclusión al estudio se solicitó la firma del consentimiento informado por los apoderados. Se realizó el examen dental y la aplicación de una encuesta breve de consumo de tabaco y alcohol. Dos equipos de odontólogos calibrados (K > 0,9) examinó la prevalencia y severidad de caries según índice COPD e ISC y frecuencia de mal oclusión. Los resultados del examen dental fueron entregados a los apoderados. Los datos se analizaron en programa Stata 9.0.

RESULTADOS

La muestra estudiada fue de 159 adolescentes, un 50,4% son mujeres; edad media fue de 11,7 años (DS 0,77). Un 4,5% relata que ha fumado alguna vez en su vida, siendo la proporción similar en ambos sexos. Un 7,5% ha probado alcohol, siendo mayor en mujeres. Sólo un 1,25% admite que hoy en día fuma y bebe alcohol. En relación a la situación de salud oral, un 54,7% de los adolescentes no presenta historia de caries, siendo éste valor similar en ambos sexos. El índice COPD fue de 1,025 (IC:95% 0,77;1,27) piezas dentarias dañadas por caries, donde el componente cariado fue de 0,46 (IC:95% 0,31; 0,59). La prevalencia de caries es de un 25,79% indicada por el componente cariado, sin encontrarse asociado al hábito tabáquico. El ISC fue de 2,7. Las mal oclusiones son la patología más prevalente en los adolescentes (52,3%) sin diferencias estadísticamente significativas por sexo.

CONCLUSIONES

La presencia de hábito tabáquico y alcohólico en adolescentes revela la necesidad de intervención en edades más tempranas, que involucren a la familia y el colegio. La menor prevalencia y severidad de la caries dental, se puede explicar por el enfoque adoptado en el país, en los últimos años, de privilegiar la atención dental en esta población.

Palabras clave: caries, tabaco, alcohol.

Situación epidemiológica de la infección por VIH y Sida en Uruguay, 2010

BALSAMO O., ANDRÉS[(1)], CASTRO G., MÓNICA[(1)], ROSA S. RAQUEL[(1)], DIVERIO C., RENEE[(1)], BERRIOLO D., RUBÉN[(1)] y MASSA M., FERNANDO[(2)]

INTRODUCCIÓN

El VIH-Sida es un evento de salud cuya incidencia, prevalencia y transmisión se procura reducir. La vigilancia proporciona datos epidemiológicos útiles para la prevención y el plan de atención de enfermos. El estudio nacional de seroprevalencia realizado en 2008, en población general encontró una prevalencia de VIH de 0.42%, (0.23% en mujeres y 0.68% en

(1) Departamento de Vigilancia en Salud-Epidemiologia-MSP. abalsamo@higiene.edu-uy
(2) Facultad de Ciencias Económicas.

varones). En Uruguay la epidemia presenta un patrón de distribución de tipo "concentrada", que implica baja prevalencia en población general (<1%) y alta prevalencia de VIH (>5%) en poblaciones específicas.

OBJETIVOS

Describir la situación epidemiológica de VIH-Sida en Uruguay mediante el análisis de los datos recibidos en el año 2010 desde los efectores de salud al Departamento de Vigilancia en Salud del Ministerio de Salud Pública.

METODOLOGÍA

En Uruguay, la vigilancia epidemiológica de infección por VIH-Sida se realiza mediante recolección de datos de casos notificados al Sistema de Enfermedades de Notificación Obligatoria, vigilancia pasiva on-line, telefónica, fax, etc., y el análisis de los certificados de defunción. El Formulario de notificación de caso de infección por VIH/Sida releva información epidemiológica y estratégica relevante desde 1983. El análisis de las variables epidemiológicas se realizo mediante EpiInfo 3.5.1.

RESULTADOS

En el año 2010 se notificaron 857 casos de VIH y 245 casos de Sida correspondiendo a una tasa de notificación de VIH de 25.53/100.000h, y una tasa de notificación de Sida de 7.30/100.000h .

El 58% de las notificaciones corresponde al sexo masculino, el 33,4 % al sexo femenino y el 8.6 % no registra el sexo. La mediana de edad en el momento del diagnóstico de VIH fue de 36.0 años para hombres y de 35.1 años para mujeres. El 68% de los casos tenía entre 24 y 48 años. El 75 % de los VIH notificados reside en la capital y le siguen en frecuencia los departamentos de turismo y fronterizos. El 52 % de los casos notificados no reporta la vía de transmisión, la vía sexual se reporta en el 44%, la sanguínea en 3,34% y la vertical el 0,74%.

De los casos de Sida notificados, 71% corresponde al sexo masculino y predomina en el grupo de edad entre 30 y 44 años. En Uruguay se registró el fallecimiento de 145 personas por Sida, 102 varones y 43 mujeres, resultando la tasa de mortalidad en 2010 de 5.98/100.000 hombres y de 2.48/100.000 mujeres.

CONCLUSIONES

En Uruguay desde 1983 a diciembre de 2010 se han registrado 13.974 casos de infección por VIH/Sida. Desde entonces los casos han ido en constante aumento. La epidemia en Uruguay se caracteriza por afectar mayoritariamente a hombres en edades de plena actividad laboral y sexual, siendo la vía de transmisión sexual del VIH la más registrada. La vigilancia epidemiológica y el permanente monitoreo de la evolución de la epidemia constituyen, junto a la atención integral de las personas afectadas, pilares esenciales de las políticas públicas que buscan dar respuesta a la infección por VIH/Sida.

Palabras clave: VIH-Sida, vigilancia.

Situación epidemiológica de varicela en Uruguay en el periodo 1990-2010

BALSAMO O. ANDRÉS[1], PUJADAS F. MÓNICA[1], ALFONSO C. ADRIANA[1], GAGLIANO G. GUSTAVO[1], CASTRO G. MÓNICA[1] y ROSA S. RAQUEL[2]

INTRODUCCIÓN

En Uruguay la varicela es una enfermedad de notificación obligatoria en la primera semana de sospecha diagnóstica del caso, existiendo registros de vigilancia desde el año 1946. Se destaca que fue el primer país de América Latina en incorporar la vacunación sistémica contra la varicela en el año 1999.

El Programa Ampliado de Inmunización (PAI) en Uruguay tiene dos características de importancia en la descripción de los resultados: las vacunas en él incluidas son obligatorias y gratuitas para toda la población y, a su vez, se exige documentar el cumplimiento del PAI para las actividades curriculares (jardín de infantes, escuelas, liceos). Por lo antes mencionado, se alcanzan elevadas coberturas de vacunación.

OBJETIVOS

Caracterizar el perfil de la población de casos notificados de varicela al Departamento de Vigilancia en Salud del Ministerio de Salud Pública (M.S.P.) durante el período prevacunal y a los diez años de la inclusión de la vacuna en Uruguay.

METODOLOGÍA

Se realizó el análisis descriptivo de las notificaciones de los casos de varicela que recibe el departamento de vigilancia en salud del M.S.P. a través del formulario de notificación obligatoria desde los efectores de salud de todo el país en el periodo 1990 a 2010.

Los datos fueron analizados en excel 2009 y Epi-DAT 3.1.

RESULTADOS

El total de casos de varicela notificados en el periodo analizado fue de 66.589. La tasa anual de notificación disminuyó luego de la implementación de la vacuna, pasando 185.12 / 100.000 h. en el año 1989 a 18.32 / 100.000 en el 2010.

En el corredor endémico y en la curva epidémica se observa el comportamiento estacionario pero dentro de las zonas de seguridad y éxito. Al comparar las curvas de presentación de casos en los diferentes grupos de edades, se observa una leve tendencia a las presentaciones en mayores de 10 años.

CONCLUSIONES

Diez años luego de la incorporación de la vacuna, observamos una reducción de 10 veces en la tasa de notificaciones al compararlo con el periodo pre-vacunal.

La enfermedad continua siendo endémica con una tendencia estacional predominante en el invierno y en primavera.

Desde 1999 se ha observado una disminución en el número de notificaciones de casos de varicela y una disminución en el número de

[1] Departamento de Vigilancia en Salud-MSP. abalsamo@higiene.edu.uy
[2] División Epidemiología-MSP.

casos en el grupo menor de 10 años, lo cual es esperable dada su condición de vacunado.

La incidencia de las complicaciones es baja.

Es imprescindible optimizar la vigilancia epidemiológica, en especial con seguimiento de los casos que requieren internación, entre otros aspectos para decidir eventuales cambios en las estrategias vacunales.

Palabras clave: varicela, vacunas, epidemiología.

Sobrecarga en cuidadores de pacientes postrados inscritos en un programa de atención

AGUILERA V., NANCY[1], ANICH E., CHRISTOPHER[1] VIDAL L., NATALIE[1], LEIVA D., JAVIERA[1] COFRÉ L., FRANCISCO[1] y CASTILLO T., CARMEN[2]

INTRODUCCIÓN

La tendencia epidemiológica actual en nuestro país, en definitiva, apunta hacia una población más envejecida y con mayor riesgo de inmovilidad y postración. Considerando este escenario, se han implementado los "Programas de cuidados domiciliarios de personas que sufren de discapacidad severa". El paciente dependiente severo y postrado depende en gran medida de la asistencia de otra persona, el cuidador principal. Pero, asumir el rol de cuidador no es inocuo. Es posible desarrollar un fenómeno de "sobrecarga" por la tarea asumida que tiene repercusiones en la salud mental, social y física del cuidador. Este fenómeno se caracteriza por 1) desatención de la propia salud, proyecto vital y vida social; 2) deterioro familiar, relacionadas a dinámicas culposas, rabiosas y manipulatorias; 3) ansiedad o frustración por falta de preparación y conocimiento técnico en el cuidado de pacientes dependientes. El instrumento más ampliamente utilizado para evaluar dicho fenómeno es la Escala de Zarit.

OBJETIVOS

Determinar el nivel de sobrecarga y describir las características sociodemográficas de cuidadores de pacientes dependientes severos y postrados inscritos en el Programa de Atención Domiciliaria del Centro de Salud Familiar de la comuna de Santa María, durante febrero del 2011.

METODOLOGÍA

Se llevó a cabo un estudio descriptivo de tipo transversal. Se trabajó con 45 cuidadores que cumplieron con los criterios de inclusión. La recolección de datos se llevó a cabo mediante visitas domiciliarias, en las cuales se entrevistó al cuidador aplicándosele un con-

[1] Interno de Medicina. Universidad de Valparaíso. nancy.aguilerav@alumnos.uv.cl
[2] Cesfam Dr. Jorge Ahumada Lemus. Sta. María.

sentimiento informado; un cuestionario para indagar en variables sociodemográficas y características del rol de cuidador y la Escala de Zarit para determinar el nivel de sobrecarga.

RESULTADOS

Un 93,3% (42 casos) de los cuidadores era de sexo femenino, mientras que un 62,3% (28 casos) de los cuidadores tenía una edad igual o superior a 60 años. Respecto del parentesco un 28,9% (13) de los cuidadores era hijos de los pacientes, un 24,4% (11) cónyuges y un 20% (9) padres. Otras relaciones de parentesco resultaron menos frecuentes. El promedio de tiempo de cuidado para los cuidadores evaluados fue de 15,31 años. El estudio mostró que un 68,9% (31) de los cuidadores cuenta con el apoyo de un cuidador secundario y que un 31,1% no cuenta con ese apoyo. También se observó que un 95,6% (43) de los cuidadores vivía con el paciente en el mismo domicilio y que sólo un 4,4% vivía separadamente de éste. Un 11,1% (5) de los cuidadores tenía a su cargo también a otro paciente discapacitado y/o postrado. En cuanto al nivel de sobrecarga, un 40% (18) de los cuidadores experimentó sobrecarga Intensa, un 28,9% (13) sobrecarga leve y un 31,1% (14) no tuvo sobrecarga. El promedio de puntaje obtenido en la escala de Zarit en los cuidadores participantes fue de 53,6 puntos.

CONCLUSIONES

Los cuidadores sufren un estrés constante por el hecho de cumplir con sus labores de cuidado y, en general, no tienen tiempo suficiente para preocuparse de su propia salud. Dicho fenómeno de sobrecarga fue evidenciable en los cuidadores que participaron de este estudio. El cuidador es el factor más importante en la salud del paciente dependiente severo y postrado, y es importante estar trabajando constantemente en su salud para mejorar la calidad de vida tanto de él como de su enfermo a cargo.

Palabras clave: sobrecarga, cuidadores, postrados.

Supervivencia relativa en cáncer gástrico 2000-2005, Registro Poblacional de cáncer Valdivia

HEISE M. KATY[(1)], BERTRÁN V. MARÍA E[(2)], JOFRÉ S. ANA M[(3)] y VARGAS G SOLANGE[(1)]

INTRODUCCIÓN

Según el informe 2006-2008 del Registro Poblacional de Cáncer de Valdivia (RPCV), el cáncer gástrico (CG) sigue siendo el segundo de mayor incidencia en hombres y cuarto en mujeres, así mismo se ha demostrado una baja supervivencia específica a 5 años, que para la cohorte 1998-2002 fue 10.6%, excluidos los casos "Solo certificado de defunción" (SCD). Siendo importante la medición puntual de este indicador, en salud pública es

(1) Unidad de Epidemiología. Hospital Clínico Regional Valdivia. katy.heise@redsalud.gov.cl
(2) Dirección Hospital Clínico. Regional Valdivia.
(3) Seremi de Salud Los Ríos.

necesario conocer su evolución en el tiempo, por ello se estimará la supervivencia relativa (SR) en la cohorte de casos ingresados al RPCV entre los años 2000-2005

OBJETIVOS

Estimar la SR a 5 años en CG, en residentes de la Región de Los Ríos diagnosticados en el periodo 2000-2005, comparando según edad, sexo y trienios, 1998-2002 (T1) y 2003-2005 (T2).

METODOLOGÍA

Estudio observacional de cohorte retrospectiva incluyendo 533 casos del RPCV, diagnosticados entre el 2000-05. La SR es la razón entre la supervivencia observada (SO) de los casos y la supervivencia esperada (SE) para un grupo comparable a ellos, en edad, sexo y residencia. La SE se estimó según método de Ederer II y los cálculos se realizaron según algoritmo "strs" para Stata, que utiliza tablas actuariales para SO y SE, obteniéndose SR específica por grupos de edad y SR estandarizada por edad según método de Brenner y población estándar europea de cáncer, para SR global y por sexo. El exceso de riesgo relativo (RER) se estimó con modelo lineal generalizado (GLM) y distribución de poisson. Se excluyeron los segundos primarios, excepto piel no melanoma y los casos SCD

RESULTADOS

Se logró seguimiento del 98% de los casos, encontrándose fallecidos el 88% del total. 262 casos pertenecían a T1 y 271 a T2; 69% eran hombres (367); 31% mujeres (166); 21,4% eran menores de 55 años, 64,9% tenía entre 55 y 79 años, 13,7% era mayor de 80 años, sin diferencias por edad y sexo según trienio.

La SR a 5 años en T1 fue: 10,9% (95%IC 7,3-15,6) global, 10,5%(95%IC 6,3-16) en hombres, 13,3% (95%IC 6,5-22,8) en mujeres; 19,5% (95%IC 10,4-30,7) en < 55 años, 9,8% (95%IC 5,6-15,4) entre 55 y 79 años y 5,3% (95%IC 0,4-23,3) en mayores de 80 años.

En T2 la SR fue: 24,5% (95%IC 19-30,5) global; 21,0% (95%IC 14,8-28,2%) en hombres, 31,9% (95%IC 21,8-42,8) en mujeres; 35,3% (95%IC 22,9-48) en < 55 años, 23,6% (95%IC 17-31,1) entre 55 y 79 años y 10,2% (95%IC 1,8-29,5) en mayores de 80 años.

Al considerar las variables edad, sexo y trienio, se observó un mayor RER en el grupo de 80 y más respecto de los menores de 55 años de 1,8 (95%IC 1,3- 2,6) y menor RER en la cohorte diagnosticada en T2, respecto a T1, de 0,82 (95%IC 0,60- 0,89), ambos con $p< 0,05$, en tanto no hubo diferencias significativas según sexo.

CONCLUSIONES

Se evidenció un aumento de la SR a 5 años en residentes de la Región de Los Ríos con diagnóstico de CG entre los años 2003-2005 en comparación a la cohorte del trienio 1998-2002, siendo las mujeres y los menores de 79 años, quienes más aumentan su sobrevida. Al ajustar por edad, sexo y trienio diagnóstico, se comprueba un mayor exceso de riesgo a mayor edad, y menor RER en la cohorte del trienio 2000-2003 cuyas causas requieren investigarse.

Palabras clave: supervivencia relativa, cáncer gástrico, registro poblacional de cáncer.

Tasas de incidencia de melanoma maligno en Santiago, Chile, 1992-2007

ZEMELMAN D., VIVIANA[1], ESPINOZA P. MIGUEL[2], GAJARDO G., CONSTANZA[3], RAMÍREZ R., CONSTANZA[3], FELDMAN F., MARCOS[3] y AEDO S., ALBERTO[3]

INTRODUCCIÓN

La incidencia del melanoma maligno (MM) ha aumentado en población caucásica en las últimas décadas.

OBJETIVOS

Analizar las tasas de incidencia del MM en cuatro hospitales públicos de Santiago, Chile en período 2005-2007 y compararlas con período 1992-2001.

Analizar variables clínicas y demográficas de los pacientes con MM entre ambos períodos.

METODOLOGÍA

Se revisaron informes histológicos de cuatro hospitales. Los hospitales cubren una población total aproximada de 2.470.000 habitantes (40% de la población total de Santiago y un 15.5% de la población total de Chile). Se registraron los datos de cada MM en una base excel. Se aplicó una regresión lineal simple para el análisis de las tasas y el test de Chi cuadrado para el análisis de variables.

RESULTADOS

Edad Promedio del MM en ambos períodos

No se observan diferencias significativas ($p>0.05$) en la edad promedio entre mujeres y varones. No se observan diferencias significativas ($p>0.05$) en la edad promedio del MM a lo largo de período estudiado (1992-2007).

Porcentaje de MM facial en ambos períodos

No se observaron diferencias significativas en el porcentaje de MM faciales entre ambos períodos tanto en varones como en mujeres ($p>0.05$).

Tasa de incidencia de MM en ambos períodos

Las tasas de MM fluctuaron entre 1.8 y 3.9 /100.000hbts en la década estudiada (1992-2001), con un máximo en el año 1995 (3.9 /100.000). Analizando todo el período de 15 años, y ajustando estadísticamente las fluctuaciones, se observa una leve disminución de la pendiente del MM en el año 2007 con respecto al año 1992 (15.13%).

CONCLUSIONES

No se observaron diferencias significativas en la edad promedio y el porcentaje de MM faciales entre ambos períodos. Las tasas de melanoma maligno en población pública de Chile se mantienen menores que 3/ 100.000 habitantes hasta el año 2007. Estas tasas son más bajas que las observadas en población caucásica de países como Australia, EEUU, Inglaterra y países europeos nórdicos.

Palabras clave: melanoma, Santiago.

[1] Departamento de Dermatología. Hospital Clínico. Universidad de Chile. vzemelma@redclinicauchile.cl
[2] Becado Dermatología. Hospital Clínico. Universidad de Chile.
[3] Interno de Medicina. Universidad de Chile.

Tendencia de mortalidad por causa externas en Argentina, 2000-2009

ACOSTA LAURA DÉBORA [1], VILLACÉ BELÉN[1], LÓPEZ DE NEIRA JOSEFINA[1], BELLA MÓNICA[1], BURRONE SOLEDAD[1], LUCCHESE MARCELA[1], GALLO VERÓNICA[1], ENDERS JULIO[1] y FERNÁNDEZ RUTH[1]

INTRODUCCIÓN

Las causas externas de morbimortalidad pueden ser accidentales o intencionales, las últimas incluyen las lesiones accidentales, el suicidio y los actos de violencia y representan una proporción cada vez mayor de mortalidad, sobre todo entre los adultos jóvenes económicamente productivos.

OBJETIVOS

Analizar la tendencia de mortalidad causas externas (CE) en la población argentina en el período 2000-2009.

METODOLOGÍA

Los datos fueron obtenidos de los Anuarios de Estadísticas Vitales de Información Básica de la Dirección de Estadística e Información de Salud del Ministerio de Salud de la Nación.

Se analizaron todas las causas de mortalidad por CE, lo que incluye los códigos de CIE-10 desde el V01-Y98 correspondiente al capítulo de CE de mortalidad. Para su análisis se agruparon en accidentes de transporte, otros accidentes, agresiones, suicidios y otras causas externas de mortalidad.

Para el análisis de la mortalidad por CE por edades se agrupó la población en: de 0-9, 10-24, 25-64 años y de 65 años y más. Para cada uno de los años en estudio se calcularon las tasas específicas de mortalidad por CE por 100.000 habitantes.

La comparación estadística de las tendencias según el grupo de edad y el sexo se llevó a cabo mediante análisis de regresión lineal, considerando una $p<0,05$.

RESULTADOS

La tasa de mortalidad por CE fue de 52,30/0000 en 2000 a 46,90/0000 en 2009, con un predominio de otros accidentes. Los varones presentaron mayor tasa de mortalidad por CE.

Según grupo de edad y sexo se observó que: en el grupo de 0-9 años en ambos sexos el predominio fue otros accidentes; en el grupo de 10-24 en mujeres se observaron mayores valores de tasas de suicidios, accidentes de transporte y otros accidentes; en el grupo de 25-64 en mujeres disminuyen suicidios y agresiones y se incrementan accidentes de transporte, otros accidentes y otras causas externas de mortalidad; en el grupo de 25-64 en varones, se observan valores elevados de accidentes de transporte, seguido de otros accidentes. En los de 65 años y más en ambos sexos se observan mayores tasas de mortalidad por otros accidentes.

La regresión lineal mostró un incremento en los accidentes de transporte en varones y una disminución en el registro de muerte por agresiones en mujeres ($p<0,05$).

CONCLUSIONES

Los cambios de las tasas se expresan en

[1] Escuela de Salud Pública. Facultad de Ciencias Médicas.Universidad Nacional de Córdoba. laudeac@hotrmail.com

función de los grupos analizados. Las muertes por accidentes de transporte en ambos sexos en la edad productiva coinciden con la problemática social. Algunas tendencias sugieren la necesidad de analizar la calidad de los registros.

Palabras clave: mortalidad, causas externas, tendencia.

Tendencias de mortalidad por los principales tipos de cáncer en Chile

BAHAMONDE H., CRISTIAN[1] y STUARDO A., VALERIA[2]

INTRODUCCIÓN

El cáncer es una de las principales causas de mortalidad en el mundo, después de las cardiovasculares y las enfermedades infecciosas parasitarias, abarcando el 13% del total de las defunciones. En Chile el cáncer es la segunda causa de muerte después de las enfermedades cardiovasculares, representando casi el 25% del total de fallecimientos.

OBJETIVOS

El propósito del trabajo fue analizar las tendencias de mortalidad en una selección de los siete cánceres que provocan mayor mortalidad en Chile, desde los registros más antiguos disponibles hasta los más recientes para cada tipo.

METODOLOGÍA

Se realizó un estudio ecológico, con información estadística obtenida de la International Agency for Research on Cancer (IARC) y del Departamento de Estadísticas e Información del Ministerio de Salud de Chile (Deis), referente a las tasas de mortalidad estandarizada por edad para los siete cánceres que provocan mayor mortalidad en ambos sexos. En hombres los cánceres gástrico, pulmonar, prostático, colorrectal, vesicular, hepático y pancreático; en mujeres los cánceres vesicular, mamario, gástrico, pulmonar, colorrectal, cervicouterino y pancreático. El análisis estadístico se realizó mediante el programa excel 2003.

RESULTADOS

En la actualidad en Chile el cáncer gástrico es el que provoca mayor mortalidad en hombres con una tasa de 23,1 por 100 mil hombres y afecta principalmente a los mayores de 50 años. El cáncer vesicular es el que provoca mayor mortalidad en mujeres alcanzando una tasa de 11,5 por 100 mil mujeres. Este cáncer afecta principalmente a las mujeres mayores de 45 años.

La tendencia de las tasas de mortalidad por cáncer (todos los tipos) en Chile es hacia un leve descenso. Los cánceres que presentan tendencias de mortalidad ascendentes son el pulmonar femenino, prostático, colorrectal en ambos sexos, hepático masculino y pancreático en ambos sexos. El que presenta tendencia de mortalidad estable es el vesicular para ambos sexos. Los que presentan tendencias

[1] Programa de Formación de Especialista Médicos en Salud Pública. Escuela de Salud Pública, Universidad de Chile. cristianbahamonde@email.com
[2] Escuela de Salud Pública. Facultad de Medicina. Universidad de Chile.

de mortalidad descendentes son el mamario, cervicouterino, gástrico para ambos sexos y el pulmonar masculino.

CONCLUSIONES

En la actualidad en Chile el cáncer gástrico es el que provoca mayor mortalidad en hombres con una tasa de 23,1 por 100 mil hombres y afecta principalmente a los mayores de 50 años. El cáncer vesicular es el que provoca mayor mortalidad en mujeres alcanzando una tasa de 11,5 por 100 mil mujeres. Este cáncer afecta principalmente a las mujeres mayores de 45 años.

La tendencia de las tasas de mortalidad por cáncer (todos los tipos) en Chile es hacia un leve descenso. Los cánceres que presentan tendencias de mortalidad ascendentes son el pulmonar femenino, prostático, colorrectal en ambos sexos, hepático masculino y pancreático en ambos sexos. El que presenta tendencia de mortalidad estable es el vesicular para ambos sexos. Los que presentan tendencias de mortalidad descendentes son el mamario, cervicouterino, gástrico para ambos sexos y el pulmonar masculino.

Palabras clave: cáncer, mortalidad, Chile, tendencias.

Variación de estado nutricional en 2 cohortes de pacientes medidos por examen de medicina preventiva

SÁNCHEZ C., RICARDO[1], ROZAS H., JUAN[2] RIQUELME T., PABLO[2] y GONZÁLEZ V., PABLO[3]

INTRODUCCIÓN

Las enfermedades cardiovasculares constituyen la principal causa de muerte en nuestro país. La última encuesta nacional de salud así lo confirma, como así también demuestra altos niveles de malnutrición por exceso en nuestra población. El aumento de las enfermedades asociadas a malnutrición por exceso causará estragos a mediano plazo si no detenemos la epidemia de la obesidad.

OBJETIVOS

El objetivo del presente trabajo es analizar el estado nutricional de 2 cohortes de pacientes medidos por EMP.

METODOLOGÍA

Se analizaron los resúmenes estadísticos (REM) 2009 y 2010 del Cesfam Bahía Mansa, respecto a los exámenes de medicina preventiva (EMP) del REM 2. En programa excel se graficó por sexo y año las cohortes de pacientes.

RESULTADOS

A un total de 454 personas (mujeres 267 y hombres 157) se les aplicó el EMP el año 2009 y a 372 (175 mujeres y 197 hombres) el año 2010. Un 37,0% de los pacientes fue obeso el 2009, versus un 31,4% el 2010. El 2009 un 34,3% de los evaluados presentó sobrepeso, versus un 37,3% el 2010. La proporción de

[1] Médico EDF Bahía Mansa. ricardosanchezcastillo@hotmail.com
[2] Alumnos Medicina Universidad de Chile.
[3] Autoridad Sanitaria. Becario Conycit.

hombres con sobrepeso aumentó importantemente (6,9%), y la de obesidad en mujeres se redujo (2,8%) el año 2010. Un 71% el 2009, y un 68% el 2010, presentó malnutrición por exceso.

CONCLUSIONES

Más de dos tercios de los evaluados presentan malnutrición por exceso, lo que condicionará una alta carga de enfermedades cardiovasculares en el futuro. Las mujeres concentran los mayores porcentajes de obesidad; no obstante no hay una tendencia clara en cuanto al sobrepeso respecto a distribución por sexo.

Palabras clave: REM, obesidad, sobrepeso, preventiva.

Vigilancia epidemiológica de la diabetes mellitus tipo 2 en Chile

ROSSO C., FABIOLA[1], VALLEBUONA S., CLELIA[1], ALFARO M., TANIA[1], VICUÑA P., PILAR[1] y DÍAZ S., NORA[1]

INTRODUCCIÓN

Chile presenta un incremento sostenido de las enfermedades no transmisibles, debido al cambio del perfil demográfico hacia una población envejecida. En este escenario el Ministerio de Salud definió un modelo para la vigilancia de las enfermedades no transmisibles, denominada Vent, basada en las etapas de la historia natural de la enfermedad, que fue incorporado también por los países del Mercosur para su vigilancia. Dentro del marco de Vent se inserta la vigilancia de la diabetes mellitus tipo 2 para Chile y se presenta el primer reporte nacional.

OBJETIVOS

Describir la situación la diabetes tipo 2 en Chile encontrada en la vigilancia epidemiológica, según el modelo Vent.

METODOLOGÍA

Estudio analítico descriptivo en base a fuentes secundarias de información: Factores de riesgo: Encuesta Nacional de Salud 2009 -2010 (ENS), Encuesta de Calidad de Vida y Salud 2006 (Encavi), con cálculo de prevalencias, medias poblacionales, y pruebas estadísticas para significancia; fase clínica: ENS, cálculo de prevalencias y pruebas estadísticas Ji-cuadrado para la significancia; desenlace: Registro de defunciones en base códigos CIE10, cálculo de años de vida potencialmente perdidos (AVPP) en menores de 70 años y complicaciones asociadas a la diabetes mellitus tipo 2 en base a códigos CIE - 10.

RESULTADOS

En los factores de riesgo se observa que la media poblacional de glicemia es 93,4 mg, sig-

[1] Departamento de Epidemiología, Ministerio de Salud frosso@minsal.cl

nificativamente más alto (92,1 - 94,6) que los estándares OMS (88mg), sin diferencias significativas por sexo, aunque sí por edad, donde el único grupo con promedio significativamente más bajo es el de 15 y 24 años (84,3mg). El sobrepeso (IMC mayor a 25 y menor de 30 kg/mt2) bordea el 40%, siendo significativamente mayor en hombres que mujeres, con 45,3% y 33,6%, respectivamente, en cambio, la obesidad (IMC >30 kg/mt2), en mujeres es significativamente mayor que en hombres, alcanzando un 30,7% y 19,2%, respectivamente. Además, la obesidad presenta una tendencia significativa ascendente con el grupo etario hasta los 64 años. En la fase clínica, la prevalencia diabetes tipo 2 (glicemia en ayuna mayor o igual a 126mg%) es de 9,4%, sin diferencias significativas por sexo, aunque sí por edad y con diferencias significativas en menos de 8 años de estudio. En la fase desenlace, la mortalidad el 2009 fue 18,28 por 100.000 habitantes, y el AVPP (80 años) fue de 158,9. Las complicaciones asociadas a la diabetes tipo 2, como coma y cetoacidosis llegan a 1,2 por 100.0000 egresos hospitalarios.

CONCLUSIONES

La definición e implementación de la Vent para Chile es un gran avance, lo cual permite contar con información confiable nacional, la cual también está siendo desarrollada en las Autoridades Sanitarias del país y los países del Mercosur. Por otra parte, la priorización de la diabetes mellitus tipo 2 en la Vent, permite contar con sus información fundamental para la reorientación de las políticas públicas y acciones sanitarias, así como para contar con una línea base que permita proyecciones en el futuro.

Palabras clave: Diabetes mellitus tipo 2, vigilancia, enfermedades no transmisibles.

Vigilancia epidemiológica de virus respiratorio sincicial, Región Metropolitana, 2002-2011

BERMÚDEZ F. ANDREA[1] y DÍAZ JANEPSY TITO[1]

INTRODUCCIÓN

Este año el virus respiratorio sincicial (VRS) emergió clínicamente en la semana epidemiológica 16, casi dos meses antes que el 2010. Este escenario genera una fuerte presión por demanda de camas básicas y críticas en los servicios hospitalarios.

OBJETIVOS

Conocer la epidemiología de la infección por virus respiratorio sincicial a nivel ambulatorio y hospitalario y construir el canal endémico para el mismo virus.

METODOLOGÍA

Análisis descriptivo de los datos reportados de Virus respiratorio sincicial en la Región Metropolitana detectados por centros de la Red de Vigilancia de Virus Respiratorios, como base para un análisis predictivo ulterior.

RESULTADOS

Se realizó un análisis de la vigilancia desde el año 2002 al 2011 de VRS, tanto ambulatoria como hospitalaria. Se construyó el canal endémico por semana epidemiológica para VRS en

[1] Instituto de Salud Pública de Chile. abermudez@ispch.cl

Región Metropolitana. Se observa que la presentación del VRS en el presente año es comparable a lo registrado en 2004.

CONCLUSIONES

Es importante mantener la vigilancia, ampliar la pesquisa de los casos, aplicar el protocolo de vigilancia establecido y mantener la construcción del canal endémico permite dar alertas sanitarias tempranas para un brote de VRS.

Palabras clave: virus respiratorio sincicial, vigilancia, canal endémico.

AIEPI móvil: educación móvil continua para agentes comunitarios de salud

ZOLTNER JOHN [1], URBANO CARLOS [2], DÁVILA MIGUEL [3] y DRASBEK CHRISTOPHER [4]

INTRODUCCIÓN

Ninguna tecnología ha tenido un nivel de penetración tan espectacular en América Latina como lo ha tenido la telefonía móvil, superando en uso a la telefonía fija. Muchos de los teléfonos de uso común en latinoamérica tienen mejor memoria y CPU que las computadoras de escritorio de hace 3 años. Esto significa que la telefonía móvil lleva en sí misma una revolución informática móvil, que permite el acceso a la tecnología y a la información, y a Internet para una gran cantidad de personas que no tiene acceso a noticias y otras informaciones. Además, es una de las tecnologías que ofrece los mayores niveles de innovación actualmente, es por ello que se transforma en una herramienta potente para mejorar los niveles de desarrollo de los países de la región.

En estudios recientes hechos por el BID sobre el uso de la tecnología móvil en la salud, se ha demostrado que puede mejorar la calidad y el acceso a la atención médica en los países en desarrollo. Esto es de vital importancia ya que la tecnología móvil se transforma en un factor esencial para el desarrollo social y la transformación económica, donde la información es vital para el desarrollo. Es por ello que la tecnología móvil puede ofrecer miradas innovadoras para abordar problemáticas, como se propone en este caso, la capacitación continua de trabajadores de la salud mediante el envío de mensajes de texto SMS (tecnología flexible, barata y accesible desde todo tipo de teléfonos), que permitirá la lectura de mensajes clave relacionados a su capacitación, con el objeto de reforzar los contenidos de su formación.

OBJETIVO

El trabajo tiene como objetivo mostrar que el envío de mensajes de texto con contenidos validados sobre salud, en base a los contenidos de una capacitación presencial, es una alternativa eficiente para mejorar la capacitación de agentes comunitarios, grupo objetivo importante para la ejecución de la estrategia Aiepi en Perú.

METODOLOGÍA

El trabajo describe esta experiencia para mejorar la retención de conocimientos y habilidades de los trabajadores de salud a través del refuerzo rutinario con mensajes de texto claves sobre los contenidos de la capacitación en temas de salud. Para ello se llevó a cabo un estudio prospectivo, descriptivo, observacional. Se identificó a agentes comunitarios de salud, adecuadamente organizados y operativos, en la provincia de Huari y distrito de San Marcos (Ancash) en Perú, a los que se les capacitó durante dos días en temas de Aiepi comunitario. Luego, se realizó la validación de los mensajes de texto mediante grupos focales; los mensajes de texto los recibieron durante tres meses. Los mensajes de texto fueron redactados teniendo en cuenta aspectos generales y específicos de la capacitación, para dos grupos diferentes (grupo de intervención y control). Luego

[1] The Zoltner Consulting Group/DataDyne.org. zoltner@zoltner.com
[2] Hospital del Niño. Perú.
[3] Organización Panamericana de la Salud. Perú.
[4] Organización Panamericana de la Salud. Washington.

de recibir durante tres meses los mensajes de texto se les tomó una prueba en relación a los contenidos de la capacitación y los mensajes de texto recibidos.

RESULTADOS

Los resultados apuntan a que en relación al post test y a la prueba de salida, el grupo control tanto en Huari como en San Marcos tuvo una diferencia de -2 puntos; el grupo de intervención tuvo una diferencia de –0.25 y –0.30 en Huari y San Marcos, respectivamente. La conclusión de este trabajo apunta a que los Agentes Comunitarios de Salud que recibieron mensajes de texto con contenidos específicos tuvieron una mejor retención de los contenidos que aquellos que recibieron mensajes generales.

Palabras clave: m-salud, Aiepi, SMS, Agente comunitario, formación continua.

A por las huellas del olvido: Hugo Behm Rosas

BEHM A. INGRID [1], CARVAJAL B. YURI [2] y VIVACETA D LA F. ANÍBAL [3]

INTRODUCCIÓN

El itinerario intelectual de Hugo Behm Rosas constituye un territorio de valiosas lecciones para una reflexión sobre la salud pública nacional. Tisiólogo, demografista, matemático, Director de la Escuela de Salud Pública (1968-1973), preso político, exiliado, su producción en artículos y libros es una verdadera cartografía de la disciplina durante casi medio siglo.

Este trabajo estudia cuatro hitos de su producción, explorando las articulaciones e implicancias de su reflexión:

Tesis de Prueba: Tratamiento de la Tuberculosis Pulmonar Infantil mediante el Neumotórax Artificial (1936)

Tuberculosis of Trachea and Major Bronchi (1948)

Mortalidad infantil y nivel de vida (1962)

Las desigualdades sociales ante la muerte en América Latina (1992)

A través del examen de las propuestas teóricas, de sus interlocuciones y de sus aperturas metodológicas, se pesquisan puntos claves como:

El papel de las tecnologías en salud y de las controversias técnicas.

La importancia de la matematización y estandarización en la construcción de conocimiento científico.

La articulación de la salud pública como un campo bifronte de ciencia y política.

Los desafíos teóricos para un abordaje de "las desigualdades sociales ante la muerte".

OBJETIVOS

Objetivo general

Realizar una cartografía del itinerario intelectual de Hugo Behm Rosas a través de cuatro textos centrales de su producción científica.

Objetivos específicos

- Identificar controversias en desarrollo en los textos estudiados.

[1] Psicóloga. ibehma@gmail.com
[2] Escuela Salud Pública. Facultad de Medicina. Universidad de Chile.
[3] Becario Conycit. Magister (c) Salud Pública. Escuela Salud Pública. Universidad de Chile.

- Realizar un mapa conceptual de los actantes involucrados.
- Proponer un marco de lectura de esas controversias.

METODOLOGÍA

Se estudian los textos y se realiza una cartografía (ver www.demosciences.org) de las controversias de acuerdo a la Actor Network Theory (ANT).

RESULTADOS

Los cuatro aspectos identificados como claves involucran problemas esenciales de la salud pública: objetos técnicos, cientificidad, vinculación con política y desigualdades. En las cuatro dimensiones escogidas aparecen propuestas originales y controversias multipolares.

Las controversias desplegadas en los textos estudiados sugieren que ellas no constituyen polémicas recientes y que propuestas relevantes pueden ser rastreadas en textos considerados usualmente extemporáneos.

CONCLUSIONES

Las controversias desplegadas en los textos estudiados sugieren que ellas no constituyen polémicas recientes y que propuestas relevantes pueden ser rastreadas en textos considerados usualmente extemporáneos.

Palabras clave: controversias, Hugo Behm, salud pública.

A quién y cómo apoya la Red Protege

ARCOS ESTELA[1], MUÑOZ LUZ ANGÉLICA[1], SÁNCHEZ XIMENA[2], VOLLRATH ANTONIA[1], LATORRE CARLA[1], BONATTI CARLA[1] y JÁUREGUI JOSSELINE[3]

INTRODUCCIÓN

Chile es señalado como el país con mayor desigualdad que determina condiciones de pobreza dura donde muchas personas, familias y hogares no disponen del acceso suficiente a recursos y estrategias que les permita afrontar sus necesidades básicas. Como una forma de compensar la inequidad y desigualdad social, se han implementado políticas públicas sociales para proteger integralmente a la población que vive en contextos sociales vulnerables.

OBJETIVOS

Caracterizar la efectividad de la transferencia de prestaciones sociales de la Red Protege a 1.514 familias que pertenecen al 40% más vulnerable en una comuna urbana de la Región Metropolitana.

METODOLOGÍA

Se realizó un estudio descriptivo no experimental, con la información disponible en Mi-

[1] Facultad de Enfermería. Universidad Andrés Bello. marcos@unab.cl
[2] Facultad de Ciencias Sociales. Universidad de Playa Ancha.
[3] Colaboradora del proyecto.

deplan del Sistema de Integrado de Información Social (SIS). La población fueron 1.514 familias, con una integrante mujer ingresada al Chile Crece Contigo el año 2009. Se utilizaron fuentes de datos secundaria innominada de la Ficha de primer control de la gestante, Ficha de Protección Social (FPS) y de prestaciones asociadas de la Red Protege. El procesamiento de datos se realizó con el programa SPSS y Excel. Se formalizó un compromiso de confidencialidad y secreto estadístico con Mideplan.

RESULTADOS

En las 1.514 familias estudiadas, la magnitud de vulnerabilidad social (VS) fue alta, porque el 91,4% logró puntajes ≤ 11.734 puntos en la FPS con 779 familias (51,4%) que presentaron la condición de "pobreza dura", menos de 4.213 puntos en la FPS. Se observó disparidades entre la detección de VS por percepción del profesional de salud que aplicó la encuesta del Primer Control de la Gestante (26,6%), por aplicación de la pauta de riesgo psicosocial (42%) y por aplicación de la FPS (91,4%). Las familias presentaron determinantes sociales adversos respecto a riesgo psicosocial, discapacidad, hacinamiento, relación de dependencia, inseguridad social, condiciones de precariedad laboral, económica y de habitabilidad de la vivienda, especialmente en familias con jefatura de hogar femenina. Sobre la efectividad de la transferencia de prestaciones, se encontró que para las "universales" sólo se contó con registros sobre entrega de la guía empezando a crecer y apoyo al desarrollo psicosocial, cuya efectividad fue 81% y 99,9%, respectivamente. Sobre prestaciones específicas, la base de datos no tenía registros y sobre prestaciones integradas se contó con información sobre el programa Puente, Chile Solidario y subsidio único familiar asociado a la gestación. Se observó que las prestaciones del programa Puente sólo favorecieron al 56% de las familias en extrema pobreza, donde 1 de cada 4 familias recibió el bono de egreso Chile Solidario, menos de un 20% recibió el bono de protección Chile Solidario, sólo un 0,7% utilizó el subsidio al agua potable y menos de un 40% recibió la pensión básica solidaria. La excepción fue el subsidio único familiar para gestantes que aplicaban, el 94,1% lo recibió.

CONCLUSIONES

La evaluación periódica de la política social, de sus acciones e intervenciones es fundamental en sociedades que tienen una alta desigualdad e inequidad social, porque se requiere saber la relación de efectividad existente entre la gestión pública y el problema que se pretende resolver.

Palabras clave: política social, vulnerabilidad, efectividad.

Abordaje cualitativo al acceso al programa de tuberculosis y sistema sanitario en inmigrantes en Santiago

GARCÍA C., CHRISTIAN[1], WALLENBURG, YOLANDA[2] y PEPPER, KAREN[2]

INTRODUCCIÓN

La tuberculosis sigue siendo un problema de salud pública en Chile. Se estima que causa 5 muertes a la semana y que cada día enferman 7 personas. A pesar de esto, Chile ha mantenido controlada la endemia y ha logrado mantener una reducción permanente de la incidencia. En el escenario actual es necesario identificar grupos de mayor riesgo y conocer sus dificultades para así proponer soluciones adecuadas. La OMS define como uno de los grupos de riesgo más importante los inmigrantes de países con endemia alta. En Santiago se ha podido identificar que los migrantes presentan 3 veces más riesgo de enfermar de tuberculosis, a pesar que representan el 8% de los casos. En la Región Metropolitana habitan 228.366 extranjeros, 26% pertenece a la comunidad peruana con 60.000 personas. Las condiciones sociales que encuentran los migrantes provenientes del Perú, asociado a la alta endemia de tuberculosis en el país de origen, permite establecer que son un grupo vulnerable, en el que se debe reforzar esfuerzos para diagnosticar y tratar la tuberculosis. Acceder a la percepción sobre esta enfermedad, problemas en el acceso y relación con el sistema sanitario podrían marcar el camino para facilitar el diagnóstico y tratamiento en los migrantes permitiendo el diseño de soluciones acorde a esa realidad.

OBJETIVOS

Describir las dificultades que encuentran en el acceso al sistema de salud y al programa de tuberculosis.

Conocer la percepción sobre la tuberculosis en migrantes peruanos.

METODOLOGÍA

El estudio se llevó a cabo entre diciembre y marzo del 2011 en Santiago, Chile.

Se realizaron 20 entrevistas con un formulario de preguntas abiertas a profesionales de la salud y del área social que trabajan con inmigrantes. Se entrevistó a migrantes peruanos usuarios del sistema de salud con y sin tuberculosis.

Se llevaron a cabo 2 focus group con migrantes peruanos usuarios y no usuarios del sistema de salud, separados por género.

RESULTADOS

Los profesionales piensan que el conocimiento sobre la tuberculosis es bajo, a pesar de que en los focus group se encontró que el conocimiento básico y más importante, como es la sintomatología principal (tos y disminución de peso), era de dominio de prácticamente todos los asistentes. A pesar de eso, no existiría conciencia sobre la tuberculosis y sus consecuencias tanto en migrantes como en los profesionales.

Los migrantes que trabajan encuentran dificultades para consultar, sea por permisos laborales o por el horario de atención, recurriendo a alternativas como automedicación o consultas privadas.

[1] Departamento de enfermedades transmisibles. Ministerio de Salud. chgarcia@minsal.cl
[2] Estudiante de Medicina de 5to año VU University. Amsterdam. Holanda.

El miedo a la discriminación, a ser deportados, ser tratados de mala manera y el estigma de la tuberculosis podrían estar influyendo en la búsqueda de alternativas de atención. La no posesión de una cédula de identidad es percibida como una dificultad importante para el acceso a prestaciones de salud, reflejado en la frase: "si no tienes un RUT, no existes".

CONCLUSIONES

Crear mayor conciencia sobre la tuberculosis en migrantes y en profesionales, de manera simultánea, estimularía al acceso. Podría disminuir la sensación de discriminación por parte de los pares y del personal de salud respecto a la tuberculosis, pero también evitar la percepción de los profesionales sobre el conocimiento de los migrantes respecto a la tuberculosis, lo que podría estar resultando hoy en día una brecha al acceso. Esta subestimación pudiese estar creando tensión entre consultante y proveedor, generando una barrera al acceso a la atención. Entendiendo que el programa de tuberculosis es gratuito sin importar la situación migratoria, debería reforzarse en los centros con afluencia de inmigrantes sobre estos puntos, con el fin de evitar la burocracia como la petición de la CI y los consecuentes retrasos diagnósticos, contagio de los cercanos y uso de tratamientos inadecuados. Las medidas preventivas y estudios de contacto se podrían realizar de manera más fácil.

Apoyar al migrante que trabaja para acceder y en el caso de tener tuberculosis, para poder terminar el tratamiento, ayudaría a la adherencia al tratamiento y a cortar de manera eficiente la cadena de transmisión.

Palabras clave: tuberculosis, inmigrantes, Perú, Santiago.

Análisis de costo-eficiencia entre hospitales públicos mediante DEA y diferencial de costo por GRD

SANTELICES C., EMILIO[1], AGUILERA C., ISMAEL[2], DELGADO S. MARÍA MAGDALENA[1], LUI M. CHRISTOPHER[1] y VALDÉS V., RAÚL[1]

INTRODUCCIÓN

Para establecer las mejores prácticas e identificar los impactos en la eficiencia hospitalaria se requiere contar con metodologías que permitan hacer una adecuada evaluación de esta. El análisis envolvente de datos utilizado para este propósito, pudiera complementarse con el conocimiento que aporta el uso de GRD y costeo de producción hospitalaria.

OBJETIVOS

Analizar al costo-eficiencia de seis hospitales públicos mediante DEA y diferencial de costo distribuido por GRD.

METODOLOGÍA

Data Envelopment Analysis (DEA) permite identificar la frontera eficiente entre aquellas

[1] Departamento Desarrollo Estratégico. Ministerio de Salud. esantelices@minsal.cl
[2] Departamento de Ingeniería Industrial. Facultad de Ciencias Físicas y Matemáticas. Universidad de Chile.

unidades con mejor relación entre inputs y outputs. DEA diferencia dos tipos de eficiencias: rendimiento a escala constantes (CRS) y, variables (VRS). En ambos tipos se identifica la cercanía porcentual a la frontera eficiente. Al resolver existen dos orientaciones: minimizando inputs o maximizando outputs.

En este estudio, la unidad será cada hospital, el input será el costo y el output será la cantidad de egresos. Además, la orientación será al input, pues se asume que los hospitales pretenden reducir sus gastos para atender a más pacientes.

En la segunda metodología se usan los Grupos Relacionados al Diagnóstico (GRD) que son una clasificación que reduce la casuística clínica e identifica el consumo relativo de recursos, llamados pesos relativos. En este segundo análisis de relación diferencial de costo por GRD, se identificará para un GRD la cantidad de veces en que el costo de un hospital está sobre el promedio de los hospitales de la muestra.

RESULTADOS

A partir de metodología DEA, se logra observar la eficiencia por hospital para cada tipo de rendimiento en el año 2010 (CRS1 y VRS1) y del periodo 2011 (CRS2 y VRS2).

Con estos resultados se obtuvo la correlación de los CRS para ambos periodos con un 81,2% y una significancia del 99,5%, análogamente para los VRS 79,4% y 99,3%, respectivamente. Del mismo modo, para los dos rendimientos a escala (CRS y VRS) en el periodo 2010 y 2011 con 95,2% y 89,7% de correlación, respectivamente, y un 99,9% de significancia en ambos casos.

A partir de la segunda metodología, se obtuvieron dos figuras que muestran el comportamiento de cada hospital. Definiendo un umbral mediante el decil de los egresos ponderados.

CONCLUSIONES

La aplicación de metodología DEA y diferencial de costos por GRD ha permitido establecer análisis comparado de eficiencia entre distintos hospitales. Ambas establecen resultados similares para la muestra analizada y sugieren que su aplicación puede constituirse en metodologías complementarias que permitirán evaluar los impactos de las medidas de intervención orientadas a mejorar los procesos hospitalarios.

Palabras clave: DEA, GRD, costo hospitalario, costo eficiencia, gestión en salud.

Análisis de la eficiencia técnica en la gestión hospitalaria 2011

SANTELICES C., EMILIO[1], ORMEÑO C. HÉCTOR[1], DELGADO S. MARÍA MAGDALENA[1], LUI M. CHRISTOPHER[1] y VALDÉS V., RAÚL[1]

INTRODUCCIÓN

El costo creciente de la salud, en particular aquel que se verifica en la atención hospitalaria, ha hecho necesario que los países pongan atención en el mejor uso de los recursos en esta área. Para ello, se ha avanzado en nuevos modelos de atención, gestión hospitalaria, administración de RRHH etc. Adicionalmente, se han incorporado metodologías de evaluación

[1] Departamento Desarrollo Estratégico. Ministerio de Salud. esantelices@minsal.cl

de eficiencia para conocer el impacto de las intervenciones. El análisis de la eficiencia se ha venido desarrollando desde los años 80 en diferentes industrias y más recientemente en los hospitales. Corresponde a la técnica Data Envelopment Analysis (Hollingsworth, 2008). En este trabajo aplicaremos dicha herramienta para analizar la eficiencia de los hospitales para el año 2011.

OBJETIVOS

Los objetivos del trabajo son evaluar la eficiencia técnica de los hospitales y determinar cuáles son los factores que influyen sobre dicha eficiencia.

METODOLOGÍA

Para evaluar la eficiencia de los hospitales se usa la técnica Data Envelopment Analysis (DEA), una herramienta no paramétrica y determinista, que consiste en estimar una frontera de eficiencia, para, posteriormente, obtener índices de eficiencia de cada unidad productiva. Como insumos de producción se usa la dotación de personal y la dotación de camas por establecimiento. Como productos se tienen los egresos hospitalarios. Esta definición de insumos y productos se encuentra dentro de las definiciones que una parte considerable de los estudios referentes a la eficiencia hospitalaria ha usado (Nayar y Ozcan, 2008; Linna et al., 2010; Hofmarcher et al., 2002). Posteriormente, a través del análisis econométrico se diseña un modelo donde la variable a explicar corresponde al índice de eficiencia estimado, y las variables explicativas a variables relacionadas al costo del hospital, variables de dotación y variables contextuales.

RESULTADOS

Suponiendo que todos los hospitales operan en una escala óptima, la eficiencia alcanza un promedio de 0.859, lo que indica que los hospitales podrían reducir los insumos de producción en un 14,1% y seguir produciendo la misma cantidad de egresos. Asumiendo retornos variables a escala, los niveles de ineficiencia disminuyen a 1,3%, lo que indica que uno de los problemas de los hospitales es que efectivamente no se encuentran operando a niveles óptimos de escala, o que en otras palabras, el modelo de gestión hospitalario es tal, que a medida que aumenta el tamaño del hospital, el retorno del aumento de un insumo específico decrece considerablemente. Entre los factores que explican la ineficiencia se encuentran el alto costo de los insumos de producción, especialmente los bienes y servicios, así como el actual modelo de gestión hospitalario.

CONCLUSIONES

Los resultados sugieren que existe un amplio margen de mejora en la eficiencia de los hospitales, principalmente relacionado a la gestión al interior de estos. Para esto es fundamental implementar programas de optimización de la gestión al interior de los hospitales. La literatura señala entre otros efectos, que la gestión de la atención medica reduce los días hospitalarios per cápita, disminuye el uso de procedimientos costosos, y disminuye la tasa de crecimiento de los costos de hospitalizados (Shen, 2003).

Palabras clave: hospital, Data Envelopment Analysis, eficiencia técnica.

Análisis descriptivo lista de espera odontológica Servicio de Salud Metropolitano Norte (SSMN), 2011

ABARCA B. ISABEL[1], BALIC R. IVÁN[1] y MUÑOZ M. ANDREA[2]

INTRODUCCIÓN

La atención odontológica en el sector público aborda a población priorizada por edad o condición, centrándose en menores de 20 años, embarazadas y adultos de 60, principalmente en atención primaria (APS). Frente a la derivación a atención especializada, se generan listas de espera. En el marco de la estrategia Registro Nacional de Listas de Espera (RNLE), el SSMN consolidó registro histórico espera por atención odontológica de especialidades. En una primera etapa se recogieron 14.903 casos, existiendo problemas de información importantes. Se desarrolla a la fecha un proceso de limpieza y actualización de la lista del espera que debería concluir durante 2011.

Superada una primera etapa de gestión de información y limpieza preliminar, se cuenta con 11.388 registros en condiciones de entregar información para su gestión.

OBJETIVOS

Analizar la composición, rango etario, especialidades y tiempos de espera de los beneficiarios de la red de salud del área norte de la Región Metropolitana, que se encuentran en el registro de lista de espera en la etapa de implementación del RNLE, a mayo del 2011.

METODOLOGÍA

Se construyó una base de datos en Excel, la cual se limpió a partir del análisis exploratorio de éstos. Una vez con el listado depurado, se realizó análisis descriptivo con software Stata 8.0. Se identifican a partir de análisis descriptivo, nodos críticos de la Lista de Espera Odontológica.

RESULTADOS

Del total de 11.388 casos, el 24,4% es menor de 15 años, 54,3% tiene entre 15-64 años y 21,3% es mayor de 65 años. El promedio de edad fue 39,3 años.

El 75,4% de los pacientes espera más de 1 año por atención y el 24,6% espera un año o menos, siendo la media de días de espera 675,2 días (1,8 años). Las especialidades con espera más prolongada son prótesis removible, periodoncia y prótesis fija.

Es el Hospital San José quien concentra las derivaciones (98,7%). De estos casos, destacan prótesis removible 34%, endodoncia 26,6%, periodoncia 13,5%, ortodoncia 13,4%.

En relación a la edad de los pacientes que esperan, la media de edad en prótesis removible es 63,3 años, 32 años para endodoncia, 10,4 años para ortodoncia y 6 años para odontopediatría.

CONCLUSIONES

La distribución por edad de la lista de espera muestra que se concentra en edades sin cobertura de atención en APS, salvo en Odontopediatría que aparece como media de atención los 6 años, edad con cobertura GES. Al mismo tiempo existen pacientes en espera de prótesis removible menores de 65 años, existiendo programas de resolutividad en APS. La lista de espera odontológica del SSMN recae en el Hos-

[1] Servicio de Salud Metropolitano Norte. Isabel.abarca@redsalud.gov.cl
[2] Facultad de Odontología. Universidad de Chile.

pital San José. La mayor proporción de casos (60,6%) espera por atención para rehabilitación con prótesis removible o fija y endodoncia.

Palabras clave: lista de espera, demanda odontológica de especialidades, espera de atención dental.

Ayudas técnicas en tres centros de salud de una comuna urbana de la Región Metropolitana

TAMAYO R., MAURO[1] y ALEITTE L., FERNANDA[1]

INTRODUCCIÓN

Chile enfrenta un proceso de envejecimiento acelerado. Actualmente, la población mayor de 65 años se aproxima al millón y medio de habitantes, y se espera un aumento significativo en los próximos años. Los adultos mayores autónomos y activos constituyen un capital social muy importante para los próximos decenios. El sistema de garantías explicitas en salud (GES) considera problemas prioritarios de salud.

OBJETIVOS

El objetivo de este estudio es evaluar el cumplimiento de la garantía de oportunidad en el programa GES de entrega de ayudas técnicas a personas de 65 años o más, en tres centros de salud de la comuna de Cerro Navia, Región Metropolitana.

METODOLOGÍA

El presente trabajo es un estudio no experimental de tipo descriptivo.

La muestra del estudio es censal y estuvo conformada por el número de prestaciones pertenecientes a la población de adultos mayores de 65 años o más, incorporados al programa y registrado en el Sistema de Información para la Gestión de las Garantías Explícitas de Salud (Sigges), entre el 1 de enero de 2007 hasta el 13 de enero de 2011. A partir de cada registro se recopiló un total de 929 prestaciones, de las cuales se obtuvieron 879 prestaciones válidas, pertenecientes a 843 adultos mayores. Según el tipo de AT a entregar, la muestra fue organizada en 2 grupos, el primero se constituye de aquellas con plazo de hasta 20 días (n=473) y el grupo 2 con plazo de hasta 90 días (n=406). Con estos datos, la muestra fue clasificada en tres estados:

- Cumplida: la prestación fue otorgada dentro de los plazos.
- Retrasada con Hito: la prestación fue otorgada fuera de los plazos.
- Retrasada sin Hito: aquella prestación que encontrándose vencidos los plazos, no fue entregada durante el tiempo de seguimiento.

Los datos fueron analizados con el programa SPSS 17.0 para Windows, con medida de frecuencia y $\chi 2$ para establecer diferencias con una significancia de $p<0.05$.

RESULTADOS

De las prestaciones que corresponden al grupo N°1, sólo el 45.7% ha sido entregada

[1] Línea de Gestión y Salud Pública. Escuela de Kinesiología. Facultad de Medicina. Universidad de Chile. mtamayo@med.uchile.cl

dentro de los plazos que establece GES, por lo tanto existe un 54.3% de prestaciones que no cumple con la garantía de oportunidad, de las cuales un 34.5% se clasifica como Retrasadas con Hito, y un 19.9% como Retrasadas sin Hito. Por su parte el grupo N° 2 presenta un porcentaje de cumplimiento de 68.7% del total de AT del grupo N°2. El porcentaje de retraso corresponde 31.3% el cual se distribuye en Retrasadas con Hito (16.8%) y Retrasadas sin Hito (14.5%).

CONCLUSIONES

En esta investigación debe significar especial preocupación que en el grupo de ayudas vinculadas a bastones, colchones y cojines en promedio, los diferentes centros, no son capaces de cumplir en los plazos establecidos en la Ley 19.864, ni siquiera para la mitad de las prestaciones.

Se observan mejores porcentajes de cumplimiento en la entrega de AT del grupo N°2, sillas de ruedas y bastones, en comparación con el grupo N°1, con una diferencia de 23% entre ellos. Esto es contradictorio al pensar que son ayudas técnicas de mayor costo con relación a los bastones, cojines y colchones antiescaras; sin embargo, se podría explicar al tener más plazos para la adquisición y gestión por parte de los servicios de salud.

Palabras clave: GES, garantía de oportunidad, ayudas técnicas, reforma de salud.

Barreras de acceso al examen de medicina preventiva en hombres entre 45 a 65 años

BRAVO Z., ANDREA[1]

INTRODUCCIÓN

Durante el año 2008 el Minsal inició un trabajo de revisión y rediseño con la perspectiva de los determinantes sociales de salud (DSS) y la equidad de los beneficios del Programa de Salud Cardiovascular (PSCV), ya que solo acceden mayoritariamente mujeres y personas de edad más avanzada.

El objetivo de realizar el rediseño del PSCV, es reducir las inequidades según sexo y edad en el acceso a los beneficios del programa, focalizando el Examen de Medicina Preventiva del Adulto (Empa) en aquellas poblaciones más vulnerables y que no acceden a los servicios preventivos en el nivel primario de atención.

Con el fin de identificar las barreras de acceso al EMP/PSCV y proponer e implementar cambios en la organización de los servicios, se planteó la realización de un cuestionario a hombres entre 45 a 64 años de edad que estén inscritos en el Cesfam Angachilla de la Comuna de Valdivia y a la vez no se hayan realizado el Empa.

OBJETIVOS

Identificar las barreras que influyen para acceder al EMP, en hombres entre 45 a 64 años

[1] Departamento de Promoción de Salud. Ministerio de Salud. andrea.bravo@minsal.cl

de edad, inscritos en Cesfam Angachilla de la comuna de Valdivia.

METODOLOGÍA

El estudio se realizó en usuarios del Cesfam Angachilla de Valdivia sin registros de EMP realizado. Se les aplicó un cuestionario de selección múltiple, compuesto por las siguientes dimensiones: caracterización del entrevistado, caracterización de vivienda e ingresos familiares y, por último, uso y percepción del sistema de salud.

RESULTADOS

El cuestionario fue completado por un total de 186 hombres entre 45 y 64 años de edad, inscritos en Cesfam Angachilla, con edad promedio de 52,9 años. El 74,2% con estado civil casado, el 15,5% pertenece a la etnia mapuche, el 47,7% trabaja de forma dependiente, con jornada laboral completa y el 66,1% refirió tener un ingreso bruto mensual menor o igual a $172.000.

En relación al conocimiento del EMP, sólo el 32% está al tanto en qué consiste.

No se encontraron diferencias estadísticamente significativas al analizar relación entre factores como edad, estado civil, etnia, entre otros y las personas sin EMP realizado.

Al indagar en las causas del por qué no se realizan el EMP, en las variables de preferir no saber su estado de salud, horario laboral no compatible y experiencias negativas, no se encontraron diferencias significativas; sin embargo, sentirse sano (34%) y la falta de información (40,8%) resultaron estadísticamente significativas.

CONCLUSIONES

Los resultados obtenidos incentivan a los equipos de APS a evaluar y rediseñar sus acciones, con el fin de disminuir las brechas de equidad, mejorando el nivel de conocimiento de los usuarios en prevención de salud, por medio de acciones comunicacionales a través de clubes deportivos, establecimientos educacionales, entre otros; acciones participativas e intersectoriales sustentables, obteniendo una cobertura efectiva de las prestaciones otorgadas por los centros de salud.

Palabras clave: determinantes sociales de salud, Empa.

Calidad de información e impacto en la gestión de lista de espera odontológica SSM Norte

ABARCA B. ISABEL[1], BALIC R. IVÁN[1] y MUÑOZ M. ANDREA[2]

INTRODUCCIÓN

El Ministerio de Salud ha definido la estrategia Repositorio Nacional de Listas de Espera (RNLE), como un esfuerzo por sistematizar la información disponible de pacientes en espera de atención a nivel nacional, permitiendo así su gestión. El RNLE define un conjunto mínimo de datos para analizar y consolidar la información sobre demanda de atenciones de salud de nivel secundario en la red pública, incluyendo el registro de los pacientes que egresan de la

[1] Servicio de Salud Metropolitano Norte. isabel.abarca@redsalud.gov.cl
[2] Facultad de Odontología. Universidad de Chile.

lista de espera (LE). Así, el sistema de información debe permitirnos hacer una adecuada gestión de los recursos de atención, priorización de casos y transparentar con ello nuestra real brecha de atención de salud.

Minsal define como LE al conjunto de personas que en un momento dado esperan una consulta de especialidad médica u odontológica, procedimiento, prueba diagnóstica o intervención quirúrgica programada, solicitada por un profesional médico u odontólogo autorizado en la red.

El Servicio de Salud Metropolitano Norte (SSMN) ha trabajado en la actualización de la información de sus Listas de Espera de Consultas e Intervenciones Quirúrgicas, reuniendo a la fecha 14.899 registros sobre consultas de especialidades odontológicas.

OBJETIVOS

Identificar en listado histórico de espera odontológica elementos de calidad, completitud y consistencia de registros y su potencial impacto en la gestión de la atención de los casos en espera.

METODOLOGÍA

Estudio descriptivo/exploratorio de datos de casos registrados en espera de atención de especialidades odontológicas de la red del SSMN, a mayo de 2011.

RESULTADOS

Entre los hallazgos de la exploración de registros están: proporción de casos con campos obligatorios RNLE incompletos (73,6%); carencia de identificación completa y antecedentes sociodemográficos: rut, fecha de nacimiento (27,4%); fechas de entrada a registro (7,5%) y datos de contacto (65,2%). Al analizar datos de motivos de derivación, variables como "especialidad" están mayormente completas (99,6%), pero antecedentes de "sospecha diagnóstica" aparecen sin homologación de cuadros clínicos, confundiéndose tratamientos con diagnósticos. Errores en la digitación de registros muestran fechas de nacimiento inconsistentes, codificaciones equivocadas de previsión y/u otros campos incluidos en RNLE, que deberían permitir un adecuado análisis y toma de decisiones a partir de las LE.

Importante también es que RNLE pretende visibilizar el movimiento de la lista, requiriéndose información sobre egresos de pacientes, atendidos o que pierden su condición de espera por otras razones. La LE Odontológica analizada sólo presenta 41 egresos a la fecha del análisis, registrados en noviembre 2010 y abril-mayo 2011.

CONCLUSIONES

La condición inicial de la LE Odontológica al iniciar la implementación del RNLE arroja condiciones que impiden su incorporación al Registro, limitando también su potencial de gestión de la atención odontológica de especialidades.

El registro impide evaluar el flujo de atención o movimiento de la LE, puesto que carece de información actualizada sobre egresos de pacientes.

Palabras clave: lista de espera, especialidades odontológicas, demanda de atención de especialidades.

Caracterización de pacientes diabéticos tipo 2 en control en centro de salud familiar San Vicente de Talcahuano, 2010

PACHECO J., JORGE[1], WERNER, C., MARTA[2] y FLORES O., MARITZA[2]

INTRODUCCIÓN

La diabetes mellitus tipo 2 tiene una prevalencia creciente, su manejo inicial se realiza en atención primaria, se requiere de investigación operativa que caracterice el programa a nivel local.

OBJETIVOS

Caracterizar la población de pacientes diabéticos tipo 2 en programa de salud cardiovascular de Centro de Salud Familiar San Vicente.

METODOLOGÍA

Estudio descriptivo de corte transversal. De 1.947 pacientes se seleccionó muestra aleatoria estratificada de 214 pacientes. La información se obtuvo de registros electrónicos y se analizó utilizando SPSS 15.0. Se utilizaron pruebas paramétricas y no paramétricas. Se consideró estadísticamente significativo $p<0,05$.

RESULTADOS

El 93,5% de los pacientes tenía más de 44 años, 62,6% eran mujeres y 47,3% llevaba menos de 5 años en el programa. Un 43,5% contaba con hemoglobina glicosilada del último año y en 12,6% nunca se registró este examen. Un 36,0% de los pacientes tuvo hemoglobina glicosilada menor a 7%. Un 51,9% presentaba obesidad y 74,3% hipertensión arterial. Un 17,3% se encontraba sin medicamentos, 67,8% utilizaba antidiabéticos orales y 15% utilizaba insulina sola o asociada a medicamentos orales. Se observó un valor promedio de hemoglobina glicosilada de 6,4±0,9 en aquellos sin medicamentos, 8,3±2,5 en aquellos con antidiabéticos orales y 9,4±2,4 en aquellos con insulina ($p<0,00$).

CONCLUSIONES

Los pacientes diabéticos en control en el centro de salud San Vicente son predominantemente mujeres, adultos medios y mayores, obesos e hipertensos, con niveles de compensación similar al nacional. Se requiere aumentar la cobertura del programa en hombres, mejorar el registro de exámenes y aumentar la efectividad de la insulinoterapia.

Palabras clave: diabetes mellitus tipo 2, atención primaria de salud, investigación en servicios de salud.

[1] Programa de formación de especialistas básicos para la atención primaria. Universidad de Concepción. jorgepacheco@udec.cl
[2] Departamento de Salud Pública. Universidad de Concepción.

Causa de pérdida de horas de tomografías computadas en pacientes hospitalizados en un hospital público

RÍOS H., FABIOLA[1], ROMERO H., DAVID[1], TRONCOSO C., FERNANDO[1], VALENCIA L., OSCAR[1], MORALES S., ALEXIS [1] Y MONTALVA H., ENRIQUE[1]

INTRODUCCIÓN

El aporte de la imagenología en el diagnóstico, tratamiento y pronóstico de las distintas patologías es relevante. El avance en la técnica tomográfica con imágenes de mejor calidad, menor tiempo de adquisición de las imágenes y su presencia en la mayoría de los hospitales de mayor complejidad constituye un bien preciado, en especial en pacientes hospitalizados, en que el informe tomográfico es considerado para la toma de decisiones de los distintos servicios clínicos, de ahí su importancia en optimizar las horas disponibles

OBJETIVOS

Determinar las causas de pérdida de horas de tomografia computada en pacientes hospitalizados de un hospital público

METODOLOGÍA

Se analizaron 904 órdenes solicitadas de tomografías entre enero y abril del 2011, que corresponden al 100% de las solicitudes y se consignaron las causales de pérdidas de horas en términos porcentuales.

RESULTADOS

Del total de pacientes analizados, a un 10% no se le realizó el examen. Las causas más frecuentes fueron inasistencia o llegada después de la hora fijada, que constituye el 45%. Le siguen en frecuencia con un 9.9 % que el examen ya había sido realizado, paciente dado de alta en un 7,69% y un 6,6% fue suspendido por el médico tratante por no considerarlo necesario. Las otras causas, en menor cuantía, fueron por no encontrarse con la preparación requerida, fallecimiento o descompensación que hace necesario suspender el examen. En todos los casos no hubo comunicación al servicio de radiología con anticipación de la suspensión del examen.

CONCLUSIONES

Llama la atención que las 3 primeras causas de suspensión de una tomografía sean de tipo administrativo, lo cual puede ser reflejo de falta de personal, inadecuada gestión de los traslados a servicios de apoyo y escasa comunicación con el servicio de radiología; esto ultimo con el fin de redestinar las horas de tomografía tanto para hospitalizados como para pacientes ambulatorios.

Otro aspecto es que los exámenes sean suspendidos por el médico tratante por no ser necesarios, lo cual pudiera revelar desconocimientos de las técnicas imagenológicos más adecuadas para determinadas patologías, que refleja la escasa comunicación entre clínicos e imagenólogos.

La adecuada optimización de las horas tomográficas disponibles son esenciales, ya que las horas no utilizadas son doblemente pérdidas ya que se impide la utilización de éstas por pacientes en espera, tanto hospitalizados como ambulatorios.

Palabras clave: tomografía, horas, hospitalizados.

[1] Postítulo de Imagenología Médica. Universidad de Santiago. riosmed@gmail.com

Cobertura e indicadores nutricionales en niños provenientes de hogares que reciben intervenciones alimentarias en Argentina

ACOSTA LAURA DÉBORA[1], PELÁEZ ENRIQUE[2] y FERNÁNDEZ ALICIA RUTH[1]

INTRODUCCIÓN

En Argentina, las diferentes acciones en materia alimentaria emprendidas por el Estado Nacional, las provincias y municipios, organizaciones de la sociedad civil y organismos internacionales para disminuir la inseguridad alimentaria, se encuentran en su mayoría desarticuladas y bajo la modalidad de asistencia directa. La evaluación de los programas y la política en alimentación permite direccionar las acciones en pos de lograr mejores resultados.

OBJETIVOS

Evaluar la cobertura e indicadores nutricionales en niños provenientes de hogares pobres e indigentes que reciben intervenciones alimentarias en Argentina, en el año 2005.

METODOLOGÍA

Se utilizaron los datos de la Encuesta Nacional de Nutrición y Salud (ENNyS), llevada a cabo en el año 2005. La muestra fue probabilística, estratificada por conglomerados a tres etapas, alcanzando a 28.137 niños/as de 6 meses a 5 años. Las variables de la ENNyS analizadas incluyen el estado nutricional (peso y talla; y biomarcadores: hemoglobina, retinol sérico, vitamina D), dieta (consumo de macro y micronutrientes obtenido de recordatorio de 24 horas) y acceso a intervenciones alimentarias (bolsa/caja de alimentos, tickets o vale u otro). Se utilizó el programa Anthro (OMS) para determinar puntajes Z de los indicadores antropométricos (peso para la talla, talla para la edad y peso para la edad). Se utilizó el programa estadístico SPSS, calculándose test de X2, Odds Ratio (OR) y diferencias de medias.

RESULTADOS

Un 42,5% de los niños que provienen de hogares con NBI reciben al menos una intervención alimentaria. El 43,8% de los niños que proviene de hogares indigentes y el 30,6 % de los niños que proviene de hogares pobres no indigentes reciben, al menos, una intervención alimentaria. Existió mayor riesgo de presentar acortamiento (baja talla para la edad), entre los niños provenientes de hogares indigentes que recibían alguna intervención alimentaria (OR: 1,34 IC: 1,07- 1,67 p=0,01). En relación a los parámetros dietéticos existieron diferencias entre los niños provenientes de hogares indigentes que no reciben intervención alimentaria, frente a los que reciben, para proporción de proteínas de alto valor biológico (0,62 frente a 0,60 p= 0,01), sodio (844mg frente a 768mg p=0,001), calcio (604mg frente a 553mg p<0,001), vitamina A (479mcg frente a 501mcg p= 0,02), vitamina B12 (4,6mcg frente a 5mcg p=0,02), y retinol sérico (35mg/dl frente a 36mg/dl p= 0,04).

[1] Escuela de Salud Pública. Facultad de Ciencias Médicas. Universidad Nacional de Córdoba. laudeac@hotmail.com
[2] Centro de Investigaciones y Estudios de la Comunicación y la Cultura (Conicet). Universidad Nacional de Córdoba.

En el caso de los niños provenientes de hogares pobres no indigentes, existió más riesgo de presentar bajo peso para la edad entre los niños que reciben alguna intervención alimentaria frente a los que reciben (OR: 1,99 IC: 1,18-3,35), y mayor riesgo de acortamiento (OR: 1,42 IC: 1,10-1,85). En cuanto a los indicadores dietéticos, se observaron diferencias entre los niños provenientes de hogares pobres no indigentes que no reciben intervenciones alimentarias frente a los que reciben, para hierro (10,6 mg frente a 12,6 mg p =0,001), hierro biodisponible (0,63mg frente a 0,69mg p=0,01), ferritina (1058 mcg/L frente 1410 mcg/L p<0,001).

CONCLUSIONES

Se observa una baja cobertura de programas alimentarios en niños en condiciones de vulnerabilidad. El mayor riesgo en los indicadores antropométricos para los niños provenientes de hogares con cobertura alimentaria podría deberse a la historia de desnutrición en los niños, por lo que no se debería interpretar como causa-efecto. En el caso de los indicadores dietéticos y biomarcadores se observa que beneficia más a los niños pobres no indigentes, en especial en el estado del hierro.

Palabras clave: programas alimentarios, estado nutricional, pobreza.

Cobertura territorial de laboratorios biomédicos para exámenes de coprocultivo, Región de Coquimbo, Chile, 2011

VILLARROEL D., JOSÉ[1] y AYALA P., SALVADOR[2]

INTRODUCCIÓN

A fines de octubre del 2010 comenzó una epidemia de cólera en Haití y, posteriormente, República Dominicana comenzó a presentar casos positivos. Ante el riesgo de reintroducción de cólera en la región, la OPS recomendó reforzar los esfuerzos de vigilancia y preparar planes de respuesta, prevención y promoción de salud apropiada.

El Minsal preparó un plan frente a este riesgo, que incluyó la vigilancia ambiental en aguas servidas, de riego y alimentos. Para el ingreso de las muestras ambientales se creó una plataforma digital, en conjunto con el ISP.

Además, se elaboró un catastro de la Red Nacional de Laboratorios Biomédicos (RNLB), para conocer la oferta de ésta y la capacidad de realizar los análisis de coprocultivo de las muestras ambientales.

[1] Dpto. Epidemiología. Ministerio de Salud. jvillarroel@minsal.gov.cl
[2] Laboratorio de Ciudad y Territorio. Instituto Geografía PUCV.

OBJETIVOS

Objetivo general

Análisis de patrones de cobertura territorial para exámenes de coprocultivo según la RNLB, región de Coquimbo.

Objetivos específicos

- Espacializar la red y cobertura de laboratorios biomédicos que realizan Coprocultivo.
- Identificar y jerarquizar áreas de cobertura, reconociendo vacíos de cobertura y patrones de distribución de la RNLB.
- Proponer mejoras a la gestión de la RNLB en la cobertura territorial de los exámenes de Coprocultivo.

METODOLOGÍA

1. Preparación de los datos.

- Recolección, corrección y estandarización de las bases de datos del catastro de la RNLB en el área de estudio.
- Georreferenciación de la RNLB coordenados por medio del software de Sistema de Información Geográfica Arcgis 9.3, complementándola con tablas de información alfanumérica correspondiente.

2. Análisis y Geoprocesos.

- Geoprocesos (Arcgis 9.3): Construcción diagrama spider y posterior reclasificación según destino de las muestras.
- Salidas graficas: Elaboración de cartografía temática utilizando la cobertura de la RNLB en exámenes de coprocultivo por comuna y población correspondiente, que muestren áreas con cobertura y sin ella mediante mapas binarios.

RESULTADOS

La espacialización de los establecimientos que realizan coprocultivo arrojan resultados que muestran la cobertura real que se tiene de este examen, mostrando que la acumulación de laboratorios que entregan servicios a sectores más rurales se encuentran en la comuna de Coquimbo y La Serena, excluyendo comunas periféricas tales como, Río Hurtado y Paiguano, encontrando sobre todo en la primera un riesgo, debido a que no figura con cobertura de exámenes de coprocultivo y, en la segunda, tan sólo con un recinto, considerando que la población Río Hurtado es cercana a los 5000 habitantes, los cuales se encuentran en desprotección y riesgo permanente por desconocimiento.

CONCLUSIONES

El análisis territorial de la cobertura que tiene la Red Nacional de Laboratorios Biomédicos en exámenes de Coprocultivo permite localizar e identificar aquellas comunas que presentan deficiencias en su cobertura, como también aquellas comunas que no se encuentran cubiertas sus demandas, produciendo un riesgo para la población del lugar, siendo el primer paso para una propuesta en la gestión de la cobertura territorial de la RNLB hacia aquellas comunas que no cuentan con cobertura de exámenes. Se debe evaluar los motivos por qué hay comunas que no toman exámenes de coprocultivo en su red de salud.

Palabras clave: Red nacional de laboratorios biomédicos, cobertura territorial, diagrama Spider, coprocultivo.

Efectividad cicatrizante del ultrasonido y cuidados de enfermería en úlceras varicosas del Cesfam J.D. Astaburuaga

MARZUCA N., GABRIEL[1,2], PÉREZ G., LEONARDO[2], MARÍN O., Mª ISABEL[2], HORMAZÁBAL C., FELIPE[2], FUENZALIDA V., CRISTOFER[2], SOTO M., MACARENA[2], BRAVO A., ARTURO[2] y GUZMÁN M., CELSO[2]

INTRODUCCIÓN

El concepto úlcera varicosa puede definirse como una lesión cutánea en donde las fases del proceso de cicatrización se hallan alteradas en referencia al proceso fisiológico normal. La presentación clínica de las venas varicosas varía entre los pacientes. Algunos pueden ser asintomáticos. La sintomatología, si existe, se localiza normalmente en la zona con várices, siendo dolor, ardor o picazón. Estas alteraciones llevan a una disfunción en sus actividades de la vida diaria y a tratamientos extensos en los centros de salud.

El ultrasonido (US) son ondas sonoras que transmiten energía al comprimir y refractar de forma alternativa un material. Los procesos a nivel celular y vascular observados en respuesta al US de baja intensidad son componentes esenciales de la curación tisular. Son considerados la base de la aceleración de la recuperación observada en respuesta a la aplicación de US en pacientes con diferentes patologías.

Debido a lo expuesto anteriormente, resulta interesante saber cuál sería el efecto cicatrizante de los cuidados de enfermería v/s cuidados de enfermería más US en la cicatrización de úlceras varicosas, en sujetos que asisten al Cesfam José Dionisio Astaburuaga (JDA).

OBJETIVOS

Objetivo general

Determinar la efectividad de los cuidados de enfermería v/s cuidados de enfermería más US en la cicatrización de úlceras varicosas, en sujetos que asisten al Cesfam JDA.

Objetivos específicos

- Evaluar la eficacia de cuidados de enfermería y cuidados de enfermería más US, en la cicatrización de úlceras varicosas a través de medición de perímetro y profundidad en sujetos que asisten al Cesfam JDA.
- Contrastar los resultados obtenidos entre los cuidados de enfermería v/s cuidados de enfermería más US en la cicatrización de úlceras varicosas en sujetos que asisten al Cesfam JDA.

METODOLOGÍA

Es un estudio experimental, longitudinal, prospectivo, aleatorio.

Se solicita al Comité de Bioética de la Universidad Católica del Maule, a la Dirección Comunal de Salud y a la Dirección del Cesfam JDA la autorización para llevar a cabo el proyecto. Se entrega consentimiento informado al paciente.

Se toman 10 úlceras varicosas, de forma aleatoria se dividen en dos grupos (5 úlceras por grupo). En el grupo 1 se realizan los cuidados de enfermería y en el grupo 2 cuidados de enfermería más US. Se evalúa perímetro y profundidad al inicio, medio y final del tratamiento el cual consistió en 6 semanas.

RESULTADOS

Al cabo de 3 semanas el grupo 1 aumentó en perímetro (X = 0,375 cm) y el grupo 2 disminuyó (X

(1) Cesfam Dr. J.D. Astaburuaga. Departamento de Salud de Talca. gmarzuca@gmail.com
(2) Escuela de Kinesiología. Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad Católica del Maule.

= 2,04 cm); mientras que en la profundidad el grupo 1 disminuyó (X = 0,8 mm) y el grupo 2 disminuyó en (X= 2,6 mm). A las 6 semanas el grupo 1 aumentó el perímetro en (X = 0,7 cm) y el grupo 2 disminuyó en (X = 4,72 cm); mientras que en la profundidad ambos grupos disminuyeron en (X = 1 mm) y (X = 3,2 mm) correspondiente al grupo 1 y 2, respectivamente.

CONCLUSIONES

La aplicación de US más cuidados de enfermería produce una reparación tisular más efectiva ($p < 0,05$) en contraste a los pacientes que recibieron sólo cuidados de enfermería, evidenciado a través del perímetro. Pese a que la profundidad descendió en los dos grupos, este descenso fue mayor en el grupo experimental aunque la diferencia no fue significativa.

Palabras clave: úlceras varicosas, ultrasonido, cicatrización.

Efectos desjudicializadores de la mediación por daños en salud en establecimientos públicos

LAGOS O., SOLEDAD[1], HENRÍQUEZ N., PAOLA[1], CEPEDA Z., SANDRA[1] y PALMA C., ROBERTO[1]

INTRODUCCIÓN

Cuando se creó el servicio de mediación por daños en salud (octubre 2004), tanto en el ámbito público como privado, se hizo con el objetivo de disminuir la creciente judicialización de los conflictos entre pacientes, sus familias y los establecimientos de salud. En el caso del Consejo de Defensa del Estado, para abordar daños ocurridos en establecimientos públicos, con motivo de una prestación asistencial, el marco de la Ley 19.966 (Garantías Explícitas de Salud). A 6 años de instalación del servicio de mediación en todo el país, la Unidad de Mediación del Consejo de Defensa del Estado se ha propuesto sistematizar los datos, del periodo 2005 - 2010, para evaluar si este mecanismo de resolución pacífica de conflictos ha contribuido o no a desjudicializarlos y en qué medida.

Nuestra hipótesis es "El proceso de mediación en salud ha contribuido a desincentivar las acciones judiciales por parte de los reclamantes, que consideran haber sufrido daños con motivo de prestaciones en salud".

OBJETIVOS

Objetivo general

Conocer los efectos del proceso de mediación en salud una vez concluido éste en el ámbito judicial.

Objetivos específicos

Identificar los casos que no han llegado a acuerdo durante la mediación y que han recurrido a un juicio para la resolución del conflicto.

Comparar los resultados de la mediación y los juicios por daños en salud en cuanto a cantidad de personas que acceden, el tiempo que demora, los tipos de reparación que se alcanzan y los montos indemnizatorios, entre otros.

[1] Unidad de Mediación del Consejo de Defensa del Estado. soledad.lagos@cde.cl

METODOLOGÍA

Se trata de un estudio exploratorio / descriptivo, que contempla un censo de la cantidad de juicio interpuestos en tribunales por los reclamantes que no llegaron a acuerdo en mediación ante el Consejo de Defensa del Estado, entre el periodo 2005 - 2010

se solicitó a los servicios de salud, hospitales autogestionados y consultorios municipales del país, todos los datos sobre los procesos judiciales (demandas civiles) iniciados entre marzo 2005 y diciembre de 2010.

Se construyó una base de datos y se validó, contrastándola con el Poder Judicial y el Sistema de Gestión de Causas y Sistema de Gestión de Mediación del CDE, entre otras.

RESULTADOS

La mediación de salud, como forma de resolución de conflictos, es rápida, de bajo costo, y de alta calidad, tanto en el resultado de los acuerdos como respecto de la percepción de los usuarios.

- El tiempo promedio de un proceso de mediación alcanza a 72 días; en cambio, un juicio demora 730 días (2 años)
- La mediación ahorra dinero al fisco en reparación de daños, porque la indemnización promedio en un juicio alcanza a $35.697.504, en cambio, en la mediación alcanza a $7.753.919
- La mediación permite soluciones flexibles que consideran disculpas, prestaciones asistenciales, medidas intrahospitalarias e indemnizaciones, a diferencia de los juicios que sólo considera esta última.

CONCLUSIONES

La mediación de salud desjudicializa significativamente los conflictos por daños, disminuyendo la posibilidad de juicios. El 89,4% de reclamantes que participa del proceso de mediación no demanda en tribunales.

Palabras clave: efectos de la mediación de salud en Chile, desjudicialización, reparación por daños en salud, resolución alternativa de conflictos.

Estudio de satisfacción usuaria en Centro de Salud Familiar Curicó Centro

TREJO LUIS ORLANDO [1], ACEVEDO CAROLINA MARLENE[1] y ARÉVALO JAIME ILLANES[1]

INTRODUCCIÓN

El propósito fundamental del cambio de modelo de atención es avanzar aún más hacia una mayor satisfacción de los usuarios, tanto externos como internos.

Este estudio pretende destacar el conocimiento que se tiene del equipo de salud, la satisfacción que se tiene en el trato, calidad, oportunidad y la continuidad de los cuidados médicos.

OBJETIVOS

Objetivo general

Conocer el grado de satisfacción usuaria

[1] Cesfam Curicó Centro. trejobravo@gmail.com

en el Centro de Salud Familiar Curicó Centro en el mes de Junio del año 2011.

Objetivos especificos

- Identificar aspectos positivos y/o negativos en la relación de los usuarios del centro de salud familiar Curicó centro antes, durante y después de la atención.
- Describir la percepción del usuario en cuanto a la continuidad de la atención.
- Describir características del usuario, fruto de la atención en centro de salud familiar Curicó centro.
- Conocer el nivel de satisfacción usuaria con la infraestructura y con el apoyo clínico.

METODOLOGÍA

El estudio de carácter descriptivo utilizó como ´unidad de análisis` a los usuarios que obtuvieron atención en el centro de salud entre los periodos desde el 10 de junio al 20 de junio del año 2011 (con un total de 10 días), en calidad de usuario y/o acompañante, indistintamente a la sección que acudieran, mayores de 18 años. En cuanto a la muestra, se seleccionó a 400 usuarios, a través de un procedimiento aleatorio simple sin reposición, previo listado de los asistentes cada día, metodología que se aplicó durante los diez días.

RESULTADOS

Respecto al grupo etario, estos se concentran, mayoritariamente, entre las edades de 20 a 60 años, sin expresión étnica de relevancia, pertenecientes a los tramos A y B del Fonasa.

En cuanto a la imagen del sistema de atención, el usuario se manifiesta satisfecho, observando signos de modernidad, satisfacción en el trato y dedicación y forma de dación de horas.

Se observa insatisfacción en aspectos de infraestructura, desconocimiento de algunos procesos, como el de acceso a descargos de reclamos.

CONCLUSIONES

El grupo socioeconómico objeto de atención del Centro de Salud Familiar Curicó Centro corresponde, de acuerdo al estudio, principalmente al primer quintil de ingresos como promedio, sin vinculación directa a etnia originaria, con usuarios provenientes de sectores poblacionales y, en menor medida, del centro de la ciudad.

La satisfacción usuaria observada correlaciona con el buen trato observado en las categorías de respuestas, y esto con la maduración del modelo de atención de salud familiar de este centro y la capacitación continua en esta área.

Las deficiencias atingentes a los tiempos de espera son razonables, aunque no existe correlato con los niveles de satisfacción, observando la necesidad del usuario de una mayor continuidad en la atención y, por ende, mayor resolutividad de los centros de atención primaria. A nuestro juicio, por la falta de este aspecto, es decir, resolutividad, por el nivel secundario más aún en zonas de catástrofe como la nuestra.

Palabras clave: satisfacción usuaria.

Evaluación cumplimiento tratamiento guía GES artrosis de rodilla y/o cadera leve o moderada > 55 años en APS

AWAD A., YUSFEYE [1] y MOLINA B., CAROLINA[1]

INTRODUCCIÓN

A pesar de la existencia de Guía Clínica para GES Artrosis de Rodilla Leve o Moderada, se observan varios errores asociados a medicación e incumplimientos de las orientaciones entregadas, lo cual repercute directamente en el gasto incurrido por la compra de fármacos y en la aparición de eventos adversos.

El S.S. Viña del Mar - Quillota, a través de la Unidad Asesoría de Farmacia, estableció planillas de reposición de medicamentos donde se incluye tratamiento farmacológico y datos demográficos del paciente.

Con los antecedentes recibidos se estableció la necesidad de realizar una revisión de fichas clínicas en las comunas con mayor consumo de medicamentos y, con errores de medicación asociados a interacciones farmacológicas.

De esta revisión se pretende establecer principales errores asociados a medicación y buscar estrategias para su prevención.

OBJETIVOS

Evaluar cumplimiento de flujogramas y orientaciones emanadas de Guía Clínica GES Artrosis de rodilla y/o cadera Leve o Moderada en APS-SSVQ.

METODOLOGÍA

Estudio observacional descriptivo de carácter retrospectivo. En éste se revisaron fichas clínicas y cartolas de medicamentos de una muestra de pacientes portadores de esta patología GES, atendidos en APS.

RESULTADOS

- 94 (80%) corresponde a mujeres y 23 (20%) a hombres, patología mas frecuente en mujeres.
- Diagnósticos de acuerdo a criterios de inclusión: 41% artrosis de rodilla, 22.2% artrosis de cadera, 11.1% artrosis de rodilla y cadera.
- Diagnósticos no incorporados en GES: 1.7% artrosis de rodilla severa, 4.3% artrosis de cadera severa, 12.8% artrosis no determinada, 4.3% artrosis severa no determinada y 2.6% otros diagnósticos.
- Terapia no farmacológica: sólo al 93% se les da esta indicación, pero sin registro de su cumplimiento o de la atención realizada por kinesiólogo o nutricionista.
- Terapia farmacológica: pacientes actualmente en tratamiento con Celecoxib o Tramadol. De estos, el medicamento de inicio es 65% Paracetamol, medicamento de inicio de acuerdo a guía clínica, 13.8% AINE, 5.1% Celecoxib, 0.9% Tramadol gts o cm, el cual, de acuerdo a orientaciones ministeriales, sólo debe utilizarse como terapia de rescate y no como tratamiento crónico; 4.4% con otro medicamento y 11% de las fichas no indica terapia ni actual ni de inicio.
- En relación a los errores de medicación, se registran eventos adversos en 24 fichas

[1] Asesoría de Farmacia, DSSVQ. yusfeye.awad@redsalud.gov.cl

(20.51%) encontrándose epigastralgia (29.17%), sin resultado esperado por falta de adecuación de dosis (62.5%), alergia (4.17%), incumplimiento de tratamiento (4.16%).

7. Respecto a adherencia a tratamiento, revisada en la cantidad de despachos efectuados en el año, señalando que estos deben realizarse una vez al mes, se encontró lo siguiente: 15 pacientes (12.8%) no efectuaron retiro de su tratamiento en todo el periodo evaluado y 25 pacientes (21.3%) retiraron sólo 1 ó 2 veces su tratamiento. Lo cual, claramente, repercute en el cambio innecesario de terapia y aumento en el gasto de farmacia.

CONCLUSIONES

No hay cumplimiento de Guía Clínica ya que no se sigue la escala analgésica, ni se evalúa adherencia a terapia farmacológica y no-farmacológica por parte del paciente, aumentando la cantidad de medicamentos indicados para alivio de los síntomas.

Palabras clave: GES artrosis de rodilla y/o cadera leve o moderada, tratamiento farmacológico, evaluación cumplimiento canasta GES.

Evaluación de enfoques de programas del Departamento de Salud Bucal del Ministerio de Salud mediante sistema de información geográfica

FUENZALIDA, MANUEL[1], COBS, VÍCTOR[2], LETELIER, MARÍA JOSÉ[3] y DEL VALLE, CAROLINA[3]

INTRODUCCIÓN

En el presente trabajo de investigación se plantea como meta principal elaborar un modelo espacial que permita identificar brechas de cobertura de los programas que el Departamento de Salud Bucal del Ministerio de Salud ejecuta hoy en día y, a partir de ello, enfocar los mismos según brechas existentes. A partir de que la meta principal alude a un modelo, se ha elegido como área de estudio a las localidades rurales de la Región Metropolitana chilena, con Distritos Censales como división estadística espacial para, así, poder evidenciar y respaldar con mayor propiedad los resultados. La razón de ello está respaldada en los estudios nacionales que han demostrado que las ruralidad y el nivel socio económico son indicadores de mayor vulnerabilidad bucal y mayor dificultad en el acceso a los servicios y programas de salud bucal.

OBJETIVOS

La investigación se aborda a modo de evaluación socioterritorial con dos preguntas ba-

[1] Doctor por la Universidad Autónoma de Madrid. Departamento de Geografía. victorcobsm@gmail.com
[2] Licenciado en Geografía. Pontificia Universidad Católica de Valparaíso.
[3] Departamento de Salud Bucal. División de Prevención y Control de Enfermedades. Ministerio de Salud.

ses: ¿Dónde están? y ¿Dónde deberían estar/ enfocar?

METODOLOGÍA

Los insumos del modelo en ambiente Sistema de Información Geográfica son los siguientes: (1) caracterización socioeconómica de la población -csp-; (2) localidades rurales -polígono-; (3) densidad demográfica de las áreas rurales -ddar-; (4) áreas sin cobertura de agua potable por parte de empresas de servicios sanitarios y (5) cobertura de los programas en ejecución - puntos.

RESULTADOS

Para realizar la CSP se utilizaron 3 dimensiones: tenencia de bienes, máximo nivel educacional alcanzado por el jefe de hogar y situación laboral del jefe de hogar, resultando 10 variables que fueron tratadas mediante la técnica de análisis factorial con el software SPSS. Las localidades rurales se dibujaron digitalmente a través del software Google Earth, las que se asociaron con los datos del informe de población de ciudades, pueblos, aldeas y caseríos del Instituto Nacional de Estadísticas 2005, resultando 270 polígonos. La DDAR se calculó utilizando la calculadora geográfica en el archivo precedente. La red de agua potable y los estanques de regulación con control de flúor tienen como fuente de información la suministrada por la Superintendencia de Servicios Sanitarios. Finalmente, los Programas en ejecución considerados son: fluoración masiva, programa de promoción y prevención de salud bucal en preescolares desarrollado en jardines infantiles Junji e Integra y Programa de Alimentación Escolar con leche fluorada, desarrollado en escuelas rurales.

CONCLUSIONES

Las capas de información CSP y la DDAR fueron integradas a través del proceso analítico jerárquico, siendo la primera 2/5 más importante que la segunda. El resultado permitió espacializar y evidenciar las áreas rurales de mayor interés para focalizar programas de salud bucal. A continuación, la superposición con las capas 4 y 5 del modelo permitió, por un lado, identificar brechas de cobertura y, por otro, priorizar las áreas de futura ampliación e implementación de programas de promoción y prevención de salud oral. Como producto final, el Departamento de Salud Bucal cuenta con un instrumento que permite evaluar la focalización de sus programas en ejecución, según vulnerabilidad social y densidad poblacional.

Palabras clave: salud bucal, cobertura, modelo espacial, Sistema de Información Geográfica.

Evaluación del modelo de Alta Dirección Pública para el sector salud: un enfoque cualitativo

HOFFMEISTER A, LORENA[1], PRICE R, YOCELYN[1] y CÓRDOVA M, CAROLA[1]

INTRODUCCIÓN

El 38,7% de los cargos directivos que se proveen mediante el modelo de Alta Dirección Pública (MADP) corresponden al sistema de salud. A seis años de la implementación de éste, se observan dificultades en la provisión de los cargos en salud, poniendo en juego la viabilidad y el cumplimiento de los principios de este modelo.

OBJETIVOS

Evaluar la implementación del MADP en el sector salud, realizar propuestas de mejora e identificar los ajustes institucionales, legales y financieros que garanticen su viabilidad.

METODOLOGÍA

Revisión documental en dos ámbitos (marco jurídico y experiencias internacionales de MADP) y metodología cualitativa etnográfica. La recolección de datos consistió en 46 entrevistas en profundidad a distintos actores del MADP. Se realizó análisis de contenido y construcción de 12 dimensiones de acuerdo al marco teórico planteado.

RESULTADOS

Las experiencias internacionales muestran que la legitimidad del modelo se sustenta sobre aspectos únicamente técnicos. El sector de salud se percibe como complejo con problemas de gobernabilidad, y un marco normativo inconsistente con la planificación de recursos humanos basada en el mérito; el mercado laboral es limitado para cargos ADP. El MADP ha podido resguardar la influencia política pero mantiene ámbitos de discrecionalidad no técnica. Desde el ámbito interno, entre las condiciones del cargo se destaca la referencia a la exclusividad como una dificultad, así como la inclusión de criterios políticos va en desmedro de la provisión de los cargos de segundo nivel jerárquico, siendo su mayor fortaleza el proceso de selección formalizado, no así los procesos de inducción y desvinculación. Esta última es percibida como la manifestación de la vulnerabilidad política del MADP. Los convenios de desempeño como herramienta de gestión del rendimiento son bien aceptados, pero los informantes destacan la dificultad para establecer gestión por resultados, toda vez que los indicadores dependen, además, de supuestos altamente variables y no dialogan con los sistemas de evaluación vigentes. Se percibe inconsistencia entre las remuneraciones de los cargos directivos en términos de los incentivos respecto a los cargos clínicos; así, la asignación de ADP se percibe como parte integral de la remuneración y no como incentivo. Desde la perspectiva de la gestión del desarrollo el MADP presenta falta del desarrollo de carrera para el directivo y la percepción de inseguridad de los mismos.

CONCLUSIONES

La aproximación metodológica que triangula distintas perspectivas y técnicas ha permitido el desarrollo de propuestas tales como

[1] Escuela de Salud Pública. Facultad de Medicina. Universidad Mayor. lorena.hoffmeister@umayor.cl

establecer mejores condiciones del cargo en términos de las modalidades de contratación (33 hrs.) y modelo de incentivos, eliminando criterios políticos en la nominación de cargos del segundo nivel jerárquico, limitando la atribución política de nombrar concursos desiertos, formalizar las desvinculaciones, entre otras. Algunas de estas propuestas ya han sido incorporadas en marcos normativos que ajustan el MADP.

Palabras clave: metodología cualitativa, investigación en sistemas de salud, planificación de recursos humanos.

Evaluación del primer semestre de implementación del "Bono Auge", Chile, 2011

LASTRA T., JORGE[1] y GOYENECHEA, MATÍAS[2]

INTRODUCCIÓN

El 4 de enero del presente año, el Gobierno declaraba que con el fin de garantizar la atención oportuna para todos los problemas de salud Auge, los usuarios de Fonasa podrían acceder desde esa fecha bono Auge, con el objetivo de reducir las listas de espera Auge. Este bono resolvería los atrasos en otro establecimiento asistencial, público o privado, designado por Fonasa. Al final del primer semestre de implementación, este estudio busca hacer una evaluación de este programa, como mecanismo de asignación financiera y de efectividad respecto de la reducción de listas de espera.

OBJETIVOS

Conocer los procedimientos administrativos, la selección de patologías y centros que fueron adjudicados.

Realizar evaluación costo beneficio del programa en su primer semestre.

Realizar evaluación de impacto sobre las listas de espera.

METODOLOGÍA

Se revisaron los datos de mercado público para conocer los procesos de licitaciones y sus respectivas adjudicaciones y se analizó la información de la Superintendencia de Salud sobre el uso del bono Auge, en prestaciones y gastos de Fonasa.

Se elaboró una base de datos con el conjunto de las ofertas y se estudió el cumplimiento de los procesos de licitación, el gasto por prestaciones y se comparó con su equivalente por transferencia pública. Finalmente, se estimó el impacto sobre las listas de espera.

RESULTADOS

La ejecución presupuestaria muestra un gasto de entre 46% y 49%, con 3.206 bonos emitidos. Hay patologías que no fueron licitadas y tienen bonos emitidos. Existe, además, 24% de los bonos emitidos por Fonasa y que no han sido usados.

En términos de costo beneficio, el costo de este programa corresponde a más del do-

[1] Escuela de Medicina. Universidad Andrés Bello. jlastra@unab.cl
[2] Investigador, Salud Pública. Universidad Católica.

ble de lo que hubiera significado pagar estas prestaciones en los servicios públicos. Considerando los bonos Auge de las patologías que fueron contratadas a través del Portal del Mercado Público (3.034), se pagó $2.739.000.929, mientras que si se hubiera transferido estos recursos a los establecimientos públicos a los precios que Fonasa paga, el gasto habría sido equivalente al 48% de este monto, es decir $1.336.432.740.

El impacto ajustado por el uso del bono Auge fue de un 4,3% de reducción de listas de espera (bonos Auge ajustados por uso: 2.436,56). Si se mantiene la tendencia, el impacto del bono Auge en la reducción de las listas de espera sería no más de 9% de reducción de las listas de espera a un año de su implementación, o alrededor de 5.000 eventos atendidos, en contraste con listas de espera que superarían las 50.000.

CONCLUSIONES

La cantidad de personas que han solicitado y utilizado el bono Auge son relativamente pocas en relación con la cantidad de garantías atrasadas.

Los costos del programa superan a lo que se hubieran gastado si es que esas prestaciones se hubieran realizado en el sector público.

El impacto del bono Auge sobre las listas y tiempos de espera es marginal.

Falta información para mejorar la evaluación, porque no se han entregado las listas de espera oficiales.

Finalmente, se trata, entonces, de una política pública cara y de impacto marginal.

Palabras clave: evaluación política sanitaria.

Evaluación programa atención domiciliaria (PAD) en Cesfam Santa María, año 2010

NAVARRO I., CAMILA[1], FONTECILLA A., CATALINA[1] y RAMÍREZ G, JORGE[1]

INTRODUCCIÓN

El Programa de Atención Domiciliaria (PAD), incluido en el Programa de Resolutividad en Atención Primaria realizado por el Minsal entrega orientaciones generales para que cada centro de salud planifique su propio PAD de acuerdo a su realidad local y recursos disponibles.

OBJETIVOS

Evaluar el Programa de Atención Domiciliaria mediante el análisis de los registros de documentación disponible y utilizada en PAD de Cesfam Santa María durante el año 2010.

METODOLOGÍA

Se realizó estudio descriptivo retrospectivo de los instrumentos de registro utilizados en el PAD de Cesfam Santa María durante el año 2010 de los pacientes pertenecientes al Programa (n=62). Se revisó ficha clínica, cartola PAD de Visita Domiciliaria Integral (VDI) y otros documentos disponibles en el Cesfam.

RESULTADOS

43 pacientes (69%) tenían ingreso a PAD en ficha clínica. Tienen VDI realizada durante el año 2010, 38 pacientes (61%). Del total de las

[1] Interno de Medicina. Universidad de Valparaíso. camilanavarro@gmail.com

VDI realizadas durante el año 2010 (75 VDI) 38 (51%) tenían registro completo de VDI en la hoja correspondiente, 12 VDI (16%) tenían registro incompleto y 25 VDI (33%), registro directo en ficha clínica. De los pacientes con ficha clínica y cartola disponible (n=56), en 22 pacientes (39%) coincidía la información registrada, 26 pacientes (47%) tenían más información en ficha clínica y 8 pacientes (14%) tenían más información en cartola. De los 22 pacientes en los que coincidía la información, 13 pacientes (59%) correspondieron a ausencia de VDI durante el periodo de estudio.

CONCLUSIONES

En el 61% de los pacientes la información registrada en ficha clínica y cartola de PAD no coincide en su contenido. Estos documentos se están utilizando de manera insuficiente y requieren contar con información completa necesaria para el Programa. Los diferentes instrumentos existentes dificultan el adecuado registro.

La variabilidad de registros en los documentos existentes no permite contar con una manera fácil y rápida para poder informarse sobre las atenciones y acciones; además, no facilita contar con consolidados actualizados. Se sugiere revisar los documentos e información solicitada para lograr definir la continuidad o no del uso de estos registros, facilitando en definitiva la gestión del Programa.

Palabras clave: visita domiciliaria integral, programa de atención domiciliaria.

Formando profesionales en una nueva cultura organizacional

FÉTIS N., GISELLE[1] y DIENER O., WILFRIED[1]

INTRODUCCIÓN

En el año 2000 comienza un Proyecto de Desarrollo Organizacional en la Facultad de Medicina, Universidad de La Frontera, logrando la implementación de cambios curriculares en todas las carreras de la salud, generando espacios de autoevaluación, fortaleciendo la investigación y el perfeccionamiento continuo de sus académicos. Se desarrolla un nuevo estilo de docencia, interacción y participación, nuevas prácticas, creencias y valores, todo lo cual forma parte de la cultura organizacional. La cultura, según Edgard Schein, es un patrón de supuestos básicos inventados, descubiertos o desarrollados por un grupo como una forma de enfrentar sus problemas de adaptación externa e integración interna. Diversos autores (Van Maanen y Sackman) coinciden en que el abordaje cualitativo de la cultura organizacional tiene ventajas porque enfatiza la perspectiva de los actores, considera el contexto e historia de la organización y proporciona una descripción profunda.

OBJETIVOS

Esta investigación pretende evaluar el impacto del cambio curricular de la Carrera de Obstetricia y Puericultura en su cultura organi-

[1] Facultad de Medicina. Universidad de La Frontera. gfetis@ufro.cl

zacional, identificando variables emergentes y su interacción.

METODOLOGÍA

Estudio cualitativo, descriptivo y exploratorio realizado mediante análisis de documentos, dinámicas grupales con técnicas de Desarrollo Organizacional, cuestionarios y entrevistas semiestructuradas a académicos, directivos, estudiantes y egresados, quienes firman consentimiento voluntario.

En las dinámicas grupales participaron 22 personas y a 11 se le realizaron entrevistas semiestructuradas (total: 33). La selección de los participantes del estudio fue intencionada de acuerdo a criterios de selección. Todos los sujetos fueron invitados a participar a través de una invitación formal por escrito, correo electrónico y contacto telefónico.

El análisis de las dinámicas grupales y cuestionarios se realizó agrupando las respuestas según dimensiones y frecuencias, información que se valida y confirma con entrevistas analizadas de forma manual y computacional con el programa Atlas-ti 5,0, realizando triangulación metodológica y por investigador. Los resultados fueron presentados a los participantes para verificar fidelidad de los datos y complementarlos.

RESULTADOS

Se observa que la innovación curricular ha significado aprendizaje en los integrantes de la Carrera desarrollando competencias tales como trabajo en equipo, autoaprendizaje y capacidad de resolución de problemas en los estudiantes; rol facilitador, tolerancia, comunicación, autocrítica, flexibilidad y trabajo en equipo en los académicos. Habilidades comunes para académicos y estudiantes son: liderazgo, creatividad y aprender a aprender. Sentimientos y emociones que surgen son: satisfacción, orgullo, amor, motivación en los académicos; felicidad, ansiedad, seguridad y reconocimiento en los estudiantes. Académicos y estudiantes visualizan a la Carrera como de excelencia, con enfoque biopsicosocial, dando respuesta a las necesidades del entorno, con sentido social, empatía y amplio campo laboral.

CONCLUSIONES

Se evidencian componentes culturales de los niveles propuestos por Schein, desde el más superficial en estructura (en Departamentos) y procesos ("liderazgo, trabajo en equipo, comunicación, coordinación"); luego, valores compartidos ("honestidad, respeto, compromiso, responsabilidad, tolerancia, solidaridad") y creencias, percepciones, pensamientos y sentimientos ("amor, compromiso, motivación, confianza, satisfacción, orgullo, entre otros"). Todos estos elementos se articulan, se fortalecen y sirven de base para la toma de decisión de mantener la innovación, lo que lleva a un proceso de cambio y adaptación de las personas, los líderes y de la organización como un todo respondiendo así a las demandas del entorno y logrando sustentabilidad. Este proceso genera nuevos profesionales y equipos de salud con una cultura de innovación y aprendizaje permanente que permitirá dar servicios de mejor calidad a los usuarios de los distintos centros de salud.

Palabras clave: cultura organizacional, organización, cambio curricular.

Garantía, oportunidad, artrosis y autorreporte de salud en personas con artrosis en una comuna urbana

TAMAYO R., MAURO[1] y REBOLLEDO S., JAME[1]

INTRODUCCIÓN

En Chile, durante el año 2004 se establece un régimen de Garantías Explicitas en Salud (GES) (1), reforma sanitaria que permite que tanto los usuarios del sistema público (Fonasa) como privado (Isapre) tengan garantías de acceso, oportunidad, protección financiera y calidad en salud. La artrosis de rodilla y/o cadera leve o moderada en mayores de 55 años, es un cuadro incluido en este sistema. Uno de los principios orientadores de esta Reforma es que todo usuario tiene derecho a estar informado sobre sus beneficios; sin embargo, en la actualidad aún no se consolida un conocimiento masivo del sistema.

OBJETIVOS

Identificar la percepción de conocimiento sobre el régimen de garantías en salud (Ges) y el cuadro clínico de artrosis en personas ingresadas al régimen de garantías por artrosis, determinando relación entre percepción de conocimiento y autorreporte de salud.

METODOLOGÍA

Estudio descriptivo de cohorte transversal, realizado con personas inscritas en los cuatro centros de atención primaria de la comuna de Cerro Navia. El universo se conforma por personas mayores de 55 años con artrosis de cadera y/o rodilla, leve o moderada, incorporadas al registro SIGGES; esto significa un total de 647 personas.

La población muestreada corresponde a 241 personas obtenida a través de muestreo aleatorio estratificado por centro, con un intervalo de confianza del 95%.

El instrumento de medición consistió en una encuesta realizada en el domicilio de los participantes del estudio.

La presente investigación cuenta con la aprobación del Comité de Ética de Investigación en Seres Humanos de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile.

Se realizó análisis de frecuencia y para correlación se utilizó $\chi 2$ ($p<0.05$).

RESULTADOS

El 50,2% dice `no conocer´ en qué consiste el plan Auge, mientras que el 25,7% reporta conocer `más o menos´ y el 24,1% expresa desconocerlo.

Un 62,7% reporta no haber sido informado sobre su artrosis. El 41,9% de los entrevistados refiere una salud insuficiente. Existe asociación significativa entre percepción de conocimiento GES y autorreporte de salud ($p=0.037$). También al relacionarlo con información sobre artrosis ($p=0.000006$).

CONCLUSIONES

Es importante el número de personas que refieren desconocer el Auge/Ges, estando ya ingresadas a su registro, puesto que, paso previo es su notificación informada, pues existe mayor desconocimiento de este grupo particular en comparación al nivel nacional. Existiría valor sinérgico de la información entregada a las personas, puesto que tenderían a percibir mayor conocimiento sobre Ges aquellos que además

[1] Línea de Gestión y Salud Pública. Escuela de Kinesiología. Facultad de Medicina. Universidad de Chile. mtamayo@med.uchile.cl

habrían sido informados sobre su cuadro clínico. Por otra parte, quienes manejan más información de su cuadro clínico (artrosis) señalan mayor percepción de bienestar.

Todo proceso de reforma que busque un avance en el desarrollo país, garantizando derechos a las personas, pierde sentido en la medida que no son permanentemente evaluados por los principales fiscalizadores de su cumplimiento: nuestros pacientes y sus familias, quienes parecen no contar con los suficientes conocimientos para hacer exigibles estas garantías.

Palabras clave: reforma de salud, artrosis, autorreporte de salud, atención primaria de salud, educación.

Gestión territorial para la vigilancia ambiental del cólera en la Región de Coquimbo, Chile, 2011

AYALA P., SALVADOR[1] y VILLARROEL D., JOSÉ[2]

INTRODUCCIÓN

A fines de octubre del 2010 comenzó una epidemia de cólera en Haití y posteriormente República Dominicana comenzó a presentar casos positivos. Ante el riesgo de reintroducción de cólera en la región, la OPS recomendó reforzar los esfuerzos de vigilancia y preparar planes de respuesta, prevención y promoción de salud apropiada.

El Minsal preparó un plan frente a este riesgo, que incluyó la vigilancia ambiental en aguas servidas, de riego y alimentos. Para el ingreso de las muestras ambientales se creó una plataforma digital, en conjunto con el ISP.

Además se elaboró un catastro de la Red Nacional de Laboratorios Biomédicos (RNLB), para conocer la oferta de ésta y la capacidad de realizar los análisis de coprocultivo de las muestras ambientales.

OBJETIVOS

Objetivo general

Evaluación de la capacidad de tiempo-respuesta de los Laboratorios Biomédicos en las muestras del Sistema de Vigilancia Ambiental para el Cólera, Región de Coquimbo.

Objetivos específicos

- Espacializar el sistema de vigilancia ambiental para el cólera.
- Identificar y jerarquizar sectores de riesgo para la población, reconociendo patrones de distribución de las muestras ambientales y el tiempo de respuesta de la RNLB.
- Proponer mejoras a la gestión en la vigilancia ambiental durante el proceso de levantamiento de muestras y posterior análisis por los laboratorios biomédicos.

METODOLOGÍA

1.Preparación de los datos

- Recolección, corrección y estandarización de las bases de datos del Sistema de Vigilancia Ambiental para el cólera hasta la fecha en el área de estudio.

- Georreferenciación de las muestras coordenados por medio del software de Sistema de

[1] Laboratorio Territorio y Sociedad. Instituto Geografía PUCV. salvador.ayala.p@gmail.com

[2] Dpto. Epidemiología. Ministerio de Salud.

Información Geográfica Arcgis 9.3, complementándola con tablas de información alfanumérica correspondiente.

2.- Análisis y Geoprocesos

- Geoprocesos (Arcgis 9.3): Interpolación según tiempo de respuesta en la entrega de resultados, reclasificación según resultados.

- Salidas gráficas: Elaboración de cartografía temática que muestre sectores jerarquizados según el tiempo de entrega de resultados, puntos de concentración en la toma de muestras y sus patrones de localización, focalizando el trabajo y generando una propuesta para jerarquizar acciones en el control del cólera ambiental.

RESULTADOS

Del total de 503 muestras levantadas y georreferenciadas, 498 no presentan cólera ambiental, pero el tiempo de respuesta que tiene el laboratorio más cercano supera el día en la demora de entrega, teniendo como plazos máximos sobre los 3 días, desregulando territorialmente el control activo que se tiene en las áreas posibles de encontrar el cólera.

CONCLUSIONES

La identificación y localización de concentraciones en las muestras ambientales del cólera, previamente levantadas por el Sistema de Vigilancia Ambiental, permiten un seguimiento y control a la enfermedad. Se observan sectores con concentración de muestras y territorios con población sin vigilancia ambiental. Mejorar lo anterior permitirá prevenir efectos no deseados por una demanda espontánea de muestras en los laboratorios. Además, se puede gestionar un control del territorio del área de estudio en su conjunto, posibilitando una ayuda a la gestión de la red nacional de laboratorios biomédicos en el manejo del cólera, a través de una propuesta de mejora en el levantamiento de muestras mediante una distribución territorial planificada.

Palabras clave: Red nacional de laboratorios biomédicos, sistema de vigilancia ambiental, capacidad de tiempo-respuesta.

Implementación de los hospitales de autogestión en red: un estudio de caso cualitativo

MATTHEWS U., THOMPSON[1]), MÉNDEZ V., CLAUDIO[2]), MIRANDA J., CHRISTIAN[3]), TORRES A., MARÍA CRISTINA[2]) y MÁRQUEZ M., MIRIAM[4])

INTRODUCCIÓN

Las experiencias de autonomía hospitalaria en América Latina han presentado disímiles resultados en su implementación. Estos resultados han redundado en las disímiles percepciones y desconfianza de los equipos respecto de lo que implica la autonomía para la gestión hospitalaria. En Chile, la reforma de la salud de la década pasada introdujo al sistema la figura de los Establecimientos de Autogestión en Red (EAR). No obstante, no existe eviden-

(1) Escuela de Química y Farmacia. Facultad de Ciencias. Universidad Austral de Chile. thompson.matthews@alumnos.uach.cl
(2) Instituto de Salud Pública. Facultad de Medicina. Universidad Austral de Chile.
(3) Instituto de Filosofía y Estudios Educacionales. Facultad de Filosofía y Humanidades. Universidad Austral de Chile.
(4) Instituto de Salud Sexual y Reproductiva. Facultad de Medicina. Universidad Austral de Chile.

cia cualitativa respecto de los aspectos que han dificultado su implementación, así como aquellos que aún son necesarios de mayor desarrollo dentro de las instituciones hospitalarias.

OBJETIVOS

- Establecer las diferentes percepciones de los profesionales en relación al significado de autogestión hospitalaria.
- Identificar los principales aspectos organizacionales que dificultan o facilitan la implementación de la autogestión hospitalaria.
- Identificar los cambios que los profesionales recomiendan para mejorar la implementación de la autogestión en red.

METODOLOGÍA

Se condujo un estudio de caso cualitativo, en base a entrevistas individuales semiestructuradas en profundidad a profesionales del Hospital de Autogestión en Red San José de la ciudad de Osorno durante el periodo junio de 2010 a mayo de 2011. La elección de este tipo de diseño se fundamentó en razón a que mediante este es posible estudiar temas contemporáneos sobre los cuales el investigador no tiene control y donde no existe la pretensión de generalización, sino de profundización del discurso de los entrevistados, permitiendo acceder a categorías emergentes a partir de él.

Se seleccionó una muestra por bola de nieve, de 19 profesionales. Para la recolección de la información se utilizó la técnica cualitativa de entrevista semiestructurada en profundidad. Se realizaron 19 entrevistas, las cuales fueron grabadas -previa suscripción del respectivo consentimiento informado- y transcritas en forma literal. El análisis de las entrevistas se realizó mediante la técnica de análisis de contenido.

RESULTADOS

Para los entrevistados, la implementación de los EAR ha implicado el desarrollo de nuevas competencias para su desempeño profesional. No obstante, se presentan diferentes grados de conocimiento respecto del significado y las implicancias de la autogestión para el desempeño de los equipos y las instituciones hospitalarias; para los profesionales, su implementación ha impactado en una mejor provisión de servicios de salud.

Por otra parte, los entrevistados identificaron como principales debilidades la ausencia de capacidades organizacionales, de capacitación de calidad y la resistencia al cambio por parte de algunos integrantes del equipo de salud. Como fortalezas, los entrevistados destacaron el alineamiento del equipo directivo para que el establecimiento califique como un EAR por sus capacidades propias y no por fuerza de ley.

Los principales cambios que los entrevistados identifican como necesarios para mejorar la implementación se relacionan al desarrollo de nuevas estrategias de capacitación para los equipos de salud, así como de mayor alineamiento a los objetivos de la autogestión. Asimismo, plantean la necesidad de conducir un diagnóstico respecto de las falencias en la implementación de los centros de responsabilidad.

CONCLUSIONES

La implementación de la autogestión hospitalaria ha contribuido a mejorar la provisión de servicios de salud y los procesos asistenciales. No obstante, la ausencia de competencias organizacionales y estrategias de capacitación para los equipos de salud ha impedido alcanzar de mejor forma los estándares que la autogestión demanda para la institución.

Palabras clave: política de salud, reforma de la salud, administración hospitalaria, Chile.

Más allá del trabajo asistencial, avances y desarrollo en investigación en Cesfam Manuel Lucero de Olmué

MOENA G., BORIS[1]

INTRODUCCIÓN

La atención primaria de salud (APS) se ha caracterizado, tradicionalmente, por estar dedicada principalmente a labores de promoción, prevención y tratamiento de morbilidad de la población a cargo, pero la incursión en otras áreas, como la investigación, no ha sido suficientemente explotada por diversas razones (entre ellas, falta de tiempo destinado para estas actividades y difusión de los resultados una vez realizadas).

Aquí mostramos la experiencia de los últimos 6 años en esta área en nuestro Cesfam.

OBJETIVOS

Objetivo general

Difundir el trabajo de investigación realizado entre los años 2006 y 2011 en el Cesfam Manuel Lucero de Olmué.

Objetivo específicos

- Difundir la política interna de incentivo y fomento a la investigación científica del equipo del Cesfam y de los alumnos de pre y posgrado que realizan su práctica en este centro.
- Sistematizar y divulgar la información disponible de trabajos de investigación realizados.

METODOLOGÍA

Estudio descriptivo de tipo histórico que se realizó mediante la recolección de los trabajos publicados a la fecha, pertenecientes principalmente al Programa Creciendo Sano (CRES), proyecto docente asistencial, entre la Universidad de Valparaíso y el Cesfam, cuyo objetivo es fomentar estilos de vida saludable en población preescolar. Se basa en 4 ejes: nutricional, actividad física, salud oral y psicosocial

RESULTADOS

Se ha creado una política de incentivo a la investigación, destinando horas protegidas durante la jornada laboral para la planificación de estos y para el desarrollo de las actividades que se generan. Además, los profesionales cuentan con la autorización para poder asistir a congresos y difundir estos trabajos.

La información obtenida está en archivos públicos (internet), accesibles al equipo CRES y alumnos.

En total se han presentado los siguientes trabajos:

8 trabajos presentados en jornadas de salud pública (2006-2007)

6 trabajos presentados en congresos de pediatría (2006-2007)

2 trabajos en 5º Congreso Nacional de Médicos de APS (2008)

3 trabajos presentados en 1º Congreso de Salud Familiar y APS (2008)

3 trabajos presentados en 2º Congreso de Salud Pública (2010)

2 trabajos presentados al 14º congreso de investigación en Salud Pública, México (2011)

Proyectos de Tesis: 3 pregrado y 3 posgrado

Estudios científicos locales (2)

[1] Cesfam Olmué. moena200781@gmail.com

CONCLUSIONES

Tras haber participado en 24 trabajos científicos y 6 tesis en curso, creemos que es trascendental el rol que debería cumplir la APS en investigación sanitaria, como estrategia que no sólo genera nuevo conocimiento sino que, además, mejora la calidad, de acuerdo a las necesidades identificadas en la realidad local

Asimismo, es interesante destacar la motivación que genera el desarrollo y exposición de estos trabajos para los profesionales de salud frente a sus pares y la oportunidad de enriquecimiento con otras realidades y visiones cuando se presentan en otros congresos, especialmente internacionales.

Gracias al compromiso y alianza estratégica multi-institucional entre Universidad de Valparaíso, Cesfam y municipio local, se ha logrado mantener esta política de trabajo durante los últimos 6 años.

Palabras clave: trabajo de investigación, APS, investigación, salud escolar, CRES.

Mejoramiento de la calidad de la educación universitaria en Chile: Intercambio estudiantil internacional y competencias profesionales, personales e interculturales

MESA M., FRANCISCO R.[1] y VÁSQUEZ M., LYNDA K.[2]

INTRODUCCIÓN

Las movilizaciones estudiantiles en nuestro país muestran problemas financieros, de calidad y de empleabilidad en la formación universitaria. En el centro de la discusión ha estado presente el cuestionamiento sobre la calidad de educación que están entregando las universidades del país. La bibliografía científica internacional ha resaltado los beneficios de la internacionalización universitaria y, particularmente, el intercambio estudiantil, el cual es un instrumento importante en la formación universitaria integral pues permite a los estudiantes adquirir, practicar y mejorar sus competencias profesionales, personales e interculturales.

Nuestro trabajo persigue conocer la experiencia de intercambio estudiantil en una universidad pública y sus consecuencias sobre sus participantes. El estudio considera 32 estudiantes de 10 carreras de la Universidad de Los Lagos que realizaron intercambios en instituciones extranjeras durante los años 2007-2010. El promedio de edad fue de 22 años y el 80% fueron mujeres. La estadía promedio en el extranjero fue de un semestre. La Universidad de Los Lagos es una universidad pública, regional, cuyos alumnos provienen en un 80% de los tres quintiles de menores recursos.

[1] Departamento de Gobierno y Empresa. Universidad de los Lagos. fmesa@ulagos.cl
[2] Relaciones Internacionales. Universidad de los Lagos.

OBJETIVOS

- Describir y caracterizar los resultados académicos de los alumnos ex ante y ex post a su intercambio internacional.
- Analizar cualitativamente los informes que los estudiantes presentaron al finalizar su intercambio para descubrir los resultados de su experiencia.

METODOLOGÍA

Se analizaron los promedios de notas obtenidas por los estudiantes antes, durante y después del intercambio en el extranjero.

Se realizó análisis de contenido cualitativo a los informes solicitados por la Dirección de Relaciones Internacionales de la Universidad y entregados por los estudiantes al finalizar su intercambio.

RESULTADOS

Se observa un mejoramiento significativo en los promedios de notas de los estudiantes que estuvieron en intercambio. Sus promedios de notas fueron más altos en el extranjero y se mantuvieron altos tras su reincorporación.

Los estudiantes que participaron en el programa de intercambio en el extranjero le otorgaron un alto grado de valoración a su experiencia internacional, y reportaron haber adquirido y practicado tres tipos de competencias: profesionales, personales e interculturales.

a. En lo profesional, los alumnos tuvieron la posibilidad de estar en clases, observar y participar con otras metodologías de enseñanza y practicar sus conocimientos en entornos laborales distintos al suyo en otro país.

b. En lo personal, los estudiantes reportaron que la experiencia les dio crecimiento, madurez, responsabilidad, autocontrol y disciplina. Se incrementó significativamente su seguridad de sí mismos y pudieron experimentar que la calidad de la educación recibida en Chile es igual o mejor que la que entregan las universidades extranjeras.

c. En lo intercultural, los estudiantes informaron que la experiencia les permitió interactuar y adaptarse a distintos contextos culturales y conocer estudiantes de otras nacionalidades.

CONCLUSIONES

Nuestros resultados concuerdan con la literatura internacional que sostiene que los intercambios internacionales incrementan las competencias profesionales, personales e interculturales en las distintas disciplinas examinadas.

Futuros estudios sobre el intercambio estudiantil y sus consecuencias deben realizarse en el área de la salud en Chile ya que, de acuerdo con algunas investigaciones internacionales (Green 2008, Shieh 2004), lo estudiantes de Medicina y Enfermería que realizan intercambios en el extranjero adquieren mayor sensibilidad en el trato del paciente, competencias en su formación y mayor seguridad en sí mismos.

Palabras clave: educación universitaria, internacionalización, intercambio estudiantil, competencias.

Percepción de conocimientos en salud global a nivel de estudiantes de la carrera de Medicina

GUTIÉRREZ P. NICOLE[1], KONG G., RAMÓN[1] y CARRASCO D., CLAUDIA[2]

INTRODUCCIÓN

Es innegable la trascendencia del fenómeno de la globalización en la salud de las poblaciones; sin embargo, existe un vacío en la formación profesional, que deja ver una carencia de conocimientos relativos a la Salud Global en los estudiantes de las carreras de la salud en nuestro país.

OBJETIVOS

- Describir la percepción de conocimiento que tienen los alumnos de la carrera de Medicina de la Universidad de Chile sobre Salud Global y conceptos relacionados.
- Identificar los temas que despiertan mayor interés y que en un futuro se podrían incluir en su formación.

METODOLOGÍA

Es un estudio de tipo descriptivo, de cohorte transversal. Se aplicó un cuestionario, diseñado por los autores, a 60 alumnos de la carrera de Medicina de la Universidad de Chile (M: 55%; F: 45%), de 1º a 7º año. Se preguntó sobre la percepción de conocimiento que tenían los alumnos con respecto a un listado de 10 temas y se obtuvo una media dentro de la clasificación "nulo" o "bajo" en los siguientes: Diplomacia en salud, Gobernanza en salud, Cooperación internacional, Migración y Patentes de medicamentos (5 temas de un total de 10).

RESULTADOS

Cabe destacar que ninguno de los conceptos tuvo una media de percepción de conocimiento "medio" o "alto".

El 70% de los encuestados le da una importancia para su formación profesional igual o superior a 5 (en una escala de 1 a 7), y el 81.7% piensa que los docentes de su escuela NO tienen un enfoque global en sus clases.

Al enfrentarse a situaciones hipotéticas, existe una percepción de necesidad de conocimiento con una media igual o sobre los valores de "necesario" o "muy necesario" en 14 de las 19 situaciones planteadas.

Al preguntar si incluirían estos temas en su malla curricular la respuesta fue afirmativa en el 85% de los casos; tras esta pregunta, se propuso una lista de temas a incluir; los de mayor aceptación fueron Salud Global (90.2%), Pandemias (78.4%), Medicamentos (90.2%) y Alimentos (74.5%).

CONCLUSIONES

Podemos concluir que la percepción de conocimiento en Salud Global y temas relacionados es baja; sin embargo, existe una valoración positiva y un gran interés del alumnado por incluir temas tales como los efectos de la globalización en la salud, producción y patentes de medicamentos, entre otros.

De esta manera, se intenta dar el primer acercamiento a la realidad de nuestro pregrado y dejar abierta la discusión para que se realicen posteriores trabajos en el tema, que avalen la necesidad de integrar estos conocimientos a la formación de los futuros profesionales de la salud.

Palabras clave: salud global, formación pregrado, globalización.

[1] Ayudante alumno Programa de Salud Global. Escuela de Salud Pública. Universidad de Chile. ngutierrez39@gmail.com
[2] Escuela de Salud Pública. Facultad de Medicina. Universidad de Chile.

Perfil de los directores de centros de salud de atención primaria en Chile

TAMAYO R., MAURO[1] y AGUIRRE J.,MARCELA[1]

INTRODUCCIÓN

En el año 1978, la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud (APS) declaró que alcanzar el grado máximo posible de salud es uno de los objetivos sociales más importantes a nivel mundial. En este marco, la APS es la clave para lograr este objetivo.

En Chile, el año 1981 se implementó la ley que responsabilizó a las municipalidades de la atención primaria, proceso llamado municipalización y que fue parte de la descentralización del sistema de salud.

Actualmente, la Ley 19.378 que regula la APS municipal, en sus artículos 33 al 35 establece las condiciones para ser director de establecimiento de atención primaria. Conocer sus características cobra sentido en relación a los desafíos que este sector enfrentará en los próximos años.

OBJETIVOS

Describir el perfil de los directores de los Centros de Salud (CES) y Centros de Salud Familiar (Cesfam) pertenecientes a la Atención Primaria de Salud en Chile.

METODOLOGÍA

Este es un estudio de tipo descriptivo transversal, no experimental. La muestra es aleatoria estratificada y se extrajo de un universo de 506 directores de Cesfam y CES de Chile, con un 95% de confianza. El presente estudio cuenta con la aprobación del Comité de Ética. La recolección de datos consistió en encuestas telefónicas realizadas entre enero y abril de 2011. Se realizaron preguntas cerradas; previamente, se les describió el objetivo y alcances de la investigación, informándoles las condiciones de confidencialidad y solicitando su consentimiento. Se obtuvieron en total 222 encuestas válidas.

Posteriormente, los datos se organizaron en cuatro grupos, según ubicación geográfica, y se analizaron a través de medidas de frecuencia y tendencia central con el software Stata/SE 10.1 para Windows para determinar las distribuciones de las características de los directores de centros de APS y la existencia de asociación significativa entre calidad laboral y posformación con $x2<0.05$.

RESULTADOS

El promedio de edad de los directores, a nivel nacional, es de 45 años; de estos, un 66,2% son mujeres. Las profesiones con mayor frecuencia son, en orden descendente, Medicina (21,2%), Enfermería (17,6%) y Obstetricia (16,2%). La mayoría se encuentra en su cargo como titular, a nivel nacional (76,6%). Sobre el tiempo de permanencia en el cargo, obtenemos una mediana de 29,5 meses y experiencia previa al cargo en APS; aproximadamente, el 50% está en los 10 años, existiendo una alta variación en estos datos entre los directores.

Por otra parte, un 88,7% a nivel nacional posee algún tipo de posformación en gestión y/o salud pública.

CONCLUSIONES

Si bien es cierto, las investigaciones con relación a gestión y evaluación de programas,

[1] Línea de Gestión y Salud Pública. Escuela de Kinesiología. Facultad de Medicina. Universidad de Chile. mtamayo@med.uchile.cl

especialmente las relacionadas con prevención primaria, se encuentran privilegiadas, conocer sobre el recurso humano en Chile y la Atención Primaria de Salud es un tema también de la mayor relevancia. Contar con equipos directivos idóneos, formados en gestión y salud pública, sin duda constituye una masa técnica altamente positiva en este subsistema.

Palabras clave: directores, recurso humano, salud pública, atención primaria de salud, gestión.

Política pública para la atención del cáncer de mama en México

GONZÁLEZ R., MARÍA CECILIA[1], GONZÁLEZ R., LUZ MARÍA[2] y NIGENDA L., GUSTAVO[1]

INTRODUCCIÓN

El cáncer de mama (CaMa) es considerado un problema de salud pública en México por el incremento sostenido de sus tasas de incidencia (34% entre 2001 y 2008) y mortalidad (se duplicó en el mismo período: 8.0 a 16.2 muertes por 100 mil mujeres). Con la creación del Sistema de Protección Social en Salud -SPSS- se establece un mecanismo para brindar cobertura de salud a la población no asegurada a través de un paquete de servicios que incluye pruebas para detección y diagnóstico del CaMa. El tratamiento es cubierto por el Fondo de Protección Contra Gastos Catastróficos -FPGC-, el cual fue incorporado a partir del año 2007. Datos publicados indican que la disminución de la mortalidad por esta causa depende, en gran medida, de políticas y programas que estén adecuadamente estructurados y con recursos apropiados.

OBJETIVOS

Analizar la política para la atención integral del cáncer de mama en tres estados: Jalisco, Morelos y Nuevo León.

METODOLOGÍA

Estudio descriptivo transversal que contó con métodos de recolección y análisis cualitativo y cuantitativo. La información se colectó a través de entrevistas semi-estructuradas a funcionarios gubernamentales, personal de organizaciones de la sociedad civil y mujeres diagnosticadas y sus parejas (136 en total), seleccionadas mediante criterios de conveniencia. La selección de unidades de salud realizó al azar (criterios individuales de cada estado), cuatro unidades de I nivel en cada entidad federativa (2 en zona urbana y 2 en zona rural), 12 en total y 9 unidades de II y III nivel. Se obtuvieron también datos epidemiológicos y de disponibilidad de recursos a través de fuentes secundarias en los tres estados. Su análisis se realizó a través de estadística descriptiva. El análisis buscó integrar la información obtenida de los diferentes actores y fuentes de información mediante la técnica de triangulación. Se aplicaron criterios éticos establecidos en la declaración de Helsinki.

RESULTADOS

Los tres estados cuentan con programas específicos para la atención de la enfermedad que

[1] Centro de Investigación en Sistemas de Salud. Instituto Nacional de Salud Pública de México. cecilia.gonzalez@insp.mx
[2] Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma del Estado de Morelos. México

integran acciones individuales y comunitarias y que responden a un proceso de planificación estratégica, con objetivos, líneas de acción y presupuestos específicos, regulados por la Secretaría de Salud Federal. La incorporación de nuevo presupuesto al desarrollo de estos programas se realizó a través del SPSS y el FPGC. Esto ha permitido, en términos generales: 1) mejorar la infraestructura para la atención de la enfermedad, 2) incorporar tecnología a los estados para mejorar la detección temprana del CaMa, 3) ampliar la cobertura de atención a la población y 4) capacitar al personal de salud particularmente de I nivel. No obstante, el desarrollo de estos programas y su implementación es muy heterogéneo. Jalisco y Nuevo León cuentan con mejores recursos que Morelos (de todo tipo). Este último no posee la capacidad instalada para garantizar el diagnóstico y tratamiento integral (por ejemplo, realización de pruebas de inmunohistoquímica y procedimientos de quimioterapia y radioterapia).

CONCLUSIONES

Avances: desarrollo de una política pública para la atención del CaMa con progresos importantes en términos de regulación, financiamiento y prestación de servicios. Retos: promover una inversión equitativa entre las instituciones del sector y los estados para disminuir las brechas regionales existentes, lograr una adecuada coordinación intra e interinstitucional para dar respuesta oportuna a la población y construir espacios para la participación de la sociedad en los procesos de formulación, ejecución y evaluación de políticas públicas.

Palabras clave: políticas públicas, neoplasia mamaria, México.

Políticas de prevención de muertes por accidentes de tránsito causados por ingesta de alcohol

SIMIAN V., ANDREA[1] y ROSSO C., FABIOLA[2]

INTRODUCCIÓN

Los estudios disponibles indican que los accidentes de tránsito con resultado de muerte en el Gran Santiago donde se considera como causa basal el consumo de alcohol por parte del conductor, están concentrados en ciertas locaciones. De ahí, se sigue que una política de prevención geográficamente concentrada en estos lugares tendría un impacto positivo en reducir este tipo de accidentes, y con ello, las muertes y lesiones.

OBJETIVOS

Caracterizar la posible asociación entre el número de accidentes de tránsito causado por consumo de alcohol con el número de patentes de alcohol emitidas, el tamaño del parque vehicular, y concentración de población joven en los municipios correspondientes. Lo anterior, para proponer una serie de medidas simples que podrían incorporarse a las actuales para prevenir dichos accidentes, disminuyendo así los años de vida potencialmente perdidos

[1] Estudiante 4to Medicina Universidad Finis Terrae. acsimian@gmail.com
[2] Facultad de Medicina. Universidad Finis Terrae.

(AVPP), en el marco del endurecimiento a la ley de alcoholes.

METODOLOGÍA

Se analizaron las bases de datos de carabineros y las poblaciones INE (año 2010), además de incorporar otras fuentes de información secundaria para el análisis de otras variables de interés. El análisis estadístico utilizó tablas de frecuencias y gráficos, además de prueba Ji-cuadrado para evaluar diferencias de proporciones de respuesta. Para evaluar variación de respuestas, se realizó análisis ajustado por las variables señaladas, a través de regresión logística para muestras independientes. Se usó nivel de significancia 5 %. Los resultados se analizaron con SPSS versión 19.0. Se hizo una revisión de la literatura sobre la evidencia de las medidas de prevención y, en específico, para zonas geográficas delimitadas.

RESULTADOS

Algunos de los principales resultados de este trabajo son: Aún cuando es posible observar una tendencia a mayor número de la mediana de accidentes con alcohol con respecto a tener mayor número de mediana de entrega de patentes de alcohol que las demás comunas, esto no resulta significativo (p=0,32); tampoco al ajustarlos por grupo de edad (p=0,26). Ocurre lo mismo respecto a las otras variables analizadas. En consideración a las medidas de prevención, dado los resultados, se infiere que la prevención debe enfocarse sobre aquellas comunas que presenten un mayor número de accidentes, y no sobre aquellas que posean un alto índice de las variables analizadas; estrategias con evidencia son cambiar el contexto del consumo de alcohol y contramedidas de la conducción e ingesta de alcohol (Babor y otros).

CONCLUSIONES

Al analizar los accidentes en que estuvo involucrado el consumo de alcohol por parte del conductor, en cuanto a la cantidad de patentes alcohólicas, no existe alguna correlación que se le pueda atribuir, probablemente porque hay muchas variables contundentes, como lugares donde los jóvenes salen, tiempo de traslado después de la salidas, entre otras. Esto implica que la prevención de estos accidentes debe focalizarse geográficamente sobre las comunas donde ocurre la mayor parte de los accidentes por alcohol. Es por esto que proponemos medidas de prevención, más que de castigo, para disminuir las cifras por este tipo de accidentes, como son: aumento de la fiscalización en las avenidas donde se produce mayor cantidad de accidentes, retención de la licencia de conducir a conductores bajo la influencia del alcohol, y mayores penas para reincidentes.

Palabras clave: accidentes de tránsito, alcohol, prevención.

¿Qué influye principalmente en la autopercepción de salud de la población en la RM?

MUÑOZ C-B., CECILIA[1], CONTRERAS C., PATRICIA[1], CHÁVEZ C., RÓBINSON y FUENTES A., MAURICIO[1]

INTRODUCCIÓN

La autopercepción de salud es uno de los indicadores con mayor publicación en las encuestas de salud. En nuestro país, la pregunta "En general Ud. diría que su salud es: excelente, muy buena, buena, regular o mala" fue incluida en la última Encuesta Nacional de Salud (ENS) y en las Encuestas de Calidad de Vida de los años 2000 y 2006. Se distingue cierta relación en la autopercepción del estado de salud y el sexo, estado nutricional, edad, discapacidad y variables socio-demográficas e incluso económicas, del entrevistado.

La ENS 2009-2010 ubica a nuestra región en la tercera posición con mayor prevalencia en la percepción de mala salud (3.7%); además, es la tercera región con menor prevalencia en la percepción de muy buena salud (64.7%).

¿Qué factores influyen en la respuesta de la población de la Región Metropolitana y cuál de éstos es el que tiene mayor relevancia en la respuesta de la misma? Son las respuestas que buscaremos al identificar qué variables estarían influyendo en éstas.

OBJETIVOS

- Identificar los factores y variables que inciden en la mala autopercepción de salud en personas de la Región Metropolitana entrevistadas en la Encuesta Nacional de Salud 2009-2010.
- Encontrar posibles factores de riesgo de mala autopercepción de salud en personas de la Región Metropolitana.

METODOLOGÍA

Con ayuda del Software SPSS se analizó la respuesta de la ENS 2009-2010, `En general Ud. diría que su salud es: excelente, muy buena, buena, regular o mala´, a través de una Regresión Logística, centrando su análisis en cada variable explicativa considerada, de modo de evaluar el grado de asociación con la respuesta y su calidad de posible factor de riesgo en la mala autopercepción de salud.

Se consideran como factores aquellas variables que categorizan a los individuos pero que no constituyen variables explicativas de la respuesta (sexo, edad y nivel educacional) y variables posiblemente explicativas (24 en total). Ninguna de éstas fueron medidas a todos los encuestados de la RM, por lo que resulta imposible analizar la muestra completa. Así, se considerará un número mínimo de observaciones que contenga información de la mayor parte de las variables de interés (95%), encontrando 6 variables explicativas significativas en el modelo: stress, stress financiero, riesgo cardiovascular, angina de esfuerzo, mala visión, síntomas musculoesqueléticos.

RESULTADOS

En la muestra, las variables con mayor incidencia en la respuesta de mala salud son: edad (>45 años), sexo (mujer) y nivel educacional bajo.

La angina de esfuerzo es mayormente asociada a la autopercepción de mala salud.

El stress financiero muestra una fuerte asociación con la autopercepción de mala salud.

Las personas con síntomas musculoesqueléticos tienen 70% más chance de señalar su salud como mala respecto a las que no presentan tales síntomas.

Prácticamente, en un mismo grado de importancia en la mala autopercepción de salud se encuentran el riesgo cardiovascular

[1] Seremi de Salud R.M. cecilia.munozc@redsalud.gov.cl

y la mala visión, con odds ratio estimados de 1,94 y 1,92, respectivamente.

La sensación permanente de stress implica un 64% más de chance de una mala autopercepción de salud.

CONCLUSIONES

Los hombres de la muestra, menores de 45 años, presentan mejor percepción de salud que el resto de la población.

Todas las variables estudiadas presentan una asociación con la respuesta, por lo que constituirían factores de riesgo para una mala autopercepción de la salud.

Podríamos concluir que en la muestra los factores `stressores´ influyen mayormente en la autopercepción de salud, incluso más que la presencia misma de enfermedad (HTA, DM).

Palabras clave: autopercepción, indicadores de salud, encuestas de salud.

Recursos humanos en salud e implementación de la autogestión hospitalaria en red: Una evaluación cualitativa

MÉNDEZ V., CLAUDIO[1], MATTHEWS U., THOMPSON[2], MIRANDA J., CHRISTIAN[3], TORRES A., MARÍA CRISTINA[1] y MÁRQUEZ M., MIRIAM[4]

INTRODUCCIÓN

El diseño e implementación de experiencias de autogestión y autonomía hospitalaria en América Latina han demostrado cómo la ausencia de alineamiento entre los recursos humanos y los nuevos modelos organizacionales impacta negativamente en el desempeño de los equipos de salud.

En Chile, la reforma de la salud de la década pasada introdujo al sistema la figura de los Establecimientos de Autogestión en Red (EAR). No obstante, no existe evidencia respecto de las implicancias para la gestión y desarrollo de los recursos humanos en salud bajo el nuevo modelo de gestión.

OBJETIVOS

- Establecer las implicancias de la autogestión hospitalaria para los recursos humanos en salud.
- Identificar los principales aspectos organizacionales que dificultan o facilitan el desarrollo de los recursos humanos en salud.
- Identificar los cambios que los profesionales recomiendan para mejorar el desempeño de los recursos humanos en salud.

METODOLOGÍA

Se condujo un estudio cualitativo y exploratorio, en base a entrevistas individuales

(1) Instituto de Salud Pública. Facultad de Medicina. Universidad Austral de Chile. claudiomendez@uach.cl
(2) Escuela de Química y Farmacia. Facultad de Ciencias. Universidad Austral de Chile.
(3) Instituto de Filosofía y Estudios Educacionales. Facultad de Filosofía y Humanidades. Universidad Austral de Chile.
(4) Instituto de Salud Sexual y Reproductiva. Facultad de Medicina. Universidad Austral de Chile.

semi-estructuradas en profundidad a profesionales de los Hospitales de Autogestión en Red de las ciudades de Valdivia y Osorno durante el periodo junio de 2010 a mayo de 2011. Este diseño metodológico permite explorar las percepciones de equipos e individuos relacionadas a la implementación e impacto de programas y políticas de salud.

Se seleccionó una muestra por bola de nieve, de 39 profesionales. Para la recolección de la información se utilizó la técnica cualitativa de entrevista semi-estructurada en profundidad. Se realizaron 39 entrevistas, las cuales fueron grabadas -previa suscripción del respectivo consentimiento informado- y transcritas en forma literal. El análisis de las entrevistas se realizó mediante la técnica de análisis de contenido en su aproximación convencional.

RESULTADOS

Para los recursos humanos en salud, la implementación de los EAR ha implicado insertarse en un modelo de gestión para el cual no hubo una modificación estructural en las políticas y estrategias dirigidas a facilitar el desempeño de los equipos de salud. Asimismo, el proceso se ha desarrollado en un ambiente de alta incertidumbre técnica y política.

Independientemente del compromiso directivo y administrativo, para los entrevistados el principal obstáculo para los recursos humanos ha sido la ausencia de competencias y capacidades técnicas y profesionales alineadas al nuevo modelo de gestión. No obstante, la principal fortaleza ha sido el compromiso institucional de los equipos en la implementación de los nuevos procesos clínicos que ha demandado el modelo de autogestión.

Para mejorar el desempeño de los recursos humanos en salud, los entrevistados plantean la necesidad de implementar políticas y estrategias dirigidas a superar la brecha entre el modelo de autogestión y las competencias gerenciales y administrativas de los equipos de salud. Asimismo, identifican la necesidad de mejorar la distribución y regulación de los recursos humano en el país.

CONCLUSIONES

La implementación de la autogestión hospitalaria ha implicado un escenario de incertidumbre organizacional en los recursos humanos en salud. Sin embargo, la implementación de nuevos procesos clínicos y asistenciales ha permitido la identificación de brechas que requieren de nuevas políticas y estrategias de desarrollo para los recursos humanos en salud.

Palabras clave: política de salud, recursos humanos en salud, administración hospitalaria, Chile.

Rotación laboral: Un estudio con médicos que ejercen en APS en comunas del Gran Santiago

BASS D., CAMILO[1]

INTRODUCCIÓN

La rotación de profesionales médicos en establecimientos del nivel primario de atención es un problema que adquiere relevancia en las grandes ciudades, especialmente en Santiago, y es esencialmente preocupante considerando el modelo de salud con enfoque familiar y la relevancia que adquiere brindar una atención continua.

Aunque son escasos los antecedentes acerca de la rotación médica en la atención primaria, en base a información proporcionada por el Ministerio de Salud, una cantidad importante de médicos del nivel primario de atención abandona en el corto plazo su trabajo en un centro de salud.

Esta investigación consistió en identificar factores relacionados con la rotación laboral de los médicos que trabajan en centros de salud de atención primaria del Gran Santiago, para aportar insumos en la generación de políticas tendientes a solucionar este problema.

OBJETIVOS

Objetivo general

Determinar factores relacionados con la rotación laboral de los médicos que trabajan en los centros de salud de atención primaria del Gran Santiago.

Objetivos específicos

- Identificar las características personales y laborales de los médicos que trabajan en la atención primaria, que pueden relacionarse con el cambio de consultorio.
- Identificar las características personales y laborales de los médicos que trabajan en la atención primaria, que pueden relacionarse con la permanencia en un consultorio.
- Analizar los factores que se relacionan con la rotación de los médicos que trabajan en la atención primaria y determinar los patrones comunes en el discurso de los actores involucrados.

METODOLOGÍA

Se utilizó una metodología cualitativa orientada a identificar las dimensiones de la rotación médica, por medio de 4 grupos de discusión (administradores de salud, médicos chilenos de 45 años o más, médicos chilenos de 35 años o menos, médicos extranjeros).

Se eligieron muestras no probabilísticas, estratificando las comunas del Gran Santiago de cada uno de los seis servicios de salud de la Región Metropolitana, de acuerdo al índice de pobreza de la Encuesta de caracterización socioeconómica (Casen), según información del Sistema Nacional de Información Municipal (Sinim).

Respecto a las variables definidas para orientar la búsqueda de información, se consideraron algunas previamente identificadas como relevantes para la rotación: origen de los médicos (chileno/ extranjero) y, para el caso de los médicos chilenos, la edad (35 años o menos, y 45 años o más), así como la representatividad por sexo.

Dado que en el grupo de médicos chilenos mayores de 45 años participaron sólo tres mujeres, se realizaron entrevistas individuales a dos médicos mayores de 40 años, para que su perspectiva quedara incorporada en el análisis.

[1] Agrupación Nacional de Médicos de Atención Primaria. camilobass@yahoo.com

RESULTADOS

De acuerdo a esta investigación, los factores que estarían afectando la rotación de los médicos en atención primaria son: la formación universitaria, prejuicios respecto a trabajar en la APS, las precarias condiciones laborales y la estructura del Sistema de Salud. Aparecen, además, como factores relacionados con esta temática, la nacionalidad de los médicos y la problemática de género.

CONCLUSIONES

En función de lo encontrado, se propone disminuir la rotación laboral de los médicos de atención primaria, a través de la generación de una política integral donde se considere, entre otros aspectos, asegurar un financiamiento estable, mejorar condiciones de trabajo y desarrollar una estrategia de capacitación continua. De este modo, se podrá aportar al fortalecimiento del Modelo Integral de Atención de Salud con Enfoque Familiar y Comunitario, que se encuentra actualmente en proceso de implementación.

Palabras clave: atención primaria de salud (APS), recursos humanos, rotación médica.

Reunión de Sector: Transdisciplinariedad y gestión del conocimiento, estrategia trazadora del Modelo de Salud Familiar

NIVELO C., MÓNICA[1], MENARES L., VERÓNICA[2] y PINTO E., CLAUDIA[2]

INTRODUCCIÓN

Para esta nueva década el Minsal ha propuesto fortalecer la planificación para la consecución efectiva de los objetivos sanitarios. Respecto del Modelo de Atención Integral con Enfoque Familiar y Comunitario, el nuevo desafío es consolidar la aplicación de las estrategias trazadoras orientándolas a resultados medibles.

Una estrategia que da cuenta del modelo es el trabajo transdisciplinario del equipo, donde se genera el aprendizaje organizativo que es la base para la gestión del conocimiento. En atención primaria existe la actividad Reunión de Sector, donde podría darse esta forma de trabajo que se constituiría en la base explícita y tangible del Modelo de Salud Familiar y Comunitario y podría convertirla en esa estrategia trazadora.

OBJETIVOS

El propósito del trabajo es aportar a la implementación del Modelo de Atención Integral de Salud con Enfoque Familiar y Comunitario a través de la sistematización de la Reunión de Sector.

[1] Magíster (c) Salud Pública. Departamento de Atención Primaria y Salud Familiar. Facultad de Medicina. U. de Chile. mnivelo@med.uchile.cl

[2] Programa de Especialista en Medicina General Familiar. Escuela de Postgrado. Facultad de Medicina. Universidad de Chile.

Objetivo general

Sistematizar la experiencia de reuniones de equipo de sector, focalizándose en los fundamentos implícitos y explícitos que sustentan esta práctica, a través de la vivencia de los participantes.

Objetivos específicos

- Sistematizar la experiencia Reuniones de Sector en Cesfam Cristo Vive.
- Identificar los elementos de las narrativas de los integrantes de los equipo que muestran a la reunión como una instancia transdisciplinaria, de Gestión del Conocimiento y de integración de los Principios del Modelo de Salud Familiar
- Diseñar y validar una Escala de Evaluación de la Reunión de Sector que la identifique como estrategia trazadora.
- Realizar un diagnóstico de situación de la actividad Reunión de Sector en centros de salud con distintos grados de avance de implementación del modelo. (Estructura y contenidos)

METODOLOGÍA

Revisión de los libros de actas disponibles de los 4 sectores del Cesfam Cristo Vive entre 2008-2010.

Grupo focal a cada equipo de sector del Cesfam Cristo Vive, con la categorización y reconstrucción lingüística de las narrativas en torno a la experiencia en la Reunión.

Encuesta anónima a integrantes de equipos de centros de salud en distinto grado de avance (33 profesionales que asisten al diploma de Salud Familiar, U. de Chile) con: (a) Escala Visual Análoga de Contraste Semántico de 29 ítems, producto de la categorización anterior. Validación de la Encuesta: análisis de grupos extremos mediante prueba t de Student de ítems de la escala y correlación item-test. La consistencia interna de la escala se evaluó a través del coeficiente alfa de Cronbach; y (b) Estructura y Contenidos de la Reunión de Sector.

RESULTADOS

Sistematización en Cesfam Cristo Vive: La mayoría de las familias no tiene registrado seguimiento y las de riesgo alto concentran los seguimientos.

Se reconocen en la narrativa de los integrantes del Cesfam Cristo Vive varios elementos de la transdisciplina, de la gestión del conocimiento y de aplicación de los principios de la salud familiar.

Gran heterogeneidad de modalidades de estructura y de contenidos de la Reunión de Sector en distintos centros.

CONCLUSIONES

Aquellos equipos que más se acercan al estilo de trabajo transdisciplinario reconocen a la Reunión de Sector como una actividad eje en el desarrollo del Modelo de Salud Familiar. Esos equipos poseen una relación más horizontal, facilitadora de la transdisciplina y de la gestión del conocimiento. Dado que existe una diversidad de modalidades de Reunión de Sector, sugerimos que esta actividad será la estrategia trazadora si cumple con algunas características mínimas preliminares, tales como:

- Reuniones con espacio y tiempo protegido
- Participación de todo el equipo de sector con una población a cargo definida

Se espera realizar otro estudio con una muestra más amplia que permita afinar los resultados para establecer con mayor detalle las características de la Reunión de Sector como Estrategia Trazadora.

Palabras clave: reunión de sector, transdisciplina, estrategia trazadora.

Satisfacción de los pacientes en el Servicio Dental de Especialidades, Hospital San Borja Arriarán

MUZA CAROCA RICARDO [1]

INTRODUCCIÓN

Un aspecto clave para el desarrollo de una institución de salud, es la mejora en la satisfacción de los usuarios. Se entiende como satisfacción usuaria, el grado de cumplimiento por parte del establecimiento, respecto de las necesidades y expectativas que tiene el usuario en relación a los servicios que este le ofrece. Un servicio es de calidad cuando sus características, tangibles e intangibles, satisfacen las necesidades y expectativas de sus usuarios. En la actualidad se reconoce que la cantidad no es suficiente para alcanzar las metas de brindar una atención efectiva y lograr los impactos deseados.

Es importante identificar los aspectos que desfavorecen o favorecen la atención odontológica de calidad en nuestro servicio para mejorar los factores deficientes. La medición de la satisfacción del paciente es un componente de la calidad de la atención.

OBJETIVOS

Evaluar el nivel de satisfacción del paciente en el Servicio Dental de Especialidades del Hospital San Borja Arriarán.

METODOLOGÍA

Se realizó mediante una encuesta de opinión, aplicada a 191 pacientes de 15 a 65 años que acudieron a tratamiento al Servicio Dental de Especialidades del Hospital San Borja Arriarán. Los pacientes reportaron el nivel de satisfacción a 11 preguntas en un cuestionario. Las preguntas contenidas en el cuestionario aplicado tuvieron cinco posibilidades de respuesta: muy buena, regular, menos que regular, malo, no sé.

Las variables evaluadas fueron: solución a su problema dental, tiempo que ha demorado su tratamiento, información entregada por el dentista acerca de su tratamiento, trato del dentista hacia usted, tiempo de espera para su atención en la sala de espera, costo del tratamiento, acceso al tratamiento dental, aseo de la sala de espera, confort de la sala de espera, disponibilidad y estado de baños.

El cuestionario fue anónimo y completado por el propio paciente. Los datos fueron analizados en el programa SPSS 17.

RESULTADOS

En las respuestas referidas a condición de infraestructura, destacan que el 25,5% opina desfavorablemente del estado de los baños. El confort de la sala de espera es evaluado en el 32,5% como muy buena y regular en el 49,7% de los casos. El aseo de la sala de espera es evaluado como muy bueno en el 63,9% de las respuestas.

Las evaluaciones del tiempo de espera y trato del dentista arrojan resultados regulares: buenos respecto del trato del dentista y bien sólo el 27%, respecto al tiempo de espera.

La evaluación global del equipo clínico del Servicio de Especialidades es muy buena en el 72,3%.

CONCLUSIONES

Los resultados indican que el nivel de satisfacción del paciente fue moderadamente alto, en general. Necesidades de mejoramiento in-

[1] Servicio Dental Especialidades. Hospital San Borja Arriarán. rmuzac@yahoo.com

cluyen: disponibilidad y estado de los baños, confort de la sala de espera, acceso a su tratamiento (tiempo de espera para la asignación de hora con el especialista), costo del tratamiento, acortamiento del tiempo de espera en la sala, para su atención.

La medición de satisfacción del paciente es compleja de evaluar, debido a los múltiples factores que inciden. La medición de la satisfacción del paciente debe ser continua e incluir medidas de mejoramiento.

Palabras clave: satisfacción, usuario, calidad.

Adaptación y validación de la escala Rapid Assessment of Physical Activity (Rapa) en población chilena

PÉREZ, CAROLA[1], BUSTAMANTE, CLAUDIA[1], ALCAYAGA, CLAUDIA[1], BELTRÁN, ÁNGELA, MEDINA, MARGARITA[2]

INTRODUCCIÓN

Las patologías crónicas presentan una alta prevalencia a nivel nacional (Minsal, 2010). El tratamiento de estas patologías considera que los pacientes realicen cambios en sus hábitos de alimentación y actividad física (Minsal, 2010). Identificar qué cambios implementar y realizar un adecuado seguimiento de estos, requiere contar con instrumentos de medición adecuados. El Rapid Assessment of Physical Activity (RAPA, Topolski et al., 2006), es un instrumento de autorreporte que mide el nivel de actividad física del paciente, diferenciando su frecuencia e intensidad.

OBJETIVOS

Objetivo general

Adaptar y validar el instrumento RAPA en personas que asisten a centros de salud de la comuna de La Florida.

Objetivos específicos

- Adaptar las imágenes y el contenido del RAPA en español para ser comprendido por personas que consultan en centros de atención primaria.
- Evaluar la confiabilidad del RAPA en español, en una muestra de personas que asiste a centros de atención primaria.
- Determinar la validez concurrente del RAPA en español.

METODOLOGÍA

Diseño: Estudio cros-seccional. Muestra: 199 personas que asisten a centros de salud de La Florida, 79% mujeres, edad promedio de 42,74 años (DS= 15,59). Un 27% cuenta con escolaridad básica, un 62% con educación media, y un 11% con escolaridad universitaria. Procedimientos: Se solicitó y obtuvo la autorización del autor para realizar la adaptación del instrumento. Utilizando la versión para población hispana del RAPA, se determinó la adecuación de las imágenes -contenidas en el instrumento- a la realidad local, encuestando a 10 personas respecto al significado de las imágenes. Se realizaron modificaciones en 6 de las 11 imágenes. Dichas modificaciones fueron nuevamente revisadas y se conformó la versión definitiva de imágenes del instrumento para Chile. La correspondencia idiomática del instrumento en español fue revisado por dos jueces con conocimientos lingüísticos, quienes sugirieron cambios al fraseo y estructura de las instrucciones y algunos de los ítems. Adicionalmente, un conjunto de 10 personas respondieron el instrumento y señalaron dificultades en la comprensión de las frases. Considerando esta información, el equipo de investigación elaboró la versión definitiva del instrumento RAPA para ser aplicada en población nacional. Este instrumento fue aplicado a personas que asisten a centros de salud. Se les contactó en la sala de espera y explicó los objetivos del estudio. Aquellos que aceptaron participar, firmaron el consentimiento y completaron el instrumento. Para determinar el IMC se les pesó y consultó por su altura, y se midió su perímetro de cintura.

[1] Escuela de Enfermería. Pontificia Universidad Católica de Chile. jcperez1@uc.cl
[2] Corporación Municipal de Educación, Salud y Recreación de La Florida.

RESULTADOS

El instrumento fue contestado adecuadamente por 196 personas. Un 1% es categorizado como "Poco Activo", 48% como "Poco Activo Regular Ligero", 38,8% como "Poco Activo Regular", y 12,2% como "Activo". La confiabilidad es de ,58 (9 ítems). Las puntuaciones en la escala RAPA se relacionan (rho de Spearman) en forma inversa con el perímetro de cintura (r= -,146, p.=,04) y el IMC (r= -,180, p.=,01), es decir, a mayor actividad física que realizan los encuestados menor es su perímetro de cintura y su IMC. Similares resultados se obtienen al considerar estas variables en categorías.

CONCLUSIONES

El RAPA en su versión español adaptada para Chile, es un instrumento de fácil aplicación que, pese a su limitada confiabilidad, logra ser sensible al desarrollo de actividad física, al sostener una relación coherente con los parámetros antropométricos. Los centros de salud contarían con un instrumento para medir actividad física, tanto con fines de promoción de la salud como para el tratamiento a personas con enfermedades crónicas.

Palabras clave: actividad física, medición, validez, confiabilidad

Adolescentes y tribus urbanas: un estudio etnográfico

MUÑOZ LUZ ANGÉLICA[1], ARCOS ESTELA[1], LAZCANO MAURICIO[2], ACEVEDO JOSÉ[1] y SEITER EMILIO[3]

INTRODUCCIÓN

En la construcción de su identidad, los adolescentes generan la búsqueda de espacios que les permita configurar una red de apoyo social, tribus urbanas, con particularidades para cada caso. En Chile, hay escasez de estudios sobre estos grupos, aun cuando existe interés por conocer la definición de conductas respecto al cuidado de la salud. Desde enfermería, ha surgido la necesidad de aproximarse a sus realidades para implementar estrategias que permitan la prevención y protección de su salud.

OBJETIVO

Comprender el imaginario social, intereses, preocupaciones y sentido que otorga la población estudiada a determinantes de sus contextos específicos de interacción con la estructura social y cultural.

METODOLOGÍA

Corresponde a un estudio cualitativo de trayectoria etnográfica. El universo cultural estuvo constituido por 15 adolescentes, escolarizados y no escolarizados, adscritos a tribus urbanas y con residencia en la comuna de San Antonio de la V Región de Valparaíso, que fueron seleccionados de acuerdo a criterios específicos en el trabajo de terreno. A cada adolescente se les explicó el propósito y objetivos de la investigación, se les garantizó confidencialidad y anonimato. La entrevista fue realizada previo consentimiento informado, que en el caso de menores de 18 años fue firmado por su tutor legal. Para la interpretación y análisis de los datos se utilizó un software de análisis de datos cualitativos para codificar, categorizar y, luego, interpretar los significados que los adolescentes dan a sus experiencias y las posibles implicancias de estas para la salud.

[1] Facultad de Enfermería. Universidad Andrés Bello. marcos@unab.cl
[2] Cesfam San Antonio. Municipalidad de San Antonio.
[3] Escuela de Salud Pública. Facultad de Medicina. Universidad de Chile.

RESULTADOS

Se entrevistaron jóvenes de tribus fashion, metalera, flaite, skater, otaku, rapero, visual kei, biker, gótica y emo visual. Entre los jóvenes entrevistados, se destacó la percepción de ser y querer ser percibido diferente a los demás. De sus relatos, se identificó que la adscripción a la tribu de pertenencia se vinculó con un rechazo a la cultura popular de los jóvenes de San Antonio. En este contexto, la ropa juega un papel importante, porque los diferencia de los "adolescentes normales" y comunican una señal explícita de la tribu a la sociedad sobre su existencia y particularidades. La tribu urbana es el sistema alternativo de apoyo social cuando existía un contexto familiar con problemas de pobreza, abuso, violencia, consumo de alcohol y drogas. Este apoyo les sirvió para manejar experiencias difíciles ya que algunas jóvenes abandonaron las prácticas de cortarse las venas para aliviar los síntomas de depresión y olvidarse de los abusos que padecieron en la infancia. En casos de jóvenes con dificultades para comunicarse con su entorno, la música fue utilizada como medio de comunicación para expresar y compartir sus sentimientos.

CONCLUSIONES

El presente estudio da cuenta sobre factores de protección y de riesgo para la salud como son el abuso de alcohol y drogas, violencia y prácticas de rituales auto flagelantes. El modelo de atención integral en salud requiere de competencias en los equipos para abordar las acciones de promoción de salud desde las respectivas realidades sociales, considerando la diversidad de componentes en términos de edad, clase social, género, territorialidad, estructura y funcionamiento familiar, motivaciones y oportunidades de desarrollo de los proyectos de vida de los y las adolescentes.

Palabras clave: adolescentes, tribus urbanas, necesidades, promoción de salud

Análisis de lactancia materna exclusiva (LME) en menores de 6 meses en Cesfam Santa María controlados entre septiembre 2010 y marzo 2011

FONTECILLA A., CATALINA[1], RAMÍREZ G., JORGE[1] y NAVARRO I., CAMILA[1]

INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda como alimentación ideal la LME durante los primeros seis meses de vida. En Chile se han adoptado diversas medidas según el nivel de atención en salud. Sin embargo, los resultados obtenidos en las Encuestas Nacionales de Lactancia Materna han demostrado un estancamiento en la tasa de crecimiento de LME al 6° mes de vida entre los años 2000 - 2005.

OBJETIVOS

Analizar el tipo de alimentación recibida por menores de 0 a 6 meses de edad nacidos entre septiembre y diciembre del 2010 en Cesfam Santa María y compararlo con la realidad nacional.

METODOLOGÍA

Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo de menores de entre 0 a 6 meses de edad que asistieron a control niño sano en Cesfam

[1] Interno de Medicina Universidad de Valparaíso. catafont@gmail.com

Santa María entre septiembre del 2010 y marzo del 2011 (n=50), categorizándolos según su edad y el tipo de alimentación recibida según Fichas Clínicas y Tarjetas de Control de Salud Infantil.

RESULTADOS

Del total de menores analizados, 35 de ellos (70%) recibe LME, independiente de la edad. Al categorizar por edad, el 94% de los menores de un mes y el 60,7% de los menores de entre 2 y 3 meses son alimentados por LME. Sin embargo, sólo el 33,3% de los lactantes controlados en el 6° mes de vida reciben LME.

Del total de niños sin LME (n=16), 13 de ellos (81,3%) finalizó la LME e inició alimentación suplementada entre el 1° y 3° mes de vida, alcanzando su peak en el control correspondiente al segundo mes de vida (5; 31,3%).

CONCLUSIONES

El 33,3% de los menores que se controlaron en el 6° mes de vida recibieron LME, valores menores a la realidad nacional (43,5% año 2010) y solo comparables con los obtenidos el año 1996 (30,4%). El mayor número de abandono de LME se da entre el 1° y 3° mes, correspondiendo a los controles realizados por médico y enfermera.

Es necesario fomentar la LME, identificar las causas específicas del inicio de alimentación suplementaria interviniendo antes de los meses críticos para la mantención de la LME (1° y 3° mes).

Palabras clave: lactancia materna exclusiva, lactancia artificial, control niño sano.

Análisis del perfil familiar en menores de 0 a 6 meses sin lactancia materna exclusiva, nacidos entre septiembre de 2010 y marzo de 2011 en Cesfam Santa María

RAMÍREZ G., JORGE[1], NAVARRO I., CAMILA[1] y FONTECILLA A., CATALINA[1]

INTRODUCCIÓN

La Lactancia Materna Exclusiva (LME) ofrece beneficios biopsicosociales para la madre y el Recién Nacido (RN), sin embargo, factores de la época moderna y las distintas prácticas médicas han complicado el proceso de lactancia y han favorecido la introducción de nuevas modalidades de alimentación.

OBJETIVOS

Analizar el perfil familiar de menores de 0 a 6 meses de edad y sus características, en control en Cesfam Sta. María, sin LME que nacieron entre septiembre de 2010 y marzo 2011.

METODOLOGÍA

Se diseñó un estudio retrospectivo donde se

[1] Internos de Medicina Universidad de Valparaíso. sebaram@hotmail.com

revisó el registro estadístico de los RN entre septiembre 2010 y marzo 2011 en la comuna de Sta. María.

Se seleccionaron Fichas Clínicas y Tarjetas de Control de Actividades de Salud Infantil de menores de 0 a 6 meses cuyo peso de nacimiento fuera ≥ a 2000 gramos que no estaban recibiendo LME. Se efectuó una revisión de las Fichas Maternas de los menores sin LME para completar una pauta, elaborada con representantes del equipo de salud del Cesfam Santa María. Se realizaron visitas domiciliarias donde se aplicó la pauta junto al Consentimiento Informado.

RESULTADOS

Se obtuvo un total de 19 menores de 122 nacidos entre septiembre 2010 y marzo 2011 sin LME. Se obtuvo una muestra final de 16 menores, observándose que en este mismo periodo hay 106 menores de igual edad que se alimentan con LME.

Resultado de la Pauta aplicada destaca que la causa principal de abandono de LME se debe a las indicaciones de profesionales de salud a nivel hospitalario, y el profesional que indica suspenderla, en su mayoría es médico.

CONCLUSIONES

La muestra es de 16 menores de 0-6 meses de edad en control en Cesfam Sta. María, representando una población acotada que no reciben LME. La indicación de suspender la LME por el profesional de salud es más frecuente a nivel hospitalario y el profesional de salud con mayor responsabilidad en el abandono de la LME es el médico; lo siguen, posteriormente, las enfermeras y matronas.

Palabras clave: lactancia materna exclusiva, lactancia artificial .

Aplicación de curso virtual de elementos básicos de educación vocal a profesores del sistema educacional

RIQUELME A., DELMA[1]

INTRODUCCIÓN

Aplicación de un curso virtual de elementos básicos de manejo y cuidado vocal a un grupo de profesores de educación básica y parvularia del sistema educacional. Se busca conocer el impacto producido sobre sus conductas vocales producto de la participación en el curso y visualizar el nivel de autonomía presentado por los docentes en su desarrollo. Los resultados otorgarán insumos para optimizarlo, con el fin de una futura masificación que contribuya a la promoción y prevención de la salud vocal para los docentes del sistema educacional.

OBJETIVOS

- Analizar el impacto producido en el uso y cuidado de la voz de un grupo de profesores, en la participación en un curso virtual de elementos básicos de manejo y cuidado vocal.

[1] Universidad Metropolitana de Ciencias de la Educación. delma.riquelme@umce.cl

- Analizar el grado de autonomía demostrado por un grupo de profesores participantes en un curso virtual.

METODOLOGÍA

Investigación aplicada, tipo descriptivo, enfoque interpretativo.

Aplicación curso virtual de elementos básicos de manejo y cuidado vocal, diseñado en módulos de trabajo interactivos.

Población de Estudio: 40 profesores de educación básica y parvularia.

Criterios de exclusión: daño vocal orgánico y formación vocal. Los potenciales participantes serán entrevistados y evaluados clínicamente, complementando la evaluación con un Análisis Fonético Acústico.

Factores de Estudio: edad, horas jornada trabajo, curso, tiempo y regularidad de dedicación al curso, elementos de higiene vocal y parámetros vocales.

Recogida de información: focus group al inicio, durante y al final del curso, reportes, monitoreo, reuniones presenciales y virtuales.

Al inicio y al final del curso, los participantes serán entrevistados y evaluados clínicamente, lo que se complementará con la aplicación del Análisis Fonético Acústico, el que indicará objetivamente las modificaciones vocales obtenidas.

Procesamiento de la información: en dos categorías, Uso y Cuidado Vocal y Nivel de Autonomía, estableciendo relaciones con factores de estudio. Se determinará facilitadores y obstaculizadores, la percepción de los cambios en el uso y cuidado vocal y hallazgos informados por parte de los participantes.

RESULTADOS

Los propósitos de la investigación no fueron totalmente cumplidos debido a las dificultades de los participantes para confrontarse con las demandas del curso virtual. Analizado esto, se puede sostener la no correspondencia entre las declaraciones de éstos con sus acciones concretas frente a esas demandas. Lo anterior, se puede confirmar con el comportamiento de los 53 profesores que se someten a la evaluación planificada en la primera etapa, recibiendo sus correspondientes informes de condiciones vocales, frente a lo cual declaran su máximo interés en la formación vocal reconociendo sus debilidades en esta área y la necesidad de superarlas. Pese a ello, sólo 12 se inscriben efectivamente para iniciar la aplicación del curso en la segunda etapa y reafirman su declaración en torno a la importancia de realizar la intervención para la superación de las debilidades detectadas en beneficio de su crecimiento personal y profesional. No obstante, durante el periodo de aplicación del curso se evidencia falta de respuesta a las múltiples oportunidades y apoyos ofrecidos para desarrollar las actividades propuestas en el curso.

CONCLUSIONES

Los profesores presentan una clara contradicción entre las declaraciones de propósito y la correspondiente acción requerida con la participación en el curso. Falta de conciencia de su autorresponsabilidad respecto a su salud vocal que les impide abordar en forma voluntaria y autónoma la formación en esta área.

Palabras clave: salud vocal.

Apoyo social, salud mental y actitud frente a la maternidad: Un estudio descriptivo-comparativo en mujeres gestantes entre 15 y 30 años

ARACENA MARCELA[1], UNDURRAGA CONSUELO[1], LEIVA LORETO[2], MOLINA YERKO[1], SIMONSOHN ARIELA[1], GÓMEZ ESTEBAN[1], NAVARRO PILAR[1], CASTRO PAULA[1] y BEDREGAL PAULA[3]

INTRODUCCIÓN

Este estudio contempla la información de un grupo de mujeres, con indicadores de riesgo social, participantes de una investigación acerca de visitas domiciliarias en el contexto del Sistema Chile Crece Contigo.

Se indaga en: (1) la influencia del apoyo social en la salud mental de mujeres gestantes de la Región Metropolitana, (2) la influencia de las actitudes negativas frente a la maternidad en la salud mental, (3) la relación entre las actitudes positivas frente a la maternidad y apoyo social y (4) la relación entre edad de las mujeres y los principales indicadores evaluados en el estudio, tales como actitudes frente a la maternidad, apoyo percibido desde el padre del niño, apoyo social, nivel de logro, orientación al logro y salud mental.

La relevancia del estudio radica en el conocimiento distintivo de estas mujeres, a fin de generar intervenciones diferencialmente en esta población.

OBJETIVOS

Describir y comparar niveles de apoyo, salud mental y actitudes frente a la maternidad en mujeres gestantes. El propósito fue establecer el grado de asociación e influencia entre las variables evaluadas. Finalmente, se evaluó cada uno de los aspectos mencionados respecto a la edad de las mujeres.

METODOLOGÍA

En base a un diseño descriptivo, comparativo y correlacional, de corte transversal, se trabajó con una muestra compuesta por 448 mujeres gestantes entre 15 y 30 años, que asistían a los centros de salud de 5 comunas de la Región Metropolitana.

Respecto a los instrumentos aplicados, se administró una Encuesta para Mujeres gestantes, donde se consignaron, entre otros, datos socio-demográficos, educativos y laborales, así como elementos de apoyo social, capital social, percepción de la maternidad y Test de Goldberg.

Los datos fueron analizados utilizando estadísticas descriptivas e inferenciales; específicamente se realizaron pruebas estadísticas como Coeficiente de Correlación de Pearson, Análisis de Varianza y Regresión Lineal Múltiple.

RESULTADOS

Respecto a las mujeres del estudio, fue posible observar que el apoyo social emocional e instrumental se relaciona directamente con la salud mental de las mujeres ($p<0,05$).

Por otra parte, se encontró que las actitudes negativas de las mujeres respecto a la maternidad constituye un predictor de menor salud mental en las mujeres ($p<0,05$).

Referente a las actitudes positivas frente a la

[1] Escuela de Psicología. Pontificia Universidad Católica de Chile. maracenal@uc.cl
[2] Departamento de Psicología. Universidad de Chile.
[3] Escuela de Salud Pública. Pontificia Universidad Católica de Chile.

maternidad y su relación con el apoyo social, los resultados encontrados muestran que el apoyo social en sus tres dimensiones (económico, emocional e instrumental) es una variable que se relaciona, positivamente, con una percepción favorable de la maternidad ($p<0,05$).

Finalmente, se observa que al establecer una relación entre edad de las mujeres y los principales indicadores evaluados en el estudio, son las mujeres de mayor edad quienes presentan menores niveles de apoyo social y de salud mental ($p<0,05$).

CONCLUSIONES

Se establece que el apoyo social, salud mental y actitud frente a la maternidad en mujeres gestantes entre 15 y 30 años se encuentran relacionados. Además, se evidencia la desventaja de las mujeres mayores de 20 años, respecto al apoyo social y nivel de salud mental.

Palabras clave: apoyo social, salud mental, actitud frente a la maternidad, mujeres gestantes

Cáncer de mama en México: una tarea pendiente

AGUDELO B., MARCELA[1]

INTRODUCCIÓN

Actualmente el cáncer de mama (CaMa) es la primera causa de mortalidad por neoplasias malignas en mujeres de 25 años en adelante en México. La tasa estandarizada de mortalidad alcanzó un valor de 10.6 por cada 100 mil mujeres en este rango de edad. Más de 80% de los diagnósticos se hace en etapas tardías, cuando las probabilidades de sobrevivencia son mínimas.

Si bien los servicios de salud para CaMa (principalmente mediante mamografía) se han hecho extensivos en los últimos años, con énfasis en mujeres pobres y marginadas del país, aún existen deficiencias (logísticas, presupuestales y de recursos) para prestar un servicio adecuado a este segmento poblacional.

OBJETIVOS

Evidenciar las prácticas de mujeres y médicos para la detección de CaMa en dos áreas de marginalidad alta y muy alta marginalidad en el Distrito Federal, México.

METODOLOGÍA

Se utilizó la Encuesta sobre necesidades de salud reproductiva en el Distrito Federal, 2007-2008, elaborada por El Colegio de México, en donde se entrevistaron mujeres y médicos de áreas marginales de Tlalpan e Iztapalapa y se les indagó sobre aspectos relacionados con la atención del CaMa.

Análisis mixto (cuantitativo y cualitativo). En total se obtuvieron 703 entrevistas con mujeres entre los 20 y 49 años, y 55 encuestas a médicos de primer nivel de atención en salud. Con esta información se realizaron estadísticas descriptivas y regresiones binomiales. El componente cualitativo consistió en grupos focales.

RESULTADOS

A mayor complejidad del procedimiento

[1] Centro de Estudios Demográficos, Urbanos y Ambientales. El Colegio de México. magudelo@colmex.mx

de detección de tumores malignos de mama, menor es el porcentaje de uso entre las mujeres de zonas pobres de Tlalpan e Iztapalapa. Más de 90% de las mujeres entrevistadas entre los 20 y 49 años de edad se había realizado, al menos, alguna prueba; estas cifras decrecieron con respecto al examen clínico de mama y la mamografía. La autoexploración fue más frecuente, pero no se conoce la efectividad de su utilización. Las características individuales de las mujeres tienen efectos heterogéneos en el empleo de las diversas técnicas.

Tanto médicos como mujeres mencionaron barreras de acceso y atención que difieren en sus dimensiones. Las mujeres adujeron obstáculos derivados del trato médico y aspectos del servicio (tiempo de consulta, información y explicación dentro del consultorio, precariedad de las instalaciones, entre otras); por su parte, la mayoría de médicos identificaron barreras conexas con la idiosincrasia y cultura de las mujeres como factores que se relacionan con el no uso de servicios de salud para CaMa.

CONCLUSIONES

Las prácticas de detección de CaMa son insuficientes entre las mujeres estudiadas, según lo establecido en la norma nacional. Los servicios de CaMa se ven limitados al cumplimiento de metas (número de mamografías, consultas ofrecidas, etc.), más que a una verdadera promoción de la salud y prevención de la enfermedad.

Palabras clave: cáncer de mama, detección, mujeres, médicos.

Chillanvejanos cuidan su corazón a través de estilos de vida saludables

BAEZA A., DAYAR[1], ARANEDA F., JACQUELINE[2], PORTOLÉS C., CARMEN[1] y MORAGA P., ANA MARÍA[3]

INTRODUCCIÓN

Las enfermedades cardiovasculares son un problema de salud pública en Chile, por su alta prevalencia y porque constituyen la primera causa de muerte. La implementación de estrategias comunitarias es fundamental para aumentar el conocimiento sobre los factores de riesgo de estas enfermedades y poder combatirlas.

OBJETIVOS

Evaluar la metodología y los resultados de un programa de base comunitaria para la formación de promotores no profesionales en promoción de estilos de vida saludables y prevención de factores de riesgo de enfermedades cardiovasculares.

METODOLOGÍA

Se utilizó un diseño cuasi experimental, con mediciones de resultados antes y después. La muestra estuvo constituida por 17 mujeres jefas de hogar de la comuna de Chillán Viejo. La ejecución del programa de formación de promotores no profesionales en salud cardiovascular estuvo

[1] Secretaría Regional Ministerial de Salud de la Región del Biobío. bayar.baeza@redsaludgov.cl
[2] Facultad de Ciencias de la Salud y de los Alimentos. Universidad del Biobío.
[3] Ex profesional de la Secretaría Regional Ministerial de Salud de la Región del Biobío.

conformada por 12 sesiones educativas (una semanal) de dos horas de duración cada una, por un período de tres meses, utilizando la metodología del manual Su corazón, su Vida. del NHLBI (National Heart Lung and Blood Institute), previamente adaptado a la realidad chilena. Se aplicaron dos encuestas para evaluar su nivel de conocimientos y prácticas de estilos de vida saludables, antes y después de la capacitación. La capacitación estuvo a cargo de profesionales de la Seremi de Salud y la Universidad del Biobío.

RESULTADOS

El promedio de edad de las promotoras fue de 42 años. El 60% tiene educación media y el 100% son jefas de hogar. En el test de conocimientos, con 33 puntos como máximo, el resultado obtenido inicialmente (línea base) fue de 26,7 puntos en promedio por las promotoras, esto es 81% del puntaje total. Aumentó a 31 puntos promedio en el segundo test, igual resultado se observó en el test final, lo que corresponde a 94% del puntaje total. El test que evalúa hábitos tiene como puntaje máximo 71 puntos. Se observó un aumento de 38 puntos, en el test inicial, a 57 puntos en el test final, luego del trabajo comunitario. El test inicial logró un 52% del puntaje total y el test final un 80%. Los aumentos observados en los resultados fueron significativos, obteniendo para ambos casos valores $p < 0,05$.

CONCLUSIONES

La intervención fue exitosa tanto en la incorporación de conocimientos y practicas saludables en la promoción de salud cardiovascular por promotores comunitarios, por lo que se recomienda su replicabilidad.

Palabras clave: promoción de la salud, mujeres jefas de hogar.

Consumo de drogas en estudiantes universitarios que cursan primer y cuarto año

MORALES I., GLADYS[1], DEL VALLE R., CARLOS[2], BELMAR M., CARLOS[3], ORELLANA Z., YASNA[4] e IVANOVIC M., DANIZA[4]

INTRODUCCIÓN

La población de adultos jóvenes parece encaminarse hacia la adopción generalizada de conductas de riesgo y estilos de vida poco saludables y, son atribuibles a una débil conexión con las redes de apoyo como son la familia y los centros educativos. De acuerdo a diversos estudios, los estudiantes universitarios se encuentran en una etapa vulnerable, caracterizada por un alto consumo de tabaco, alcohol y drogas ilícitas, que se agudiza en cursos superiores. Además, dada la importancia del rol que cumplen las instituciones de educación superior y, en particular,

[1] Escuela de Nutrición y Dietética. Facultad de Medicina. Universidad de Chile. gladysmorales.i@gmail.com
[2] Departamento de Lenguas, Literatura y Comunicación. Facultad de Educación y Humanidades, Universidad de La Frontera.
[3] Servicio de Salud Estudiantil. Universidad de La Frontera.
[4] Instituto de Nutrición y Tecnología de los Alimentos (Inta). Universidad de Chile.

las universidades como agentes promotores de salud y bienestar, se hace necesario estudiar las diferencias existentes entre los estudiantes de primer v/s cuarto año, pertenecientes a las diferentes facultades.

OBJETIVOS

Describir y comparar el consumo de drogas en estudiantes que cursan primer y cuarto año de una universidad chilena, de acuerdo al género y a la facultad a la pertenecían.

METODOLOGÍA

Se seleccionó una muestra aleatoria, representativa, estratificada y proporcional de acuerdo a la facultad, curso y género de los estudiantes. La muestra correspondió a 305 estudiantes, matriculados el año 2009, seleccionados de las cuatro facultades de la universidad, en las áreas de salud, educación y ciencias sociales, ingeniería y, ciencias agropecuarias. Mediante una encuesta anónima, se evaluó el consumo de alcohol, tabaco y drogas ilícitas. El análisis estadístico incluyó test paramétricos y no paramétricos, usando el software estadístico Stata 10.0., con un 95% de confianza.

RESULTADOS

Existen diferencias significativas, según facultad, con respecto al consumo de tabaco. El mayor porcentaje de estudiantes que fumó el último mes pertenecía a la Facultad de Educación y Ciencias Sociales. En relación al consumo de alcohol, la Facultad de Ingeniería presentó la mayor prevalencia. El consumo de alcohol y tabaco fue significativamente mayor en la Facultad de Educación y Ciencias Sociales, seguida por la Facultad de Ingeniería. Situación muy similar se observa en las prevalencias de consumo de marihuana. Sin embargo es importante destacar que la Facultad del área de la Salud es la que presentó las menores prevalencias en el consumo de tabaco, alcohol, tabaco-alcohol. La Facultad de Ciencias agropecuarias presentó la menor prevalencia de consumo de marihuana.

El consumo fue mayor en los estudiantes que cursaban cuarto año, en comparación con los de primero. Además, los estudiantes de género femenino presentaron menor consumo de tabaco, tabaco-alcohol, alcohol y marihuana, en comparación con los de género masculino, siendo significativas las diferencias para estas dos últimas. No obstante, el consumo de gramos de alcohol a la semana es muy similar entre estudiantes mujeres y hombres.

Ningún estudiante reportó haber consumido cocaína, pasta base u otras drogas ilícitas.

CONCLUSIONES

El consumo de alcohol, tabaco y marihuana difiere por facultad, curso y género, constatándose un deterioro en los estilos de vida de los estudiantes de cuarto año comparado con los de primero. Por lo anterior, se hace necesario implementar estrategias educativas de prevención del consumo de drogas, focalizadas y diferenciadas por facultad, curso y género.

Palabras clave: estudiantes universitarios, universidad, promoción de la salud, abuso de sustancias, estilos de vida.

Desarrollo psicomotor y factores biosociales asociados en lactantes del programa Chile Crece Contigo, Centro de Salud Familiar Dr. Emilio Schaffhauser, La Serena, 2010

REYES B., MÓNICA[1]

INTRODUCCIÓN

El desarrollo psicomotor (DSM) es la adquisición del repertorio conductual del ser humano, y depende del crecimiento y maduración del sistema nervioso y de la interacción de los individuos con su entorno. Para que un individuo exprese todo su potencial de desarrollo, debe ser estimulado desde edades tempranas, permitiendo con ello mejor salud y calidad de vida en la adultez. El presente estudio trata acerca de algunos factores que pueden estar influyendo en el nivel de DSM de lactantes de dieciocho meses, en control en el Centro de Salud Familiar (Cesfam) Doctor Emilio Schaffhauser en la ciudad de La Serena, en el período julio 2009 a junio 2010.

OBJETIVOS

Determinar nivel de desarrollo psicomotor en lactantes de 18 meses en estudio en relación a algunos factores biosociales del niño (a) y de la madre.

METODOLOGÍA

Estudio de prevalencia analítico. Se realizó revisión retrospectiva de información de fuentes secundarias de 202 lactantes. En este estudio se decidió incluir a la totalidad de lactantes con evaluación a los 18 meses, por primera vez, entre julio 2009 a junio 2010, en el Centro de Salud Familiar Doctor Emilio Schaffhauser, adscritos al Sistema de Protección a la Infancia Chile Crece Contigo, que corresponde al universo de 202 lactantes. Se excluyeron aquellos lactantes con retraso secundario a patologías neurológicas y sensoriales.

RESULTADOS

Del total de lactantes estudiados, el 89,6% presentó nivel de DSM normal, 9,9 riesgo y 0,5% retraso, sin grandes diferencias por género. El grupo fue homogéneo y, en general, se observó condiciones favorables en la mayoría de las variables.

CONCLUSIONES

En el Centro de Salud Familiar Dr. Emilio Schaffhauser un 10,4% de los niños (as) estudiados presentó riesgo o retraso en el nivel de DSM, cifra menor al 14% establecida por el Minsal.

Los resultados no mostraron relación entre los factores biosociales estudiados y el nivel de DSM.

Palabras clave: desarrollo psicomotor, factores biosociales, lactantes 18 meses, Chile Crece Contigo.

[1] Carrera de Enfermería. Facultad de Medicina. Universidad Católica del Norte. Sede Coquimbo. mereyes@ucn.cl

Detección de comportamientos de riesgo para la salud en niños escolares y sus familiares en una comunidad de Gran Córdoba, Argentina

BURRONE MARÍA SOLEDAD[1], LÓPEZ DE NEIRA MARÍA JOSEFINA[1], BELLA MÓNICA[1], ACOSTA LAURA[1], VILLACÉ MARÍA BELÉN[1], LUCCHESE MARCELA[1] y FERNÁNDEZ, ALICIA RUTH[1]

INTRODUCCIÓN

Los trastornos mentales tienen impacto sobre la vida de los individuos, la familia y la sociedad. Más del 20% de la población mundial padecerá algún trastorno mental y del comportamiento en algún momento de su vida.

OBJETIVO

Identificar la frecuencia de presentación de conductas de riesgo en niños del nivel primario relacionadas a Trastornos Metales y de Comportamiento (TMyC) del primer nivel de atención de salud.

METODOLOGÍA

Se efectuaron entrevistas a 73 niños de entre 10 y 12 años, de una escuela primaria de un municipio del Gran Córdoba, con básicas condiciones socioeconómicas. Se indagó sobre factores de riesgos individuales y familiares para TMyC, detectables en el primer nivel de atención.

RESULTADOS

El 12,32% de los niños/as refirió situaciones de violencia en la familia y el 42,47% presentó nerviosismo o tristeza. El 5,56% de las niñas y el 16,22% de los niños manifestaron tener problemas emocionales.

EL 22,22% de las niñas y el 56,76% de los niños manifestaron tener peleas; mientras que el 38,89% de las niñas y el 35,14% de los niños refirieron peleas en la familia.

El 13,89% de las niñas y el 8,11% de los varones manifestaron que alguien de la familia intentó matarse.

El 8,33% de las niñas y el 2,70% de los varones manifestaron haber sido abusados sexualmente.

El 8,33% de las mujeres manifestaron maltrato personal y el 8,11% familiar, mientras que el 16,67% de los varones refirieron maltrato familiar y el 24,32% personal.

El 25% de las mujeres y el 48,64% de los varones probaron alcohol. El 61,11% de las mujeres y el 56,76% de los varones manifestaron que sus familias tienen consumo excesivo de alcohol. El 75% de las alumnas y el 83,78% de los alumnos manifestaron que en sus familias se fuma tabaco.

El 2,70% de los varones manifestó consumir marihuana, el 5,42% manifestó consumir tabaco, fana y pastillas. El 8,11% de los niños refirió que en su familia se consume cocaína, el 21,62% de los varones y el 8,33% de las mujeres refirieron que en su familia consumen marihuana.

La presencia de sentimientos de nervios o tristeza en la familia genera casi seis veces más posibilidades de que los hijos los expresen (OR 5,81; IC: 2,11 a 15,97; p<0,0005).

Se observó asociación entre la frecuencia

[1] Escuela de Salud Pública. Facultad de Ciencias Médicas. Universidad Nacional de Córdoba. msburrone@gmail.com

de "maltrato familiar y la presencia de peleas en el niño", indicando que el maltrato familiar genera seis veces más posibilidades de agresividad en los hijos (OR 6,15; IC: 1,62 a 23,37; p<0,0063).

CONCLUSIÓN

Las conductas relacionadas a los TMyC aparecen desde edades tempranas y se asocia a condiciones de vulnerabilidad social y a conductas familiares. Por tanto, es necesario incorporar la problemática de la salud mental dentro del accionar de los médicos como un programa dentro de la estrategia de APS, para el diagnóstico temprano y el tratamiento oportuno en el primer nivel de atención.

Palabras clave: trastornos mentales y del comportamiento, factores de riesgo, atención primaria de salud.

Determinación de la ingesta de alimentos enriquecidos con vitaminas en adultos de Santiago

BERRIOS O., DANIELA[1], SAAVEDRA M., JOSSELINE[1], BARROS C., NATALIA[1], MAUREIRA L., RODRIGO[1], CORREA C., ANN[1], DEL RÍO C., ROBERTO[1], ECHEVERRÍA E., PAMELA[1], FREIXAS S., ALEJANDRA[1], GAETE V., MARÍA CRISTINA[1] y DURÁN A., SAMUEL[1]

INTRODUCCIÓN

Las vitaminas son nutrientes que tienen múltiples beneficios para nuestro organismo y en muchas ocasiones se enriquecen alimentos para que el aporte de nutrientes sea mayor.

OBJETIVOS

Determinar si la ingesta de alimentos fortificados sobrepasa la ingesta diaria admisible (IDA).

METODOLOGÍA

Se identificaron los 213 alimentos fortificados del mercado (cereales de desayuno, galletas, arroz, zumos y jugos en polvo, lácteos, margarinas y bebidas energéticas), se registró el aporte de cada vitamina contenida del alimento. Se fotografiaron los alimentos fortificados y se confeccionó una Encuesta de Tendencia de Consumo Cuantificado. Se encuestaron a 186 adultos, de 20 a 60 años de ambos sexos del Gran Santiago. Toda la información recopilada fue ingresada a Planilla Excel, se calculó la ingesta de nutrientes utilizando un programa de cálculo de nutrientes y, sobre el resultado, se agregó las vitaminas fortificadas en los alimentos. Se analizó utilizando Programa SSPS 19.0

RESULTADOS

El 64% de la muestra correspondió a mujeres; la ingesta calórica promedio fue de 1853 ± 644 kcal vs 3253 ± 580 (p<0,001). Al comparar por sexo, la ingesta de vitaminas en los hombres supera de forma significativa a la de las mujeres, vitamina A (ug) 1101,0±1475 vs 837,4±878,1 (p<0,02), vitamina B1 (mg) 2,83±1,7 vs 1,40 ±0,53 (p<0,001), vitamina B2 (mg) 2,1±1,26 vs 1,2±0,69 (p<0,001), vitamina B3 (mg) 24,8±15,5 vs 12,7± 5,12 (p<0,001), vitamina B6 (mg) 1,49 ± 1,1 vs 0,98±0,43 (p<0,001), folato (ug) 924,7±659

[1] Carrera Nutrición y Dietética. Facultad de Salud. Universidad Autónoma de Chile. danielaberrios74@gmail.com

vs 485,3±229,4 (p<0,001), vitamina B12 (ug) 1,29±1,0 vs 0,8±0,5 (p<0,001), ac. pantoténico (mg) 3,9±2,4 vs 2,4±0,9 (p<0,001), vitamina C (mg) 67,6±46,3 vs 48,3±24,2 (p<0,001) y vitamina E (mg) 4,85±3,5 vs 2,6±1,2 (p<0,001).

El consumo de alimentos fortificados supera ampliamente las recomendaciones diarias (IDA) para las vitaminas B1, B2, B3, A en ambos sexos y folato y C solo en hombres. En el caso de las vitaminas B6, E, ac. pantoténico, y C, B12 solo en mujeres, no superan el IDA, tanto al evaluar la ingesta con o sin alimentos fortificados.

CONCLUSIONES

A pesar del consumo de alimentos fortificados, existen algunas vitaminas cuyo consumo está por debajo de las recomendaciones.

Palabras clave: alimentos fortificados, vitaminas, encuesta alimentaria.

Efectividad de un programa de promoción de salud después de seis años de seguimiento de acuerdo al modelo de Pender: Comunicación para la salud

CARREÑO S., JOHN[1,2,3,4], DEL VALLE R., CARLOS[3], CLADELLAS P., RAMÓN[4], VYHMEISTER M., GERALD[2] e IVANOVIC M., DANIZA[1,2,5]

INTRODUCCIÓN

La transición demográfica y epidemiológica ha tenido lugar también en Chile, representada por un aumento considerable de enfermedades crónicas no transmisibles asociadas al estilo de vida. Para mejorar la calidad de vida de la población, la OMS ha planteado que la promoción de salud es la estrategia fundamental de la atención primaria. Implica la modificación de conductas en las personas, abandonar las que perjudican la salud y adoptar las que la favorecen, destacándose que la mujer cumple un rol fundamental en las generaciones futuras, específicamente en el desarrollo de valores, actitudes y conductas capaces de reducir situaciones de riesgo que constituirán el estilo de vida de la familia y de la comunidad.

OBJETIVOS

El objetivo de este estudio fue determinar el efecto a largo plazo de un programa de promoción de salud (PPS) sobre el comportamiento de mujeres Adventistas del Séptimo Día (MASD) y mujeres No Adventistas del Séptimo Día (MNASD). La intervención contempló un Programa Promotor de Estilo de Vida Saludable (PPEVS) basado en el Modelo

(1) Programa Magíster en Salud Pública. Escuela de Salud Pública. Universidad de Loma Linda. California. USA. johncarreo@yahoo.es
(2) Universidad Adventista de Chile. Campus Las Mariposas. Chillán. Chile
(3) Programa Magíster en Ciencias de la Comunicación, Departamento de Lenguaje, Literatura y Comunicación. Facultad de Educación y Humanidades. Universidad de La Frontera. Temuco, Chile.
(4) Programa de Doctorado en Comunicación y Periodismo. Comunicación para la Salud. Departamento de Psicología Básica, Evolutiva y de Educación. Universidad Autónoma de Barcelona. Barcelona, España.
(5) Instituto de Nutrición y Tecnología (Inta). Universidad de Chile.

de Pender y mide seis dimensiones: Autorrealización, Responsabilidad en Salud, Ejercicio Físico, Nutrición, Apoyo Interpersonal y Manejo de Estrés. El propósito de este estudio fue determinar la efectividad de la estrategia comunicativa, con la cual se implantó e implementó en la comunidad, la intervención educativa.

METODOLOGIA

El estudio inicial, de naturaleza experimental y de cohorte única y comparativo, se llevó a cabo el año 2002 en la ciudad de Villarrica, Novena Región de Chile. El estudio actual es longitudinal y comparativo entre las MASD y las MNASD, contrastando los resultados obtenidos en el PPEVS del pos-test del año 2002 con el re- test del año 2008, después de seis años de terminada la intervención.

El seguimiento y el estudio comparativo del PPEVS entre el período de post- test del 2002 y período re-test en el 2008, seis años después de finalizado el PPEVS, contempló la aplicación en ambos grupos del mismo instrumento para medir el PPEVS total y en sus seis dimensiones.

RESULTADOS

El análisis del impacto del PPEVS después de seis años mostró un nivel alto de eficacia de la intervención comunicativa usada en el programa en las MASD. Concluimos que la estrategia comunicativa usada en el programa fue importante para los cambios positivos de conducta durante 2002 en el cual la gente adoptó los comportamientos que promueven la vida saludable, tanto en MASD como en algunas dimensiones de PPVS entre MNASD. En las MASD, al comparar el período de re-test efectuado el año 2008 con el post-test efectuado el año 2002, solamente se observó un leve pero significativo descenso en las medianas del EVPS de 3.4 a 3.1 ($P < 0.0309$). Por el contrario, en las MNASD se observó un descenso significativo en las medianas del EVPS de 3,1 a 2,7 ($P < 0.001$).

CONCLUSIONES

Este estudio determinó la importancia de refuerzo permanente de comportamientos. En todo el período de tiempo post intervención, las MASD dieron continuidad al estilo de vida adoptado a través de la práctica de la religión, las MASD mantuvieron las conductas promotoras de vida saludable.

Palabras clave: promoción de salud, estilo de vida, comportamiento de salud, estrategia de comunicación.

Efectividad del modelo etapas del cambio en educación para la salud bucodental, intervención en adolescentes

VALDÉS, TANIA[1], LORETO NÚÑEZ[2], VILLABLANCA, ISABEL[1], DÍAZ, NORA[3] y BUSTOS, IVONNE[2]

INTRODUCCIÓN

La educación para la salud, como una de las acciones de la promoción de la salud, es indispensable para mantener o restaurar la salud en la comunidad. Uno de los problemas que plantea la educación para la salud radica en la corta duración de los efectos de ésta, y que muchos programas educativos no están sustentados en teorías de cambio de conducta.

OBJETIVOS

Evaluar la efectividad de una intervención educativa basada en la Teoría de Etapas del Cambio en adolescentes que asisten a establecimientos educacionales municipalizados (EEM) de Talca.

METODOLOGÍA

Esta es una intervención comunitaria en EEM comparables respecto a Índice de Vulnerabilidad Escolar y puntaje Simce. El grupo de estudio(n=114) se segmentó en tres grupos, según la etapa del cambio en que se encontraban, para realizar cepillado dental dos veces al día. Este grupo recibió dos sesiones educativas. El grupo control (48 sujetos) recibió una sesión educativa. Las variables respuesta fueron conocimientos y actitudes relativas a salud oral, frecuencia de cepillado e higiene oral. Dos observadores calibrados tomaron todas las mediciones y se calibraron para el Índice de higiene oral de Greene y Vermillion (Kappa intra-observador=0.9, Kappa inter-obervador=0.8). Las mediciones se realizaron en la línea base, una, 4 y 12 semanas post intervención. El análisis estadístico se realizó con SPSS 14.0., con el modelo de medidas repetidas. El estudio fue aprobado por el Comité de Bioética de la Universidad de Talca.

RESULTADOS

En la línea base, el grupo intervenido y el control fueron similares en cuanto a sexo, edad, etapa del cambio, actitud y frecuencia de cepillado. Los grupos diferían en nivel educacional de los padres, higiene oral y conocimientos en salud oral. Los conocimientos en el grupo intervenido aumentaron durante todo el periodo de estudio; en cambio, en el grupo control sólo aumentaron hasta la 4ª semanas, para luego declinar a niveles preintervención. La actitud mejoró en ambos grupos y se mantuvo a lo largo del estudio. La frecuencia de cepillado aumentó en ambos grupos, pero el aumento fue significativo sólo en el grupo intervenido. La higiene oral mejoró en el grupo intervenido, lo que se mantuvo a lo largo del estudio; en cambio, en el grupo control la higiene empeoró significativamente.

CONCLUSIONES

La intervención basada en el modelo de etapas del cambio fue más efectiva para mejorar conocimientos, frecuencia de cepillados e higiene oral que una sesión educativa. No obstante, no fue más efectiva para mejorar la actitud relativa a salud oral. Aun cuando la higiene oral mejoró en el grupos intervenido, no alcanzó niveles aceptables (IHO<1.2).

Palabras clave: higiene oral, Etapas del cambio, educación para la salud, adolescentes.

[1] Interna Escuela de Odontología. Universidad de Talca. lnunezf@utalca.cl
[2] Depto. Salud Pública. Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad de Talca.
[3] Instituto de Matemáticas y Física. Universidad de Talca.

Efectos metabólicos de la ingesta de nopal (Cactus ficus indica) en diabetes mellitus tipo 2

MOENA G., BORIS[1]

INTRODUCCIÓN

Existe evidencia científica que sustenta efectos antihiperglicemiantes del consumo de nopal. A nivel mundial, México se caracteriza por el consumo de esta planta, y por estudiar sus propiedades nutricionales. Dada la amplia disponibilidad de esta cactácea en la comuna de Olmué y aprovechando su uso popular a nivel local, se evalúa su impacto orgánico en pacientes diabéticos, a través de un trabajo de investigación inédito en Chile. La investigación está siendo realizada bajo el alero del Cesfam Olmué, el programa Creciendo Sano (CRES), de la Universidad de Valparaíso, y el Centro Regional de Estudios en Alimentos Saludables, Valparaíso. En esta presentación se muestran resultados preliminares. Los resultados finales debieran estar disponibles a fin del año 2011.

OBJETIVOS

Objetivo general

Estudiar el efecto del consumo de nopal en una muestra de pacientes con diabetes mellitus tipo 2 (DM2), que viven en la comuna de Olmué, Chile.

Objetivos específicos

- Determinar la composición química de la especie de nopal local.
- Evaluar el impacto metabólico del consumo de nopal en una muestra de pacientes con DM2.
- Difusión a la comunidad respecto a las propiedades antihiperglicemiantes del consumo de nopal.
- Confeccionar un manual de preparaciones culinarias a base de nopal.

METODOLOGÍA

Estudio longitudinal prospectivo, cuya muestra contempla 14 pacientes con DM2, pertenecientes al programa cardiovascular (PCV), seleccionados al azar, e intervenida por un periodo de 3 meses (agosto-octubre de 2011). Los pacientes son sensibilizados en los objetivos del estudio mediante difusión radial. Se determina la composición química del nopal a través de un análisis químico proximal. Se confecciona manual con 31 alternativas de preparaciones culinarias a base de 200 gr. de nopal crudo. Pre y post intervención se solicita hemoglobina glicosilada y perfil lipídico para evaluar el impacto en el control metabólico. Se realiza una consulta individual y grupal de ingreso y un control mensual para monitorear parámetros clínicos como peso y presión arterial, entre otros. Se realiza seguimiento vía telefónica y visita domiciliaria, en caso de requerirse.

RESULTADOS

- Análisis químico proximal del nopal, realizado en Facultad de Farmacia de la Universidad de Valparaíso.
- Programa radial exclusivo de sensibilización del potencial impacto del consumo de nopal en DM2 y mensajes permanentes en controles del PCV.
- Manual dietético-nutricional con 31 preparaciones culinarias a base de nopal.

[1] Cesfam Olmué. moena200781@gmail.com

- Impacto metabólico (en proceso).

CONCLUSIONES

Frente al creciente aumento de la prevalencia de enfermedades crónicas, se hace necesaria la excursión, estudio y validación de nuevas terapias coadyuvantes, de índole no farmacológica. Dado que el nopal ha sido estudiado en México, mostrando beneficios para la salud, es factible esperar que ellos sean replicados en este estudio. Si estos resultados muestran un efecto beneficioso sobre DM2, se contribuirá con un recurso más para su tratamiento, mediante su introducción en la cultura alimentaria nacional. Adicionalmente, el trabajo muestra que es posible realizar investigación interdisciplinaria, con recursos naturales regionales que pueden aportar a mejorar la calidad de vida de la población.

Palabras clave: cactus ficus indica, diabetes mellitus 2, CRES, CREAS.

El desayuno y la relación con el rendimiento escolar de alumnos de enseñanza básica

CID C., SOFÍA[1], BELTRÁN M., MURIEL[2], ROBLES J., CAMILA[2] y TORRES C., YASMÍN[2]

INTRODUCCIÓN

En Chile, las poblaciones con alta vulnerabilidad social no tienen la posibilidad de desayunar.

El Programa de Alimentación Escolar (PAE), implementado por la Junta Nacional de Becas y Auxilio Escolar (Junaeb), hace entrega de alimentación complementaria, la cual cubre parte de las necesidades nutricionales diarias de los estudiantes que por su condición de extrema pobreza y vulnerabilidad, requieran prioritariamente apoyo en alimentación.

Muchos problemas de aprendizaje o bajo rendimiento escolar en los alumnos puede ser el resultado de una alimentación inadecuada, o por la omisión de alguna comida del día, principalmente del desayuno, lo que conlleva a una malnutrición por exceso o déficit. Burrows (2010): "los niños podrían concentrarse mejor y rendir más en los colegios si ellos tomaran un buen desayuno. Además, al consumir un desayuno contundente corren menos riesgos de tentarse con ingerir cualquier cosa, como algunos snacks fuera de horario".

De los tiempos destinados a la alimentación diaria, el desayuno tiene especial importancia en los escolares. Vega, (1998), "por experiencia personal en trabajos de investigación realizados en escuelas, muchos asisten por la mañana sin haber tomado alimento".

El tomar desayuno mejora el rendimiento físico y escolar, ayuda a mantener un peso corporal normal, mejora la concentración y el comportamiento, aumenta el rendimiento y la productividad del trabajo, permite tener un buen crecimiento y desarrollo y contribuye a tener un buen estado de salud. Barreda, (2008).

Estudios realizados por el Instituto de Nutrición y Tecnología de los alimentos, INTA(2009), con respecto del rendimiento escolar de los niños de clase media y media baja con desayuno y sin desayuno, mostraron que había una clara asociación.

[1] Escuela de Salud. Universidad del Mar. sede Copiapó. sofia.cid@udelmar.cl
[2] Nutricion y Dietética. Universidad del Mar. Sede Copiapó.

OBJETIVOS

Determinar la relación entre consumo de desayuno y el rendimiento escolar de los alumnos de la escuela básica Los Estandartes de Copiapó.

Describir el estado nutricional y el rendimiento escolar de los alumnos de la escuela básica Los Estandartes de Copiapó.

METODOLOGÍA

Cuantitativa, no experimental, descriptiva correlacional.

RESULTADOS

Se afirma la hipótesis: existe una relación lineal entre el consumo de desayuno y rendimiento escolar. El tomar desayuno mejora el rendimiento físico y escolar, ayuda a mantener un peso corporal normal, mejora la concentración y el comportamiento, aumenta el rendimiento y la productividad del trabajo, permite tener un buen crecimiento y desarrollo y contribuye a tener un buen estado de salud. Barreda, (2008).

Los alumnos que consumían desayuno diariamente presentaban un estado nutricional normal y un concepto de rendimiento académico bueno y suficiente. Burrows (2010) los niños podrían concentrarse mejor y rendir mas en los colegios si ellos tomaran un buen desayuno. Además, al consumir un desayuno contundente corren menos riesgos de tentarse con ingerir cualquier cosa, algunos snacks fuera de horario.

CONCLUSIONES

Los alumnos beneficiados por el PAE se relacionan de forma lineal con un rendimiento escolar suficiente a bueno, además de presentar un estado nutricional normal con respecto a los no beneficiados con el PAE.

De los 149 alumnos beneficiados, el 79% presentaba un estado nutricional normal y el 21% un estado nutricional por exceso.

De los 149 que tienen beneficio, el 97% obtuvo un rendimiento escolar entre suficiente y bueno. En comparación con los escolares no beneficiados, 74,7% presentó un rendimiento académico entre insuficiente y suficiente.

Palabras clave: estado nutricional, rendimiento escolar, desayuno, escolares.

Elaboración de un programa de prevención de interacciones medicamentosas en el hospital de Puerto Natales

LARRAÍN E., JUAN[1], MIRANDA C., JOSÉ[2], LAGOS M., XIMENA[2], ESPARZA O., PAULINA[3] y PAVÓN C., JORGE[3]

INTRODUCCIÓN

En la atención hospitalaria, la prescripción médica constituye una parte fundamental de la práctica diaria. Las asociaciones de fármacos pueden generar interacciones farmacológicas, especialmente en los pacientes con polifarmacia. El 5% de los pacientes hospitalizados pre-

[1] Universidad Austral de Chile. jllarrain26@hotmail.com
[2] Hospital Dr. Augusto Essmann B. Puerto Natales.
[3] Médico General EDF. Hospital Puerto Natales.

senta interacciones de relevancia clínica. Estos eventos pueden conllevar a un aumento en los días de hospitalización y costos del tratamiento. La prevención y detección oportuna de las interacciones farmacológicas puede reducir la incidencia y morbilidad de eventos adversos secundarios.

OBJETIVOS

- Identificar la frecuencia de interacciones potenciales (IP) en los pacientes hospitalizados en un periodo de 3 meses para la elaboración de herramientas de prevención.
- Clasificar las IP en base a su mecanismo, severidad y los grupos farmacoterapéuticos implicados.
- Determinar si la edad, diagnósticos asociados, número de días de hospitalización, número de medicamentos consumidos, son factores que se asocian a la aparición de interacción medicamentosa.

METODOLOGÍA

Estudio retrospectivo longitudinal, desarrollado en el hospital de Puerto Natales. Se recopiló información desde las fichas clínicas de los pacientes hospitalizados entre el 01/03/2011 al 30/06/2011. Se obtuvieron datos demográficos y de hospitalización. Para determinar las IP la información farmacoterapéutica fue evaluada a través de la base de datos Micromedex.

Para el análisis estadístico se utilizó el programa Openepi. Se evaluó las variables de edad, sexo, presencia de comorbilidades, número de días de hospitalización, número de medicamentos consumidos.

Analizados e identificados los medicamentos y factores de riesgo, se elaboró un programa de educación y prevención de interacciones que incluyó señales visuales en la dispensación de medicamentos, capacitación a profesionales prescriptores y de enfermería.

RESULTADOS

De 270 pacientes ingresados, 115 (42.6%) presentaron una o más IP (LC 95%, 36.79% IC inf y 48, 55% IC sup). Respecto a las IP, el 35.4% fueron farmacocinéticas, el 62.5% farmacodinámicas y el 2.09% farmacéutica. La severidad de las interacciones identificadas fue de 4.4% contraindicadas, 27.5% mayores, 48.5% moderadas y 19.4% menores.

Se identificaron los medicamentos involucrados y se ordenaron según la Clasificación Anatómica, Terapéutica, Química. Se encontró 4.2 prescripciones por paciente y 2.9 interacciones por paciente. La edad media de los pacientes con IP fue de 62.73 ± 19.71 (p 0.03175), los fármacos administrados 5.81 ± 1.78 (p 0.1470), los diagnósticos 2.67 ± 1.20 (p 0.0002070), días de hospitalización 4.45 ± 4.42 (p 0.9310).

CONCLUSIONES

Las interacciones pueden ser evitadas con una correcta selección de fármacos. Con los datos obtenidos sabemos que una proporción importante de los pacientes hospitalizados puede presentar alguna IP, siendo importante implementar acciones preventivas para disminuir el riesgo de morbilidad secundaria a las mismas. A partir de los resultados del estudio, se elaboró un programa educativo para la prevención de interacciones que incluyó señales visuales en la dispensación de medicamentos, capacitación a profesionales prescriptores y de enfermería, destacando la relevancia de la utilización de una herramienta de pesquisa oportuna de IP y la promoción del trabajo en equipo para evaluar, de manera transdisciplinaria, el impacto que éstas pueden generar en la salud de los pacientes.

Palabras clave: interacciones farmacológicas, farmacia, educación.

Estilo de vida de funcionarios del Hospital Coquimbo, 2010

SOLÉ R., BÁRBARA[1]

INTRODUCCIÓN

A nivel mundial y nacional, ha aumentado el interés por identificar los estilos de vida de la población, con la finalidad de identificar factores de riesgo de enfermedades crónicas no transmisibles, para intervenirlos y fortalecer los factores protectores; con enfoque de salud familiar y comunitaria, que incorpora el ambiente laboral.

OBJETIVOS

El objetivo que se planteó para la presente investigación fue determinar la relación de variables biosociales con el tipo de estilo de vida de los funcionarios del hospital de Coquimbo.

METODOLOGÍA

Se aplicó un estudio correlacional. El universo correspondió a la dotación de 1004 funcionarios; de ellos, se seleccionó una muestra aleatoria estratificada por estamentos. Para asegurar la representatividad, se consideró un 50% de probabilidad de estilo de vida bueno. La muestra obtenida fue de 528 unidades de estudio, el 52,6 % del universo. Se aplicó la encuesta de estilo de vida Fantástico, validada por el Minsal.

RESULTADOS

El 66,7% de los funcionarios estudiados presentó tipo de estilo de vida bueno y fantástico. Valor superior al encontrado en la población general, que promedió el 50%. A pesar del resultado favorable, los grupos más vulnerables presentaron puntajes bajos en los conceptos de tabaquismo, actividad física, alimentación y estrés, considerados en encuesta, los que son factores de riesgo cardiovascular.

CONCLUSIONES

El grupo de mayor riesgo, con los mayores porcentajes de estilos de vida bajos son los técnicos, los auxiliares y los administrativos. Esto se asocia, también, con el mayor porcentaje de funcionarios con hijos pequeños, especialmente en el género femenino, que es el más abundante entre los funcionarios, en general, y de estos dos estamentos. En el grupo de los técnicos y auxiliares hay asociación, también, con mayor ausentismo laboral.

En el estamento de técnicos y auxiliares la presencia de ausentismo laboral asociado a tipo de estilo de vida bajo, presentó puntajes bajos en los conceptos de la encuesta: estrés, con 47 %; tabaco, con 41,2%; nutrición; 28,6% y actividad física, 27%.

En consideración a los puntajes bajos de los funcionarios en los conceptos de tabaquismo, actividad física, alimentación y estrés, a pesar de un porcentaje alto de estilos de vida saludables, sería necesario que las autoridades del hospital de Coquimbo realizaran intervenciones en la promoción de la salud para su personal en el ambiente de trabajo.

Palabras clave: estilo de vida, promoción de salud, trabajador de la salud.

[1] Carrera de Enfermería. Facultad de Medicina. Universidad Católica del Norte. bsole@ucn.cl.

Estilos de vida de estudiantes universitarios chilenos según curso, género y facultad

MORALES I., GLADYS[1], DEL VALLE R., CARLOS[2], BELMAR M., CARLOS[3], ORELLANA Z., YASNA[4], GÁLVEZ E., PATRICIA[1] e IVANOVIC M., DANIZA[4]

INTRODUCCIÓN

Diversos estudios efectuados, tanto en Chile como a nivel internacional, han encontrado que los estudiantes universitarios se encuentran en una etapa vulnerable, caracterizada por un deterioro de los estilos de vida, que se agudiza en cursos superiores. Esto ha sido investigado por diversos autores, dejando en evidencia que la universidad no está ejerciendo una influencia positiva en los hábitos y las formas de vida de los adultos jóvenes. Sin embargo esto no se ha analizado profundamente entre las distintas facultades.

Conceptualmente, este estudio se sustenta en el Modelo Promotor de Salud de Pender, un instrumento que orienta a los investigadores en el estudio de los determinantes de Estilo de Vida Saludable (EVS), que integra conceptos relacionados tanto a la conducta promotora como a la conducta preventiva de salud.

OBJETIVOS

Describir y comparar las conductas que conforman el EVS según Modelo Promotor de Salud de Pender en estudiantes que cursan primer y cuarto año de una universidad chilena, de acuerdo al género y a la facultad a la pertenecen.

METODOLOGÍA

Se seleccionó una muestra aleatoria, representativa, estratificada y proporcional de acuerdo a la facultad, curso y género de los estudiantes. La muestra se seleccionó de las cuatro facultades de una universidad chilena, en las áreas de salud, educación y ciencias sociales, ingeniería y, ciencias agropecuarias, correspondiendo a una muestra de 305 estudiantes matriculados el año 2009. Se aplicó una encuesta sobre características socio-demográficas y, sobre los estilos de vida, según el Modelo de Pender. El análisis estadístico incluyó tests paramétricos y no paramétricos, con un 95% de confianza. Se utilizó el software estadístico Stata 10.0.

RESULTADOS

Un 16,4% de los estudiantes (n=50) presentaron un EVS; de éstos, el 18.0% (n=33) y 13.9% (n=17) eran de primer y cuarto año, respectivamente (P= 0.344).

La Facultad del área de la Salud es la que presentó los mayores porcentajes de estudiantes con EVS, tanto en primer como en cuarto año (27,3% y 20,5%, respectivamente) y la Facultad del área de la Educación presentó las mayores diferencias en los EVS de primer y cuarto año (20% y 9,7%, respectivamente), observándose una disminución en estos últimos estudiantes, sin diferencias significativas. Además, se constató que en la Facultad de Ingeniería los EVS son significativamente menor en los estudiantes de primer año (10.6%), en comparación con sus pares de la Facultad del área de la Salud (27.3%) (P< 0.001).

En la Facultad de Ciencias Agropecuarias

[1] Escuela de Nutrición y Dietética. Facultad de Medicina. Universidad de Chile. gladysmorales.i@gmail.com
[2] Departamento de Lenguas. Literatura y Comunicación. Facultad de Educación y Humanidades. Universidad de La Frontera.
[3] Servicio de Salud Estudiantil. Universidad de La Frontera.
[4] Instituto de Nutrición y Tecnología de los Alimentos (INTA). Universidad de Chile.

no se observaron estudiantes con EVS en primero y, en cuarto año se registró solo un caso.

De acuerdo a las dimensiones del Modelo de Pender, se encontró que tanto en Ejercicio físico como Apoyo Interpersonal, se observaron diferencias significativas por género, encontrándose que el mayor porcentaje de estudiantes con altos puntajes correspondió a varones. En cuanto a la dimensión Nutrición, los estudiantes con alto puntaje correspondieron, mayormente, a mujeres; además, esta dimensión marca la mayor diferencia entre los estudiantes con y sin EVS.

CONCLUSIONES

Los resultados ponen de manifiesto la necesidad de diferenciar por facultad, curso y género las estrategias educativas de promoción y prevención de enfermedades crónicas no transmisibles con el objetivo de incrementar los EVS en el transcurso de los años.

Palabras clave: estudiantes universitarios, promoción de la salud, estilos de vida, nutrición.

Evaluación del desarrollo infantil en Chile: La influencia del cuidador principal

BEDREGAL G., PAULA[1], HERNÁNDEZ LL., VIVIANA[1], PRADO R., PAULINA[2], CASTAÑÓN S., CARLA[3], MINGO R., VERÓNICA[3] y DE LA CRUZ M., ROLANDO[1]

INTRODUCCIÓN

La investigación actual sobre desarrollo infantil coincide respecto de la importancia que la infancia tiene como base estructural de la trayectoria posterior de las personas. Las figuras significativas juegan un papel fundamental en el desarrollo de conductas emocionales y sociales saludables. Según la teoría de apego de Bolwby, el estado de seguridad o ansiedad de un niño estaría determinado por el acceso y sensibilidad a sus necesidades por parte de la figura principal. Entonces, el estudiar las características de la figura de apego potencial, de niños pequeños, como es el cuidador principal (en adelante CP), cobra importancia como foco para comprender los resultados de desarrollo en los niños, y también para identificar áreas de intervención para las políticas públicas chilenas.

OBJETIVOS

El objetivo de este trabajo es analizar la asociación entre las características del CP y el desarrollo infantil de los niños y niñas de 30 a 53 meses de edad.

METODOLOGÍA

Se analizó la base de datos disponible de una cohorte de niños entre 30 y 53 meses de edad y su CP, asistentes a servicios públicos de salud y que no recibieron todas las prestaciones asociadas al Programa de apoyo al desarrollo biopsicosocial. Se definió como CP aquella persona que decide y realiza las conductas de cuidado con relación al desarrollo, salud y educación del niño. La muestra alcanzada fue de 1.651 díadas.

Las variables independientes relacionadas

[1] Departamento de Salud Pública. Escuela de Medicina. Pontificia Universidad Católica. pbedrega@med.puc.cl
[2] Instituto de Sociología. Facultad de Ciencias Sociales. Pontificia Universidad Católica
[3] Departamento de Medicina Familiar. Escuela de Medicina. Pontificia Universidad Católica.

con el CP fueron: características generales (edad, escolaridad alcanzada, situación laboral, jefatura de hogar), estado de salud percibido, salud mental (violencia de género, síntomas depresivos y depresión), estrés parental, capacidad de afrontamiento, participación social, percepción de apoyo social, disponibilidad de recursos para la estimulación, a través del cuestionario Chile Crece Contigo.

La variable dependiente para este estudio es el desarrollo infantil. Para su evaluación, se utilizó el Inventario de Desarrollo Battelle. Los datos fueron capturados en aplicaciones de los instrumentos en el hogar, por profesionales capacitados.

Se realizó un análisis descriptivo univariado y bivariado de las variables. Adicionalmente, se realizaron modelos de regresión logística binaria, utilizando como medida de resultado el diagnóstico de desarrollo infantil.

RESULTADOS

En el modelo de regresión logística binaria, ajustado por nivel socioeconómico, se asocian significativamente al diagnóstico de desarrollo infantil, 8 variables, las que predicen una clasificación acertada del 69,2% de los casos. Son factores de riesgo para desarrollo alterado: identificar menos eventos estresantes en la vida (OR=1,126; IC95% 1,047 ? 1,212); creencia en que los niños y niñas necesitan reglas estrictas (OR=1,551; IC95% 1,228 ? 1,959). Son factores protectores: pertenecer a un pueblo originario (OR=0,597; IC95% 0,414 ? 0,861); haber recibido tratamiento por depresión (OR=0,693; IC95% 0,532 ? 0,904); estar siempre a cargo del cuidado del niño el mismo CP (OR=0,573; IC95% 0,385 ? 0,853); mayor participación del CP en la crianza de los niños y niñas (OR=0,944; IC95% 0,912 ? 0,976); mayor número de recursos para el juego y estimulación en el hogar (OR=0,874; IC95% 0,837 ? 0,914); creer que los niños y niñas deben hacer felices a los padres siempre (OR=0,583; IC95% 0,467 ? 0,728).

CONCLUSIONES

Este estudio demuestra y refuerza el claro efecto que tiene el CP en el desarrollo infantil temprano. Por este motivo se sugiere intervenir concretamente en la búsqueda de mejorar las condiciones psicosociales de los CP, de manera de procurar un mejor desarrollo infantil.

Palabras clave: desarrollo infantil, cuidador principal.

Evaluación del Programa Cardiovascular Cesfam Catemu, en pacientes con eventos cardiovasculares durante 2009 y 2010

LINEROS E., EDUARDO[1], GONZÁLEZ R., FRANCISCO[1], DERDERIÁN F., MARÍA ELENA[2] y CASTILLO T., CARMEN[3]

INTRODUCCIÓN

En nuestro país, la principal causa de muerte corresponde a enfermedades cardiovasculares. Existen factores de riesgo (FR) clásicos para presentar este tipo de patologías, los cuales son prevalentes en nuestra población.

El control de estos FR es una de las prin-

[1] Interno de Medicina. Universidad de Valparaíso. Campus San Felipe. eduardolinerosestay@gmail.com
[2] Cesfam E. Raggio de Catemu.
[3] Cesfam Santa María de Aconcagua.

cipales metas sanitarias para el Minsal y una importante tarea para la Atención Primaria, que cuenta para ello con el Programa de Salud Cardiovascular (PSCV).

Con este estudio se propuso evaluar el funcionamiento del PSCV en pacientes pertenecientes al Cesfam E. Raggio de Catemu, previo a la presentación de un evento cardiovascular (ECV).

OBJETIVOS

Objetivo general

Evaluar las condiciones clínicas, el riesgo cardiovascular (RCV) y el cumplimiento de las normas del PSCV de pacientes pertenecientes al Cesfam E. Raggio de Catemu, previo a la presentación de un ECV durante los años 2009-2010.

Objetivos específicos

- Conocer las patologías de los pacientes del PSCV del Cesfam Catemu que sufrieron un ECV, su grado de compensación y su RCV.
- Evaluar el tratamiento efectuado a esta población de pacientes y comparar según la normativa vigente.
- Conocer el registro de los controles del PSCV de estos pacientes y la vigencia de sus exámenes de laboratorio.

METODOLOGÍA

A partir de los egresos hospitalarios del hospital de San Felipe por ECV durante 2009-2010, se obtuvo el universo de pacientes de la comuna de Catemu, que previo al evento pertenecían al PSCV del Cesfam Catemu.

Se accedió a sus Fichas y Cartolas, obteniendo datos clínicos y verificando la cantidad de datos registrados en los últimos tres controles previos al ECV.

Se midieron variables generales, clínicas y relacionadas al Programa de Salud Cardiovascular.

RESULTADOS

Pacientes de la comuna de Catemu presentaron ECV, de los cuales 43 estaban en control en el PSCV, edad promedio de 65,6 años. La principal patología en control fue HTA (90,7%); le siguen DLP y DM. 9 pacientes eran fumadores, 16 cursaban con sobrepeso y 7 eran obesos. 14 tenían antecedentes de ECV y 10 tenían un familiar de 1º grado con antecedente de ECV.

48,8% (21) de los pacientes tenía una PA mayor a 140/90 mmHg. Encontramos LDL elevado en un 14% (6) de la serie. 40% (17) de los diabéticos presentaba HbA1c mayor de 7%.

Un 53,5% (23) de los casos necesitaba 3 o más medicamentos para el manejo de sus patologías.

46,5% (20) estaban dentro de los grupos de alto y máximo RCV.

Un 10% (4) de la serie no tenía controles por profesional los 4 meses previos al ECV. Existe un déficit en el registro de la información de los pacientes, principalmente en los controles médicos. Más del 50% (22) de los exámenes de control se encontraban obsoletos.

CONCLUSIONES

Parece necesario redoblar los esfuerzos de los Equipos de Salud para aprovechar mejor los recursos destinados al PSCV y lograr un mayor número de pacientes controlados y compensados de sus patologías, con exámenes de laboratorio vigentes, un tratamiento integral adecuado y un RCV bien mesurado, que permita intervenir con énfasis a la población de mayor riesgo.

El personal médico, quien tiene la tarea de mejorar el nivel de registro manteniendo actualizado el estudio de los pacientes del PSCV. El control de los FR y la prevención de su aparición es un objetivo que continúa vigente en la década que se avecina.

Palabras clave: riesgo cardiovascular, programa.

Impacto de un sistema web para la comunicación de resultados de laboratorio

BLAYA JOAQUÍN A. [1], SHIN SONYA[2], CONTRERAS CARMEN[3], CEGIELSKI PETER[4], YALE GLORIA[5], SUÁREZ CARMEN[6], ASENCIOS LUIS[7], YAGUI MARTIN[7] y FRASER HAMISH SF[8]

INTRODUCCIÓN

Diseñamos e implementamos un sistema de información de laboratorio web llamado e-Chasqui. Inicialmente, fue implementado en el Instituto Nacional de Salud, dos laboratorios referenciales y 12 centros de salud en Lima, Perú.

El sistema Web e-Chasqui está compuesto por:

- El historial de exámenes del paciente.
- Herramientas para mejorar el control de calidad de los laboratorios: como reportes de pruebas realizadas, alertas de retrasos y un directorio de usuarios.
- Herramientas para el personal clínico: como notificación vía email de nuevos resultados, un consolidado de resultados y rastreo del estado de cada muestra.

OBJETIVOS

- Medir el uso del sistema por personal de los Centros de Atención Primaria.
- Ver la percepción que los usuarios clínicos tienen sobre el sistema.

METODOLOGÍA

Un registro automático en e-Chasqui fue usado para medir el uso del sistema.

Para evaluar la percepción de los usuarios, se utilizó una encuesta anónima que midió la usabilidad y aceptabilidad del sistema. Esta encuesta se entregó después de 3 años de uso. El personal de los centros con e-Chasqui recibió la misma encuesta que los centros sin acceso, pero con dos secciones adicionales con preguntas sobre e-Chasqui. Las respuestas eran de opción múltiple, respuestas breves y/o de escala Likert de cinco puntos con 1=muy positivo, 5=muy negativo. Para analizar las respuestas usamos un t-test para dos muestras independientes con la aproximación de Satterthwaite por las diferencias de varianza entre los grupos.

RESULTADOS

De todos los resultados ingresados, 98% de los cultivos y 100% de las pruebas de susceptibilidad fueron revisadas en e-Chasqui. La tasa de respuesta de los usuarios del e-Chasqui fue del 94% (29 de 31). 23 usuarios no estaban presentes en su centro cuando aplicamos la encuesta. La tasa de respuesta del personal clínico sin el e-Chasqui fue del 93% (108 de 116). De los usuarios del e-Chasqui, 48% (n=14) eran médicos o enfermeras.

Aunque los usuario del e-Chasqui estaban más satisfechos con el papel que los usuarios control (p=0.005), preferían el e-Chasqui (p=0.009). A los usuarios les gustaron todas las herramientas en el e-Chasqui, siendo las notifi-

[1] Division of Global Health Equity, Brigham and Women's Hospital, Harvard Medical School Boston y eHealth Systems. jblaya@ehealthsystems.cl
[2] Division of Global Health Equity, Brigham and Women's Hospital, Harvard Medical School Boston.
[3] Socios en Salud. Sucursal Perú.
[4] Centers for Disease Control and Prevention.
[5] DISA V. Lima Ciudad.
[6] DISA IV. Lima Este.
[7] Instituto Nacional de Salud. Perú.
[8] Division of Global Health Equity, Brigham and Women's Hospital, Harvard Medical School Boston y Partners In Health

caciones diarias y el acceso fácil al sistema las preferidas. De los usuarios clínicos, 71% (10 de 14) reportó que al menos 1 de 10 pacientes expresaba una opinión positiva sobre el sistema sin ser solicitado. Todos los usuarios comentaron que sería apropiado expandir el sistema a todo el país y que mejoraría la calidad del cuidado a pacientes.

CONCLUSIONES

Se ha demostrado que el uso de este sistema fue valorado por sus usuarios y que podría mejorar la calidad del cuidado a pacientes. Otra medida del éxito es su expansión y adopción por el Ministerio de Salud del Perú. Actualmente, se usa en más de 250 instituciones con una cobertura de 4,2 millones de personas y dando tratamiento a aproximadamente 9.600 pacientes con tuberculosis y 1.100 con tuberculosis multidrogo resistente. Este tipo de sistema se podría utilizar a nivel nacional en Chile y especialmente para las enfermedades de notificación obligatoria.

Palabras clave: sistema de información, laboratorio, evaluación.

Ingesta de edulcorantes no nutritivos en estudiantes de la Universidad Autónoma de Chile

GÓMEZ S., ALEXIS[(1)], CORREA R., FABIÁN[(1)], CARREÑO R., EFREN[(1)], DURÁN A., SAMUEL[(1)] y RODRÍGUEZ N., MARÍA DEL PILAR[(2)]

INTRODUCCIÓN

Los edulcorantes no nutritivos (ENN) son sustancias que aportan el sabor dulce en los alimentos sin aportar calorías. Existe controversia en su consumo y se desconoce la ingesta en chilenos.

OBJETIVOS

Determinar el porcentaje de alumnos que sobrepasa la ingesta diaria admisible (IDA mg/kg/ peso corporal) de ENN en la Universidad Autónoma de Chile, sede Santiago.

METODOLOGÍA

Se identificaron 152 alimentos en el mercado que indicaban tener edulcorantes artificiales (sucralosa, aspartamo, ciclamato, sacarina, acesulfame K, estevia), se fotografiaron los alimentos y se elaboró un libro con fotografías; posteriormente, se elaboró una encuesta de frecuencia de consumo. Se aplicó la encuesta a 448 alumnos (27,6% hombres) de las facultades de Salud, Educación, Ciencias Jurídicas y Sociales. Finalmente, se determinó ingesta total/día de edulcorantes e ingesta por kilo de peso.

RESULTADOS

El 98% de los estudiantes consume algún tipo de ENN, el 0,24% supera el IDA de sucralosa; 1,78% de los alumnos supera IDA en aspartamo; 6,25% supera IDA en ciclamato; 4,4% supera IDA de sacarina;1,3%, acesulfame K y un 0,2% supera el IDA en estevia.

Al comparar por sexo la mayor ingesta (mg/kg/peso), se observa en mujeres sucralosa

(1) Carrera Nutrición y Dietética. Facultad de Salud. Universidad Autónoma de Chile. ale.bunkers16@gmail.com
(2) Carrera Nutrición y Dietética. Universidad Santo Tomás de Viña del Mar.

1,2 vs 0,6 (p <,0001); aspartamo 0,97 vs 0,09 (p<,007) y acesulfamo k 0,5 vs 0,08 (p<,0001).

CONCLUSIONES

Se observa una masiva ingesta de ENN en los estudiantes, aunque menos del 10% supera el IDA. Es necesario monitorear tanto la ingesta de edulcorantes como la cantidad presente en los alimentos que lo contienen.

Palabras clave: estudiantes universitarios, edulcorantes.

Intervención educativa a todos los actores de un colegio de la comuna de Lota para disminuir la mal nutrición por exceso en los escolares

IBARRA P., JACQUELINE[1] y ALARCÓN R., MARI[1]

INTRODUCCIÓN

La obesidad es un problema de salud pública que afecta a todo el ciclo vital. Las cifras entregadas por la última encuesta de salud 2009- 2010 arrojan cifras en la población general de una prevalencia de 25,1%. Es frente a esta problemática que el colegio ofrece una herramienta que ayude a paliar estas cifras y nos ayude como país a tener, en el futuro cercano, población adulta sana. Es así que se desarrolló una metodología educativa durante dos años en el colegio Manuel D`Alzon, de la comuna de Lota, a fin de disminuir la prevalencia de malnutrición por exceso en los escolares pertenecientes a dicho establecimiento.

OBJETIVOS

Implementar una metodología de intervención que contribuya a prevenir la malnutrición por exceso en los niños y niñas en edad escolar de entre 15 y 17 años en el colegio Manuel D`Alzon de la comuna de Lota, durante el periodo de dos años.

METODOLOGÍA

Diseño descriptivo de seguimiento longitudinal, cuya muestra fue de 939 personas de la comunidad educativa: estudiantes a quienes se les realizó evaluaciones antropométricas y de la ingesta alimentaria; docentes y apoderados con quienes se efectuaron talleres educativos.

RESULTADOS

Se logró disminuir la prevalencia de malnutrición en 3 puntos porcentuales de un 28% inicial a un 25% final. Es en el género masculino en donde se ha hace más evidente esta reducción en el cual, a su vez, se produjo un aumento del estado de bajo peso y reducción de la obesidad. Ello se sustentaría en el peak que alcanza el estirón puberal en los varones en este periodo de vida, lo que en las niñas ocurre, a lo menos, dos a tres años antes. Conjuntamente, se incorporó dentro del currículo educativo de educación física la temática de alimentación saludable y, en paralelo, se implementa un kiosco destinado a la comunidad educativa.

[1] Facultad de Medicina. Universidad Católica de la Santísima Concepción. jibarra@ucsc.cl

CONCLUSIONES

El logro de la incorporación de temas de alimentación saludable en las actividades curriculares constituye una necesidad para alcanzar un adecuado desarrollo y crecimiento de nuestra población adolescente.

Se observa a través de esta experiencia que las acciones educativas contribuyen a prevenir el aumento de la prevalencia de malnutrición en población escolar.

Estas intervenciones colaborativas entre el sector salud y educación logran resultados positivos en la población escolar.

Palabras clave: adolescente, estado nutricional, obesidad.

Intervención multidisciplinaria sumada a un programa de entrenamiento físico sobre capacidades funcionales de adultos mayores

MARZUCA N., GABRIEL[1,2], CONCHA C., YENY[1,2], PÉREZ G., ANA[1], URRA L., CARMEN[1], BENAVIDES P., VERÓNICA[1] y AVILÉS I., ROBERTO[1]

INTRODUCCIÓN

El concepto de adulto mayor (AM) "activo" no solo hace referencia a la capacidad de estar físicamente activo, sino que también a la participación en espacios sociales, en distintos tipos de actividades, a un bienestar nutricional y psicológico. Para ello, el ejercicio físico es uno de los planes de intervención con mejores resultados funcionales. Sin embargo, son escasos los antecedentes respecto de estos beneficios en atención primaria en Chile.

OBJETIVOS

Objetivo general

Determinar los efectos de una intervención multidisciplinaria sumada a un programa de entrenamiento físico de 12 semanas de duración sobre las capacidades funcionales en un grupo de Adultos Mayores del Cesfam Dr. J.D. Astaburuaga (JDA) de Talca.

Objetivos específicos

- Evaluar e identificar factores de riesgo de pérdida funcional a partir del Examen de Medicina Preventiva del Adulto Mayor (EMPAM) antes y después de una intervención multidisciplinaria y un programa de entrenamiento de 12 semanas de duración en un grupo de AM del Cesfam Dr. JDA de Talca.
- Evaluar las capacidades funcionales (capacidades físicas, estado nutricional, bienestar psicológico) antes y después de una intervención multidisciplinaria y un pro-

[1] Cesfam Dr. José Dionisio Astaburuaga. Departamento de Salud de Talca. gmarzuca@gmail.com
[2] Escuela de Kinesiología. Universidad Santo Tomás. Talca.

grama de entrenamiento de 12 semanas de duración en un grupo de AM del Cesfam Dr. JDA de Talca.
- Contrastar los resultados de las evaluaciones iniciales y finales después de una intervención multidisciplinaria y un programa de entrenamiento de 12 semanas de duración en un grupo de AM del Cesfam Dr. JDA de Talca.

METODOLOGÍA

Aprobado por Comité de Bioética de UST. Se evaluó 45 pacientes mujeres AM: grupo experimental (22) y control (23), firman consentimiento informado. Todos los sujetos fueron sometidos a una evaluación kinésica (se aplicó el EMPAM, se midió flexibilidad, fuerza muscular y resistencia aeróbica mediante el test de marcha 6 minutos), una evaluación nutricional, psicológica y exámenes de sangre para el análisis de glicemia y perfil de lípidos. Al grupo experimental se le realizó una charla por cada profesional involucrado (kinesiólogo, enfermera, nutricionista, psicóloga) al principio y a la mitad de la intervención. Además, se les realizó un programa de actividad física de 12 semanas de duración, con 2 sesiones presenciales a la semana y una tercera sesión en sus casas. Los valores de PA, FC, FR, SpO2 y SSF fueron registrados al inicio y al final de cada sesión de entrenamiento. Una vez concluido el tiempo de intervención, todos los sujetos fueron evaluados nuevamente.

RESULTADOS

Se encontraron diferencias estadísticamente significativas para las pruebas de equilibrio estático y dinámico (p=0,0001), flexibilidad (p=0,01), distancia recorrida en test de marcha 6 minutos (p= 0,0001), fuerza muscular de miembros superiores e inferiores, examen de HDL (p= 0,027), Índice de riesgo (p=0,048), porcentaje de grasa (p=0,03). No se encontró diferencias estadísticamente significativas para examen de glicemia (p=0,7), CT (p=0,08), LDL y TG (p=0,3), circunferencia de cintura (p= 0,48). Se pudo observar también variaciones en los valores de PA, FC, FR, SpO2 y SSF registrados al inicio y al final de cada sesión de entrenamiento. Se produjeron cambios importantes en el Riesgo cardiovascular, Encuesta estilos de vida saludables y Escala de Goldberg.

CONCLUSIONES

Según los datos obtenidos en este estudio, las capacidades funcionales mejoran significativamente al comparar los sujetos experimentales vs controles luego de realizar una intervención multidisciplinaria sumada a un programa de entrenamiento físico de 12 semanas de duración.

Palabras clave: capacidades funcionales, adulto mayor, programa de entrenamiento

La dinámica social del Foro de ONG de Tuberculosis en Río de Janeiro, Brasil

SANTOS V., ABREU ALBUQUERQUE[1], SCHUABB G., LEMGRUBER[1], SOUZA F. BARBOSA ASSUMPÇÃO[1], CUNHA F., TERESINHA SCARPARO CUNHA[1] y VILLA T., CRISTINA SCATENA[2]

INTRODUCCIÓN

Este trabajo es resultado de la unión de dos sub-proyectos que forman parte del proyecto titulado Los movimientos sociales y la tuberculosis: Análisis del retraso del diagnóstico, Río de Janeiro (RJ), Brasil. La tuberculosis (TB) sigue siendo un problema de salud pública en Brasil estando entre los 22 países que cubre el 80% de la carga mundial de tuberculosis. La participación efectiva de la sociedad para garantizar el acceso universal y el derecho humano a la salud requiere que la sociedad civil se organice y actúe con eficacia en la interfaz con el control social y otros órganos sociales, como los gerentes del Sistema Único de Salud (SUS), la Asamblea Legislativa, el Fiscal General, entre otros, en la lucha contra la enfermedad.

OBJETIVOS

Investigar la trayectoria y la dinámica social del Foro de ONG (Organizaciones No Gubernamentales) de TB del RJ.

METODOLOGÍA

Investigación con un enfoque cualitativo que utiliza el método de análisis del discurso. Fueron realizadas diecisiete entrevistas semiestructuradas con representantes de ONG y movimientos sociales que operan en la lucha contra la tuberculosis, que participó con la firma del Formulario de Consentimiento. Se utilizó el Atlas.ti 6.0 como software que es una herramienta de análisis, en el cual los datos fueron codificados de acuerdo a las categorías de análisis. Las categorías principales de análisis son movilización social, empowerment y actores sociales.

RESULTADOS

La creación del Foro tuvo lugar en el interés de las ONG que comenzarán a trabajar con actividades diseñadas para las personas con coinfección TB / VIH. La necesidad de nuevos grupos por autonomía y legitimidad en la lucha contra la tuberculosis se ha llevado a la creación del Foro de ONG TB del RJ, que fue el primero en el país, en 2003. Este espacio está formado por personas de los movimientos sociales, representantes de personas jurídicas (ONG), los administradores del Estado, y varias otras categorías. Conjunto, por lo tanto, como una esfera pública en la que se utiliza el espacio físico como un espacio de diálogo entre movimientos sociales con órganos institucionalizados que discuten los problemas públicos, directamente y que tiene como un colectivo reconocimiento de los objetivos de los problemas de control social. La dinámica social del foro proviene de la capacidad de representar y expresar las demandas de las personas afectadas o en riesgo de la enfermedad y tratar de hacer cumplir los derechos de aquellos que, por el Estado, son invisibles en la sociedad. Las necesidades sociales que están presentes en la vida cotidiana de las comuni-

[1] Escuela de Enfermería Alfredo Pinto, Facultad de Enfermería, Universidad Federal del Estado del Río de Janeiro. vivianabreu85@gmail.com
[2] Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto. Facultad de Enfermería. Universidad de São Paulo.

dades donde los sujetos son / están privados de la ciudadanía, se convierten en demandas del Foro ONG TB. La sociedad civil organizada, a su vez, interactúa con el Frente Parlamentario para la Lucha contra el VIH / SIDA y la tuberculosis, aunque algunos miembros de este no están conscientes de esta relación. El Foro de las ONG está en contacto sistemático frente al presidente del Frente, mostrando sus proyectos, buscando apoyo en sus actividades y haciendo la actualización de la información sobre la enfermedad.

CONCLUSIONES

La dinámica social que sucede en el Foro de ONG de RJ TB se convierte en herramienta que permite "vía de doble sentido", que sería la protección y garantía de los derechos humanos (especialmente los afectados por la tuberculosis o que están en riesgo), y el fortalecimiento de las políticas públicas.

Palabras clave: ONG, políticas públicas de salud, tuberculosis.

Maduración ósea carpal de niños de etnia mapuche

SOLÍS C., DIEGO[1], CAYUL R., ANA[2] y GARRIDO H., SERGIO[2]

INTRODUCCIÓN

El crecimiento y la maduración en el ser humano son el resultado de la interrelación genético-ambiental, la cual determina que en la población general haya niños con diferentes ritmos de crecimiento y maduración, existiendo en algunos países de Latinoamérica diferencias en la maduración ósea de los niños de su población.

En Chile hay reportes de que la maduración ósea del niño chileno resulta ser muy distinta a lo planteado por Greulich & Pyle, así como también en algunas edades, las mujeres chilenas parecen adelantadas respecto a sus congéneres estadounidenses.

Chile es un país que además de ser multicultural, es poli étnico, con un fuerte componente de la etnia mapuche, principalmente en algunas zonas como la Región de la Araucanía, surgiendo la necesidad de realizar adaptaciones de los estándares utilizados habitualmente.

OBJETIVOS

Demostrar la necesidad de un atlas de maduración ósea para usuarios de la etnia mapuche del Hospital Dr. Hernán Henríquez Aravena.

METODOLOGÍA

Se realizó una investigación de tipo descriptiva, transversal, donde se determinó la edad ósea radiológica a pacientes con diagnóstico de talla baja en el servicio de Imagenología del Hospital Dr. Hernán Henríquez Aravena.

RESULTADOS

Se recolectó un total de 61 datos de pacientes entre 0 y 18 años, de usuarios chilenos y de la etnia mapuche, comprobándose que existen grandes diferencias al compararse los valores locales con los referentes internacionales. El 43,0% de los participantes de la investigación

[1] Clínica Alemana Temuco. inteligent_head@hotmail.com
[2] Universidad San Sebastián Sede Valdivia.

presentó una edad ósea discordante, las niñas tienen una maduración más avanzada en edades tempranas, y no se encontró grupo etario en el cual la maduración ósea sea significativa, entre otros.

CONCLUSIONES

Se concluyó que es necesario cotejar los estándares internacionales con valores locales según etnia en patologías y exámenes que requieren de estas adaptaciones como es el caso de la maduración ósea (edad ósea).

Palabras clave: maduración ósea, edad ósea, etnia mapuche, atlas de Greulich & Pyle.

Manejo de la obesidad infantil: Proyecto Creciendo Sano, resultados luego de 4 años de trabajo

SILVA T., PAULINA[1], BURGOS P., VÍCTOR[2], MOENA G., BORIS[2], PACHECO G., SHEILA [2], CARDEMIL CAROLINA[2], CASTILLO B., RODRIGO[2] y VIDALES M., ALMA[3]

INTRODUCCIÓN

Actualmente la obesidad infantil es considerada una pandemia, que conlleva otras patologías crónicas no transmisibles que afectarán la calidad y la esperanza de vida de los pacientes, siendo su detección e intervención precoz crucial para el manejo de ésta.

OBJETIVOS

Proponer y promover estrategias de intervención que sean efectivas en la mantención de un adecuado estado nutricional de los párvulos y cambios en los pacientes con diagnóstico nutricional de sobrepeso u obesidad.

METODOLOGÍA

Estudio prospectivo realizado entre los años 2007 y 2011, dentro del Proyecto Creciendo Sano (CRES), iniciativa pionera en el manejo de esta problemática, a cargo de un equipo multidisciplinario e intersectorial. Proyecto docente asistencial en alianza entre Cesfam de Olmué y Universidad de Valparaíso, la cual se mantiene desde el año 2002 a la fecha, trabajando con la comunidad de Olmué. Se evaluó e intervino a todos los niños de un jardín infantil de la comuna de Olmué, perteneciente a la Junji. Se trabajó en cuatro ejes: nutricional, salud dental, actividad física y psicosocial. Incluyó niños desde nivel sala cuna (3 meses) a transición (4 años 11 meses). Se realizaron, periódicamente, evaluaciones antropométricas mediante peso, talla. Los datos fueron evaluados según las curvas de la OMS para P/E o P/T según la edad del párvulo. Los datos fueron analizados mediante T- student y chi cuadrado.

RESULTADOS

En el año 2007 se encontró una incidencia de 66 % de eutróficos, 12,5 % de sobrepeso y 16,6 % de obesidad. Durante el año 2008

(1) Escuela de Medicina. Universidad de Valparaíso. psilvat@gmail.com
(2) Cesfam Olmúe.
(3) Departamento de Salud Pública. Universidad de Valparaíso.

se encontró 62 % de eutróficos, 15,52 % de obesidad y 18,97% de sobrepeso. Descendió a 5,59 % de obesidad y 22,38 % de sobrepeso el año 2009, con un 68,53 % de eutróficos. El año 2010 se encontró un 78,5 % de eutróficos y 14, 28 % de distrofia por exceso. Durante el inicio del año 2011 (primer semestre) el 98% de los alumnos estaban eutróficos y un 2 % con distrofia por déficit. Estadísticamente significativas resultaron las cifras de obesidad y sobrepeso en las niñas durante los 3 primeros años del estudio. Se logró aumentar y optimizar la actividad física dos veces por semana y se crearon manuales para su ejecución, acorde a la edad, que quedaron en poder de las educadoras. Durante todo el curso del proyecto se han mantenido constantes los talleres sobre educación, crianza de los menores, actividad física y alimentación saludable, tanto para los padres como para toda la comunidad escolar.

CONCLUSIONES

Nos parece interesante e importante presentar este trabajo con resultados favorables luego de 4 años de trabajo permanente, intersectorial, de un equipo multidisciplinario, con toda la comunidad (familia, profesores y personal auxiliar) que rodea a los menores. Es posible que si se desarrollaran alternativas como ésta, a nivel regional o nacional, pudieran tener un impacto significativo en las alarmantes cifras que exhibe nuestro país.

Palabras clave: CRES, obesidad infantil, sobrepeso, distrofia por exceso.

Movimientos sociales y el control de la tuberculosis en la ciudad de Río de Janeiro

SCHUABB G., LEMGRUBER[1], SANTOS V., ABREU ALBUQUERQUE[1], SOUZA F. BARBOSA ASSUMPÇÃO[2], CUNHA F., TERESINHA SCARPARO CUNHA[1] y VILLA T., CRISTINA SCATENA[2]

INTRODUCCIÓN

La tuberculosis (TB) sigue siendo un problema grave de salud pública en Brasil, principalmente en Río de Janeiro (RJ), con una incidencia de 83,4 / 100.000. No hay consenso sobre la relación entre las condiciones sociales y el desarrollo de la enfermedad. La movilización de la sociedad civil en la lucha contra la tuberculosis es una de las actividades de los movimientos sociales y la comunidad, considerada como un actor importante para cambiar el escenario actual de la enfermedad.

OBJETIVOS

Identificar el papel de los movimientos sociales que interactúan con las actividades de control de la tuberculosis en el municipio de RJ y en qué forma ayudar a evitar demoras en el diagnóstico de la tuberculosis.

METODOLOGÍA

Buscar a través de un enfoque cualitativo de análisis del discurso. Los datos serán obtenidos a partir de diez entrevistas semiestruc-

[1] Escuela de Enfermería Alfredo Pinto. Facultad de Enfermería. Universidad Federal del Estado del Río de Janeiro. glaucialschuabb@gmail.com
[2] Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto. Facultad de Enfermería. Universidad de São Paulo.

turadas con representantes de movimientos sociales que se ocupan de las actividades de control de la tuberculosis en el municipio de RJ, identificados por los investigadores en foros y eventos sobre la tuberculosis. Uso del software Atlas.ti 6.0 creando una base de datos que permite el código de las líneas de acuerdo a las categorías de análisis.

RESULTADOS

El desempeño de los miembros de los movimientos sociales en las actividades específicas de control de la tuberculosis es reciente. La trayectoria de estos miembros se inició vinculada a ninguna actividad de interés colectivo y busca fortalecerse para hacer frente a los movimientos de Sida, debido al aumento de la TB co-infección por el VIH/Sida. Además de luchar por las causas de los sujetos en riesgo y / o un portador de la tuberculosis, el movimiento se dedica a otras causas sociales directamente relacionados con las condiciones socioeconómicas en que vive la población. Las dificultades económicas y sociales que enfrenta el movimiento no les impide trabajar para estar juntos, visitar sus hogares. Está el monitoreo de las unidades de salud, hacer discursos, "la educación itinerante", la radio comunitaria y la distribución de material informativo sobre la tuberculosis para la población. Las acciones de los movimientos sociales para obtener mayor visibilidad en los eventos organizados por las organizaciones no gubernamentales (ONG) que realizan acciones en la lucha contra la tuberculosis y ver estas ONG, a través de un accionar pertinente y capaz de expresar las necesidades de los individuos estigmatizados por la sociedad por llevar la enfermedad de la TB.

CONCLUSIONES

El movimiento social tiene un papel importante en los esfuerzos para controlar la tuberculosis, ya que sus miembros viven y trabajan en la comunidad y más dispuestos a reconocer las necesidades sociales y de salud. Desarrollar acciones para la prevención y detección temprana de enfermedades, tales como las prácticas educativas. Sin embargo, el papel de los voluntarios se limita a sus comunidades y el alcance está limitado al tamaño de las tasas de interés de la tuberculosis activa.

Palabras clave: movimientos sociales, salud pública, tuberculosis.

Mujeres obesas con diferentes niveles de proliferación endometrial y riesgo potencial de desarrollar carcinoma endometrial

MEDINA U., ELIZABETH[1], ALBORNOZ A., CATALINA[2], CASTRO L., FRANCISCO[2] CELIS M., MIGUEL[2], GAETE V., FANCY[2], PEÑALOZA M., PAULINA[2] y VILLAVICENCIO G., ALEJANDRA[1]

INTRODUCCIÓN

La obesidad ha alcanzado caracteres de pandemia en las últimas décadas, y existe una fuerte asociación epidemiológica con el carcinoma endometrial (CE) tipo I (dependiente de estrógeno). Esta asociación se correlaciona con una incrementada proliferación endome-

[1] Instituto de Nutrición y Tecnología de los Alimentos (Inta). Universidad de Chile. avillavicencio@inta.uchile.cl
[2] Hospital Dr. Luis Tisné Brousse. Universidad de Chile.

trial. Sin embargo, no todas las mujeres obesas desarrollan CE. Por esta razón, la detección temprana de mujeres obesas con potencial para desarrollar CE tipo I podría determinar cuáles de estas pacientes debieran recibir mayor vigilancia.

OBJETIVOS

Evaluar en mujeres normo-peso y obesas sin y con CE tipo I, niveles circulantes de esteroides y su asociación con proliferación endometrial.

METODOLOGÍA

Las muestras de sangre y endometrio fueron obtenidas de mujeres cíclicas fértiles (sin CE tipo I) en fase proliferativa, con índice de masa corporal (IMC)= 18-24.9 Kg/m2 (normopeso (N), n=10), IMC ≥30 Kg/m2 (obesas (O), n=20), y de pacientes obesas con CE tipo I (CE, n=12) previo consentimiento escrito e informado y aprobado por el Comité de Ética Científico del Inta y del Área Oriente. Los niveles circulantes de estradiol (E2), progesterona (P4), testosterona (T) y androstenediona (A4) fueron determinados por radioinmunoensayo; en tanto que la concentración sérica de la globulina transportadora de hormonas sexuales (SHBG) se estudió mediante ensayo inmunoradiométrico. La proliferación endometrial fue evaluada a través de la inmunodetección del antígeno Ki67 (expresado en las fases G1, S, G2 y M del ciclo celular) y de la proteína p-H3 (expresada durante la fase M del ciclo celular).

RESULTADOS

Observamos la existencia de dos subgrupos de mujeres obesas con diferentes niveles de proliferación endometrial: mujeres obesas con alta proliferación (OAP, n=14) y mujeres obesas con baja proliferación (OBP, n=6). Específicamente, la expresión de Ki67 fue 88,5% mayor ($p<0.001$) en el grupo OAP respecto al grupo OBP, en tanto que la expresión de p-H3 fue 62,6% mayor ($p<0.01$) en el grupo OAP versus el grupo OBP. Además, las pacientes OAP presentaron elevados niveles circulantes de E2/P4 (46,3%, $p<0.01$) al comparar con las mujeres OBP. Interesantemente, el grupo OBP no difirió del grupo normopeso en los parámetros anteriormente mencionados. Por otro lado, no se observaron diferencias significativas en la edad, peso corporal, IMC, circunferencia de la cintura, índice cintura/cadera, y andrógenos y SHBG séricos en ambos subgrupos de mujeres obesas sin CE tipo I. Las mujeres obesas con CE tipo I mostraron niveles de proliferación endometrial similares a los detectados en el grupo OAP.

CONCLUSIONES

Los elevados niveles circulantes de estrógenos en el grupo OAP podrían ejercer una fuerte influencia en la proliferación endometrial de estas mujeres. Estos datos sugieren que el grupo OAP presenta un elevado riesgo de desarrollar CE tipo I, y que biomarcadores endometriales (como Ki67 y p-H3) y circulantes (como E2/P4) ayudarían a discriminar entre mujeres OAP y OBP. De esta manera, se podría conducir a intervenciones tempranas para reducir la necesidad de cirugía altamente invasiva, la cual deteriora la capacidad reproductiva y la calidad de vida de estas mujeres.
Fondecyt 1110232

Palabras clave: obesidad, endometrio, estrógenos, proliferación.

Nivel de conocimientos en prevención de enfermedades cardiovasculares

FLORES A., JACQUELINE[1]

INTRODUCCIÓN

Las enfermedades cardiovasculares representan la primera causa de muerte en Chile y su incidencia se mantiene con tendencia al aumento. Diversas medidas han sido evaluadas con el fin de retrasar o prevenir su aparición, entre las cuales se incluyen cambios en el estilo de vida que, en el contexto de un apoyo multidisciplinario al usuario, constituyen la intervención de mayor impacto. Esto se ve favorecido con el enfoque integral de programas y estrategias como Chile Crece Contigo y EGO-Chile, donde se interviene con enfoque preventivo.

OBJETIVOS

Determinar el nivel de conocimientos de las madres de niños y niñas menores de 6 años del Cesfam Dr. Sergio Aguilar, en prevención de enfermedades cardiovasculares, entre los meses de agosto y noviembre de 2010.

METODOLOGÍA

Se realizó un muestreo no probabilístico. Estudio transversal, descriptivo, observacional, analítico.

Se aplicó cuestionario validado, con escala de Lickert, elaborado por investigadora, a 276 madres de niños y niñas menores de 6 años bajo control de salud del niño sano.

RESULTADOS

Destacan entre los resultados que el 67,8% de las madres encuestadas tiene entre 20 y 34 años de edad; el 97,1% tiene escolaridad de 8° básico o más; el 65,2% tiene un nivel de conocimientos clasificado como regular, considerando las respuestas de la totalidad de la encuesta. En relación a factores de riesgo del niño, un 54,3% clasifica como suficiente. En el ítem de otros factores de riesgo, referente a los antecedentes cardiovasculares familiares, el 65,9% de las madres tiene un nivel de conocimientos regular, mientras que en el ítem de conocimientos de prácticas de autocuidado, el 57,8% de las madres encuestadas clasifica en esta última categoría. Existe relación entre el nivel de conocimientos y la edad de la madre.

CONCLUSIONES

Si bien el nivel de conocimientos de las madres, clasificado como regular, tiene una mayor importancia relativa, no existen casos en los que este conocimiento sea insuficiente.

El mejor porcentaje de logro se observa en las preguntas relacionadas con los factores de riesgo del niño de contraer enfermedades cardiovasculares y las prácticas de autocuidado.

Los resultados encontrados se relacionan con las actividades desarrolladas y los contenidos abordados en los controles de salud del niño y niña menor de 6 años; así como también con los aportes recibidos de campañas masivas, desarrolladas por diferentes medios de comunicación.

El diagnóstico educativo es una herramienta que entrega, de manera objetiva, el nivel de conocimientos de las madres y los temas que faltan abordar con mayor profundidad y de manera sistemática en los programas y campañas de prevención de ECVs en la infancia.

El presente diagnóstico no es concluyente

[1] Carrera Enfermería. Facultad de Medicina. Universidad Católica del Norte. jfloresa@ucn.cl

en cuanto a la relación que existe entre el nivel de conocimiento de las madres y otras variables biosociales.

Palabras clave: conocimientos, prevención, autocuidado, factores de riesgo cardiovascular.

Percepción de la imagen corporal, hábitos alimentarios y estado nutricional de los escolares

CID C., SOFÍA[1], MARTIN M., LAURA[2], ROMERO R., MAKARENA[2], y VILCHEZ R., ALEJANDRA[2]

INTRODUCCIÓN

La percepción de la imagen corporal constituye una representación mental que se tiene del propio cuerpo y de los demás. En la valoración del propio cuerpo influyen diversos factores como las experiencias personales, normas sociales y culturales, actitudes, modos de comportamiento, pensamientos y sentimientos que van consolidando la personalidad.

La imagen corporal se va formando durante la niñez y en la adolescencia es primordial para el desarrollo psicosocial del individuo.

La preocupación por la imagen corporal en los adolescentes se ha convertido en un problema de salud pública, ya que los escolares se encuentran gordos, por lo cual va en aumento la preocupación por el peso corporal. (Killen, 1996)

Según Burrows, R. (2003) "El aspecto psicológico debe ser considerado y abordado en el tratamiento individual de la obesidad. Un trastorno en este sentido puede condicionar muchas de las conductas que tiene un adolescente con respecto a las comidas y actividad física. Una baja autoestima, el mal rendimiento escolar, poca sociabilidad, son factores que pueden asociarse al aislamiento y a la ansiedad, determinando una menor actividad y más consumo de alimentos".

OBJETIVOS

Describir el estado nutricional, los hábitos alimentarios y la percepción de la imagen en los escolares en estudio.

Determinar las diferencias que existen entre un grupo de escolares de un colegio municipal y de un colegio privado, respecto al estado nutricional, sus hábitos alimentarios y su percepción de la imagen corporal.

METODOLOGÍA

Se realizó medición antropométrica a una muestra representativa de estudiantes de 5º a 8º básico, 94 alumnos correspondieron a la escuela municipal Bernardo O'Higgins y 85 estudiantes al colegio particular Scuola Italiana di Copiapó. Para conocer su estado nutricional se calculó su IMC, y para una mejor evaluación nutricional se ajustó el valor de IMC en función del Estadio de Tanner. Además, se recopilaron antecedentes para conocer la calidad de la alimentación a través de una encuesta

(1) Escuela de Salud. Universidad del Mar. sede Copiapó. sofia.cid@udelmar.cl
(2) Nutrición y Dietética. Universidad del Mar. sede Copiapó.

alimentaria recordatorio de 24 hrs. También se obtuvieron datos sobre la percepción de la imagen corporal por medio de una encuesta con modelos anatómicos según rangos de IMC que medirá si la percepción de la imagen corporal concuerda, es sobreestimada o subestimada respecto al estado nutricional de los encuestados.

RESULTADOS

El 20% de la Scuola Italiana sobrestimó su imagen, un 51,8% concuerda con ella y el 28,2% restante la subestimó. Sin embargo, en la escuela municipal el 18,1% la sobrestimó, el 42% concuerda y el 39,4% subestima su imagen corporal respecto al estado nutricional. Por otra parte, el 46,8% de la Scuola Italiana presentó malnutrición por exceso, un 43,5% tiene un estado nutricional normal y el 1,2% bajo peso. Mientras, en la Escuela Bernardo O'Higgins un 55,3% tiene malnutrición por exceso y el 53,2% estado nutricional normal. Respecto a los hábitos alimentarios, se encontró solo en la Scuola Italiana hábitos saludables (12,9%). En la Escuela Bernardo O'Higgins un 84% necesita cambios en su alimentación y en la Scuola Italiana el 69,4%. Además, un 16% de estudiantes de la Escuela Bernardo O'Higgins y 17,6% de la Scuola Italiana tienen hábitos alimentarios poco saludables.

CONCLUSIONES

Se puede concluir que existe diferencia entre ambos establecimientos educacionales. Respecto a la percepción de la imagen corporal es mayor la concordancia en la Scuola Italiana, sin embargo un aspecto importante es la distorsión de la imagen corporal que se presento en ambos establecimientos educacionales, pero un mayor número de casos lo presenta el colegio Bernardo O'Higgins. Respecto al estado nutricional, la malnutrición por exceso es mayor en la Scuola Italiana, por el contrario hay mayor porcentaje de estudiantes con estado nutricional normal en la escuela Bernardo O'Higgins, donde tampoco existe Bajo peso a diferencia de la Scuola Italiana. Por otra parte, en cuanto a los hábitos alimentarios no son del todo saludables una mayor proporción de alumnos en ambos establecimientos educacionales necesita cambios en su alimentación.

Palabras clave: percepción imagen corporal, estado nutricional, hábitos alimentarios.

Percepciones de profesionales de atención primaria de salud hacia la educación de la diabetes

GÁLVEZ E., PATRICIA[1], IGLESIAS V., LORENA [1] y MORALES I., GLADIS[1]

INTRODUCCIÓN

Cerca del 90% de los pacientes que presentan diabetes mellitus 2 se atiende en la atención primaria. Es aquí donde los profesionales de la salud deben asumir un rol principal y considerar a la educación en diabetes como parte del tratamiento. La actitud frente a la educación en diabetes, junto con los conocimientos y habilidades, es esencial para que los profesionales de la salud la lleven a cabo y entreguen las herramientas necesarias para que el paciente maneje su autocuidado.

[1] Escuela de Nutrición y Dietética. Facultad de Medicina. Universidad de Chile. pa_galvez@med.uchile.cl

OBJETIVOS

Describir la actitud hacia la educación en diabetes de profesionales de atención primaria de salud.

METODOLOGÍA

Estudio no experimental, descriptivo y de corte transversal. Se aplicó una escala de Licker, con 16 ítems referidos a educación en diabetes, con puntaje total de 80 puntos, con posibilidad de respuesta dentro de una escala de graduación de 5 niveles, desde el muy de acuerdo al muy en desacuerdo. Su aplicación exploró las tendencias y las discrepancias que las respuestas tenían frente a educación en diabetes, clasificándolas en favorable, medianamente favorable o desfavorable, según la puntuación obtenida.

Este instrumento se aplicó a profesionales de la salud, quienes participaron del Diploma 'Manejo Integral de la Diabetes tipo 2 para profesionales de la salud', durante los años 2009 y 2010. El tamaño muestral correspondió a la totalidad de los participantes, equivalente a 168 profesionales, quienes contestaron correctamente la encuesta.

RESULTADOS

De la muestra, el 67% correspondía a mujeres, 68% a médicos cirujanos, un 18% a nutricionistas, 10% a enfermeros y 4% otras profesiones.

Del total de la muestra, el 56% de los profesionales presentó una actitud favorable hacia la educación en diabetes y un 44 % tiene una actitud medianamente favorable. No existen personas con actitud desfavorable. Por profesiones, el 54.3% de los médicos tiene una actitud favorable frente a la educación en diabetes, mientras que en los demás profesionales, un 57% de ellos presenta una actitud favorable.

Los ítems mejor calificados por profesionales de la salud son 'Todos los profesionales de la salud deben trabajar en conjunto para educar a los pacientes' y 'La comunicación es una herramienta importante a tener en cuenta en la educación en diabetes', en los cuales un 88% está muy de acuerdo con estas afirmaciones. También, un 86,3% está muy de acuerdo con que 'En la educación en diabetes se debe incorporar a la familia del paciente si es posible'. Además, la mayoría de los profesionales cree que se debe buscar un espacio adecuado para realizar educación, con un 73,8% para los de acuerdo y los muy de acuerdo, destacándose que un 62,3% cree que la demanda asistencial les impide realizarla.

CONCLUSIONES

Los profesionales encuestados presentan una actitud favorable frente a la educación en diabetes, ya sea cuando se vio como totalidad de la muestra o por profesiones. Esto hace necesaria la evaluación de conocimientos y habilidades en relación a este tema, que complementen lo encontrado acá y así generar estrategias para mejorar la educación en diabetes hacia nuestros pacientes.

Sería interesante recolectar más información de otros profesionales de la salud, dado que la mayor parte de la muestra correspondió a médicos, lo que podría estar influenciando los resultados.

Palabras clave: educación en diabetes, actitudes, atención primaria, profesional de la salud.

Perfil del paciente que se realiza Empa en Cesfam Laurita Vicuña

ODÉ L., PÍA[1], BUSTAMANTE F., CATALINA[1], NUÑEZ N, ATILIO[1] e HINOJOSA C., MAURICIO[2]

INTRODUCCIÓN

El Examen Médico Preventivo (EMPA) es un plan de monitoreo y evaluación de la salud y factores de riesgo que contempla personas de 15 a 64 años. Éste puede realizase por iniciativa propia del paciente o por ofrecimiento del establecimiento.

El objetivo de la prevención primaria es evitar la ocurrencia de la enfermedad, y es por esto que el Ministerio de Salud diseñó e implementó este programa, incluyéndolo en el tercer régimen de Garantías Explícitas, en el año 2007.

OBJETIVOS

Describir el perfil de los pacientes que se realizan el EMPA en el Cesfam Laurita Vicuña.

Realizar una categorización respecto de los parámetros incluidos en el EMPA, aplicados a los pacientes del Cesfam Laurita Vicuña.

METODOLOGÍA

Estudio descriptivo de prevalencia en el cual nuestro universo muestral es de 42.793 pacientes, que corresponden al total de pacientes que se atienden en el Cesfam Laurita Vicuña. Los datos fueron obtenidos del sistema informático del establecimiento, y procesados en planilla electrónica Excel.

RESULTADOS

El total de pacientes que se realizaron el EMPA durante el primer semestre del 2011, fue de 190, con una distribución de 41% mujeres, 59% hombres. Respecto de los factores de riesgo cardiovascular, un 42% resultó fumador, correspondiendo al 31% del total de las mujeres, y 50% del de los hombres; un 21% del total de pacientes hipertensos, siendo el 24% de las mujeres y el 19% de los hombres. En relación al estado nutricional, sólo un 27% global tienen un IMC dentro del rango normal, un 39% sobrepeso y 30% obesidad. Sólo un 2,6% de pacientes debieron ser enviados para confirmación de diabetes, por glicemia en ayuno mayor de 126mg/dL, y un 4,7% para confirmación de dislipidemia por colesterol total mayor a 240mg/dL, siendo doblemente frecuente en hombres versus mujeres. No existía registro de VDRL, probablemente por no tener factores de riesgo. Tuberculosis se registró en 5,2%.

CONCLUSIONES

Parece de suma importancia la implementación de este tipo de programas de prevención.

El porcentaje de fumadores en nuestra muestra se correlaciona con los valores nacionales, de un 40% aproximadamente. Respecto de los parámetros del estado nutricional, también estos se correlacionan con los valores a nivel nacional, con cifras de un 40% de sobrepeso, y cercano a un 25% de la población obesa, según el INTA.

En relación a factores de riesgo cardiovasculares, hay predominancia en hombres versus mujeres en la mayoría de los puntos analizados, correlacionándose con la mayor incidencia de eventos cardiovasculares en el sexo masculino.

[1] Interno Medicina Universidad Nacional Andrés Bello. Pia_ode@hotmail.com
[2] Alumno Medicina. Universidad Nacional Andrés Bello.

Por otro lado, respecto de las enfermedades infectocontagiosas, tuvimos una alta incidencia de tuberculosis, cifras muy por encima de las nacionales, probablemente en el contexto de una población con factores de riesgo.

Palabras clave: prevención cardiovascular, examen.

Perfiles de consumo nocivo de alcohol en adolescentes mediante árboles de clasificación, Chile, 2009

VILLALÓN C., MARCELO[1] y CUÉLLAR G, CAROLL[2]

INTRODUCCIÓN

Uno de cada cuatro adolescentes chilenos, la tercera frecuencia de la OCDE, respondió afirmativamente cuando se le preguntó si se ha emborrachado (binge-drinking) en más de una oportunidad el año 2007. El consumo de alcohol en Chile y sus daños está siendo objeto de atención prioritaria, como queda reflejado en su inclusión como patología GES, el recientemente creado Servicio Nacional de Prevención y Rehabilitación de Drogas y Alcohol y la formulación una Estrategia Nacional para la Prevención del Consumo Nocivo de Alcohol. Chile dispone de encuestas con representación nacional desarrolladas por Conace que permiten acercarse de buena forma a conocer la evolución de este patrón conductual. El desarrollo de Cart, técnica de creciente uso en salud, provee de una herramienta eficiente en la elaboración de perfiles y una más efectiva comunicación de los resultados de investigación en esta área.

OBJETIVOS

Determinar perfiles de consumo nocivo de alcohol entre adolescentes chilenos.

Socializar metodologías que faciliten el trabajo interdisciplinario en salud pública.

METODOLOGÍA

Se desarrolló un estudio de diseño transversal utilizando la base de datos del VIII Estudio Nacional de Drogas en Población Escolar de Chile, Conace 2009. Usando grafos se elaboró un modelo causal con variables de tipo individual, familiar y de pares. Se utilizó una técnica estadística que permite construir árboles de clasificación (Cart) para elaborar perfiles de consumo nocivo de alcohol. La pregunta ¿Te has emborrachado en el último mes? se usó para aproximarse al binge-drinking (variable dependiente), mientras que variables predictoras fueron sexo, edad, relación con los padres y nivel de influencia de los pares. Se utilizó el software SPSS 15.0, con análisis de sensibilidad basado en Índice de Gini y sistema de validación por división muestral (70% aprendizaje, 30% comprobación).

RESULTADOS

Se formó una muestra equiparando consumidores y no consumidores para poder generar árboles capaces de predecir tanto el emborrachamiento como la abstinencia. La muestra útil fue de 15.357 estudiantes, 52,4% hombres; una edad promedio de 15,7 ±1,5 DE. 79,5% de la muestra declara que sí, ha consumido

[1] Escuela de Salud Pública. Programa de Doctorado en Salud Pública. Universidad de Chile. mavillal@uchile.cl
[2] Facultad de Medicina. Universidad de Chile.

alcohol alguna vez en la vida y el 49,7% se ha emborrachado, al menos, 1 vez en el último mes. Se elaboraron 3 árboles de clasificación: uno general y uno para cada sexo. Los algoritmos resultaron distintos según sexo: en el caso de los hombres el modelo consideraría la relación con los pares, la influencia de los padres y la edad, mientras que en el caso de las mujeres sólo importaría la relación con sus pares. Respecto a la precisión, el árbol clasifica correctamente al 64,4% de los que NO se han emborrachado durante los últimos 30 días y al 75,7% de los que SÍ. El modelo se resume en 5 reglas de decisión o perfiles.

CONCLUSIONES

El reconocimiento que pudiera existir una distinción según sexo en el modelo causal del consumo nocivo de alcohol entre adolescentes resulta de interés, y se muestra acorde con otras aproximaciones de dimorfismo sexual en el plano de conductas de riesgo. Parece relevante a la hora del diseño de intervenciones específicas que, tal vez, debiesen tener componentes comunes y diferenciados por sexo. El que las adolescentes sean susceptibles sólo a sus pares, mientras que los varones reconozcan en sus padres influencia en su patrón de decisión es consistente también con diferencias en sus desarrollos en la esfera moral. Los modelos obtenidos se mostraron mejor en el ámbito de la confirmación de la población que sí consume. Los niveles de precisión y confianza fueron semejantes al comparar con técnicas análogas, como la regresión logística. La herramienta ofrece ventajas para la comunicación de los resultados, sobre todo para un ámbito como la salud pública que para lograr efectos requiere la concurrencia de ciencia y política, aproximaciones con distinta racionalidad.

Palabras clave: alcohol, adolescente, Cart.

Pesquisa consumo de alcohol en gestantes adolescentes: características biosociales para prevención del síndrome alcohólico fetal

MARTÍNEZ A., FRANCISCA[1], AGUILAR A.,CLAUDIA[2], BADILLA M.,DAISY[2], LEIVA H.,WILDO[2], ROZAS B.,IRENE[2], SALAZAR F.[2] y VALDIVIA R., ANDREA[2]

INTRODUCCIÓN

En Chile, el consumo de alcohol es un problema de salud pública. Estadísticamente, figura entre países de más alto consumo de alcohol por habitante, afectando a la salud, economía, sociedad y familia. La V Región figura entre los primeros lugares de mayor consumo de alcohol, alcanzando cifras sobre el 50% entre escolares que cursan 8º básico y 4º año de enseñanza media, con predominio del sexo femenino. Es importante realizar Educación para la salud. Las gestantes que ingieren alcohol tienen mayor probabilidad de presentar morbilidad como abortos, mortalidad perinatal, alteraciones en el crecimiento fetal y en su posterior desarrollo cognitivo e intelectual y aparición de malformaciones congénitas, destacando el

[1] Escuela de Obstetricia y Puericultura. Facultad de Medicina. Universidad de Valparaíso. francisca.martinez@uv.cl
[2] Titulados Escuela de Enfermería y Obstetricia. Universidad de Valparaíso.

Síndrome alcohólico fetal como consecuencia o daño reproductivo que justifica plenamente la creación de un plan de prevención integral.

El estudio es en adolescentes gestantes menores de 16 años de Valparaíso con resultados objetivos a través de exámenes de laboratorio. Permite mejorar el Control Prenatal, enriqueciendo la anamnesis dirigida al hábito de consumo (limitada a preguntar si se bebe o no) con la finalidad de pesquisar oportunamente el consumo de alcohol durante la gestación, el Síndrome alcohólico fetal y los efectos en el recién nacido, siendo fundamental el rol que debe desarrollar el profesional de salud.

OBJETIVOS

Objetivo general

Identificar características biosociales y determinar la magnitud del consumo de alcohol en gestantes adolescentes.

Objetivos específicos

- Identificar en la gestante la edad, el nivel de escolaridad, el tipo de actividad, antecedentes gineco – obstétricos, y determinar la aceptación a la gestación actual.
- Describir en la gestante el parentesco del grupo familiar y el ingreso económico familiar.
- Determinar la ingesta de alcohol en el grupo familiar.
- Identificar situaciones que favorecen el consumo de alcohol de la adolescente.
- Identificar las creencias que favorecen el consumo de alcohol durante la gestación.
- Determinar la ingesta de alcohol en el grupo de amigos de la gestante.
- Establecer asociación de ingesta de alcohol con el consumo de otras drogas.
- Identificar el trimestre de la gestación en que la adolescente ha consumido alcohol.
- Utilizar exámenes seleccionados para la detección del consumo de alcohol durante la gestación.
- Establecer el consumo de alcohol 6 meses previos al embarazo. (192)

METODOLOGÍA

Estudio cuantitativo exploratorio del consumo de alcohol en la adolescente gestante, menor de 16 años con características biosociales, controladas en consultorios y/o asistentes a establecimientos educacionales de dependencia administrativa municipal, durante los meses de marzo a junio del 2002, Valparaíso, V Región.

Aplicación de entrevista y toma de exámenes, volumen corpuscular medio (VCM), gammaglutamiltranspeptidasa (GGTP), creatinfosfokinasa (CPK) y transaminasa pirúvica (GTP), visita domiciliaria, con consentimiento informado por la adolescente y familiar.

RESULTADOS

Las 44 adolescentes gestantes del estudio con edad entre los 13 y 16 años, predominio de 16 años, 70,4% (31 gestantes), de las cuales el 71% (22 gestantes) reconoce consumo de alcohol 6 meses antes de la gestación actual.

Sólo un 54,5% (24) tiene la característica de ser ‘estudiante’, un 6,8% (3) trabaja en actividades como telefonista, payasito y vendedora; un 38,6% (17) no realiza actividad alguna, con un alto grado de deserción escolar.

En el factor educacional, el 66,7% (8) de las adolescentes gestantes estudiantes reconocen consumir alcohol.

El 95,5% (42) de las adolescentes era primigesta con consumo de alcohol y sólo un 4,5% (2) con antecedente de un parto anterior. Sin antecedentes de aborto.

El 100%(12) de las adolescentes que planificaron su gestación mantiene su ingesta de alcohol y 4,5% (2) de las adolescentes no aceptaba su gestación.

Un 97,7% (43) de las jóvenes y su grupo familiar con ingreso económico bajo, equivalente a un ingreso per cápita menor de $75.000 y sólo un 2,3% (1) tiene un nivel medio, que equivale a ingreso per cápita entre $76.000 y $150.000.

De las adolescentes gestantes que recono-

cen consumir alcohol, 100% (12) tienen familia nuclear y el 50% (6) de las gestantes consumidoras de alcohol durante la gestación, tiene familia con consumo de alcohol.

Del total de adolescentes encuestadas, el 61,4% (27) reconoce haber consumido alcohol antes de su embarazo, de las cuales un 59,3% (16) dejó de consumir durante la gestación y un 40,7% (11) mantiene su consumo; por lo tanto, se concluye que aunque la gestación podría actuar como factor protector para la ingesta de bebidas alcohólicas, el consumo de alcohol constituye un riesgo potencial de desarrollar Síndrome alcohólico fetal. Es destacable que un 5,9% (1) de las adolescentes inicia el consumo de alcohol durante la gestación.

De gestantes consumidoras de alcohol, el 66,7% (8) no conocen ningún efecto de la ingesta de alcohol durante la gestación, 33,3% (4) considera que el consumo de alcohol podría ocasionar daños en el feto, de tipo físico y neurológico.

De las gestantes bebedoras, el 83,3% (10) señala que sus amigos son bebedores y que con frecuencia llegan a la embriaguez. La grupalidad constituiría un factor de riesgo en el consumo de alcohol.

Un 29,5% (13) de las gestantes consume algún tipo de drogas, de ellas el 61,5% (8) lo asocia al consumo de alcohol y un 38,5 % (5) mantiene un consumo exclusivo de tabaco, potenciando los daños asociados a la ingesta de alcohol durante la gestación.

De las 44 gestantes sólo a 24 de ellas se les pudo tomar exámenes de laboratorio: volumen corpuscular medio (VCM), gammaglutamiltranspeptidasa (GGTP), creatinfosfokinasa (CPK) y transaminasa pirúvica (GTP), cuyos resultados se encuentran mayoritariamente dentro de rangos normales. Por esta razón, las siguientes conclusiones están basadas en estas 24 adolescentes y han sido destacados 6 casos de adolescentes que al ser encuestadas reconocieron consumo de alcohol durante su gestación actual.

Se deduce que según revisión bibliográfica y el análisis de expertos, la elección de los exámenes para detectar el consumo de alcohol fue la correcta, especialmente el examen de la gamaglutamiltranspeptidasa y el volumen corpuscular medio, por su alto grado de sensibilidad y especificidad. De acuerdo a los resultados obtenidos en este estudio se concluye que el período comprendido entre la ingesta de alcohol y la toma de examen no debe ser mayor a 120 días, por lo tanto se debe realizar principalmente durante el primer trimestre de la gestación, etapa en que se detectó un mayor consumo de alcohol, fundamentalmente debido al desconocimiento de la gestación por parte de la adolescente. Finalmente, los resultados revelan, en esta muestra, que el problema subyace y que en beneficio de la gestante adolescente y de su futuro hijo o hija, se deben coordinar Salud y Educación, para que reciban el apoyo de la Institución educacional, de su comunidad y, en especial, de su familia. También se deben integrar los esfuerzos para realizar programas educativos a fin de disminuir la gestación en la adolescencia y el consumo de alcohol en los adolescentes.

CONCLUSIONES

La totalidad de las adolescentes que consume alcohol durante la gestación (6) tiene 16 años de edad.

De las adolescentes gestantes que beben, el 66,7% (4) estudia y el 33,3% (2) no realiza ninguna actividad.

El 67,7% (4) de las gestantes bebedoras durante la gestación reconoce que en su familia existe consumo de alcohol, transformándose en un factor de riesgo que induciría el consumo en ellas y que se refuerza con el antecedente de un 83,3% (5) de amigos que beben.

En relación al consumo de alcohol, el 67,7% (4) tiene una ingesta leve y un 33,3% (2) moderada, pero es destacable que al menos 2 de ellas (33,3%) disminuyeron su nivel de consumo durante la gestación, pues antes de su gestación consumían de manera severa.

La totalidad de las jóvenes consumió alcohol durante el primer trimestre de la gestación; los fetos fueron sometidos a este agente teratogénico durante el período de embriogéne-

sis que teóricamente es más susceptible a los efectos del alcohol; sin embargo, los exámenes para detectar este consumo fueron tomados un mes después de la aplicación de la encuesta, por lo que disminuye el margen de confiabilidad, ya que es un tiempo suficiente para que la adolescente gestante discontinúe su consumo y los resultados de laboratorio no sean concluyentes, o que no se aprecie una correlación con la encuesta.

El 66,7% (4) de las gestantes bebedoras durante su gestación refiere no conocer los efectos del alcohol en el feto y no se cuestionaron su consumo y, un 33,3% (2), aún estando en conocimiento de sus dañinos efectos, mantiene la ingesta de alcohol.

Un 80% (4) presentó anemia moderada y un 20% (1) anemia severa. Además, un 20% (1) presenta glóbulos rojos de tamaño normal y un 80% (4) microcitosis, es decir glóbulos rojos levemente pequeños, lo que se puede deber a factores ambientales, presión atmosférica y altura, entre otros, además del consumo de alcohol.

Palabras clave: gestación, adolescencia, pesquisa, consumo de alcohol, Síndrome alcohólico fetal, educación, prevención.

Prevalencia de caries en embarazadas según sectorización urbana en la comuna de Quillota

SABANDO VEZNA[1], SOTO LEONARD.[2], LÓPEZ DE ARECHAGA FELIPE[1], LÓPEZ HERNÁN.[1] y SARRIA JAVIER[1]

INTRODUCCIÓN

La boca es la puerta de entrada del cuerpo, por lo que la salud oral refleja e influye en la salud general. En el caso de las mujeres embarazadas, su estado bucal tiene implicancias significativas, tanto en el nacimiento como en desarrollo de la salud oral de su hijo. Estudios muestran que los microorganismos de la caries se transmiten de madre hijo, y la experiencia de caries en las madres es un factor que influye en la experiencia de caries en sus hijos (Zanata y col, 2003). En un estudio realizado en la Región Metropolitana, se observa que un 98% de las mujeres embarazadas de nivel socioeconómico bajo presentaba caries (Villagrán, 1999). De esta manera, es relevante estudiar los factores asociados a caries dental en las madres para disminuir su prevalencia e incidir en la menor aparición de caries en sus hijos.

OBJETIVOS

Describir la prevalencia de caries y características socioeconómicas de las embarazadas de acuerdo a la sectorización urbana de la comuna de Quillota.

METODOLOGÍA

Estudio transversal que evaluó una muestra de 163 embarazadas, de más de 25 semanas de gestación, pertenecientes al Programa preventivo materno infantil en salud oral de la comuna de Quillota , donde se midieron factores socio demográficos a través de una encuesta autoaplicada, determinando nivel socioeconómico según el ingreso per cápita, años de estudio y actividad de la embarazada; junto con esto se evaluó la experiencia de caries con el índice de caries COPD y las lesiones incipientes (LI).

[1] I. Municipalidad de Quillota, vezna.sabando@saludquillota.cl
[2] Universidad de Valparaíso.

La evaluación clínica fue realizada por dos examinadores calibrados (Kappa 0,85). Para la sectorización se consideró el lugar de residencia de la embarazada y se clasificó según las seis poblaciones en que se divide la ciudad. Datos fueron analizados con programa computacional Stata versión 2010.

RESULTADOS

De un total de 163 embarazadas examinadas de la comuna de Quillota con promedio de edad de 25,5 años, se encontró que el 71,78% presentaban caries (cavitaciones) con índice COPD de 8,1 (IC95% 7,3-8,8), y 11,66% no presentaban lesiones incipientes (IL) ni cavitaciones; es decir, en el momento de la examinación no se encontraban con signos de actividad cariogénica. En cuanto a la distribución socioeconómica de la muestra, el 70,99% correspondían al NSE bajo y un 29,01% al NSE medio. Según la sectorización urbana, las embarazadas de la población El Bajío pertenecen en un 95% al NSE bajo, seguidas por las embarazadas de la Población La Said que pertenecen en un 78,43% al NSE bajo. De esta forma, las embarazadas residentes en estas dos poblaciones, que se ubican en las cercanías del centro de salud de atención primaria, concentran el 50% del total de la muestra. La población El Bajío presentó el menor porcentaje de embarazadas libres de caries (19,05%), seguida de la Población El Sendero (20%), de la cual el 50% eran de NSE medio. Por lo que en el análisis entre NSE e índice COPD se encontró que no existen diferencias significativas para índice de caries COPD entre el NSE bajo y medio ($p>0,05$). En cuanto al índice COPD de las embarazadas según sectorización, no se observan diferencias significativas ($p>0,05$).

CONCLUSIONES

Existe una alta prevalencia de caries en embarazadas de la comuna de Quillota, cerca de un 72%, con un promedio de 8 dientes con experiencia de caries. Además, el 71% de ellas pertenecía al NSE bajo. Sin embargo, no existe diferencia significativa para el índice COPD de las embarazadas en los NSE bajo y medio.

Palabras clave: caries, embarazadas, nivel socioeconómico.

Propuesta de un instrumento para medir inequidades en el sistema escolar chileno

ORREGO M., SHENDA[1], LEPPE R., FELIPE[2] y SALAZAR R., DIEGO[3]

INTRODUCCIÓN

El concepto de inequidad hace referencia a diferencias que se consideran injustas y evitables, que se aprecian al comparar grupos que establecen relaciones desiguales y que se apropian de manera desigual de recursos y satisfactores. Por el contrario, la equidad nos refiere a la posibilidad de que todas las personas tengan la misma oportunidad de alcanzar su máximo potencial en todos los ámbitos de la vida, es decir, que cada persona pueda alcanzar todos los bienes sociales básicos que razonablemente necesita, considerando sus características.

Partiendo de la base que, tradicionalmente, a la escuela se le ha asignado la creación de

[1] Interno de Medicina. Universidad de Chile. shenda.orrego@gmail.com
[2] Escuela de Salud Pública. Facultad de Medicina. Universidad de Chile.

las bases del desarrollo humano, social y económico de todo país, la equidad en educación dice relación con un acceso igualitario al sistema educativo, y con que este sea capaz de entregar una educación de calidad, donde todos los individuos adquieran las competencias necesarias para desenvolverse adecuadamente en sociedad.

Para garantizar a todos el derecho a una buena educación, es necesario identificar y remover los obstáculos económicos, sociales, culturales e institucionales que impiden su distribución equitativa y perpetúan las desigualdades de origen. Para esto, se crearán y utilizarán indicadores de inequidad ya existentes, cuya función es ofrecer información sintética, relevante y significativa sobre una parte de la realidad, detectar problemas y llamar la atención sobre lo que está ocurriendo.

OBJETIVOS

Construir y validar un instrumento que permita medir inequidad en el sistema escolar chileno.

METODOLOGÍA

Se llevó a cabo la recolección y construcción de indicadores para medir inequidades en el sistema educativo chileno a través de una exhaustiva revisión bibliográfica. Se creó un panel de expertos para desarrollar un listado de indicadores que pasó luego a un proceso DELPHI y a una evaluación de la validez y confiabilidad del instrumento resultante aplicando análisis factorial con SPSS versión 15, rotación Varimax.

RESULTADOS

Se ha validado un instrumento de 13 preguntas, clasificadas en 4 grupos: ayudas en el hogar para el estudio, asistencia a niveles de educación preescolar, percepción del alumno sobre sus docentes, y participación de los alumnos en actividades extraprogramáticas. Del total de preguntas, once fueron incorporadas a través del análisis estadístico del instrumento original, y dos de ellas a través de apoyo bibliográfico. El coeficiente alfa de Cronbach asciende a 0.681. El valor del contraste de Kaiser-Meyer-Olkin es 0.664. Esta medida estima la suficiencia del muestreo, lo cual se verifica si su valor es superior a 0.5 (en un rango de 0 a 1). El valor de la prueba de esfericidad de Bartlett es altamente significativo, lo cual muestra que el coeficiente de correlación simple es significativamente diferente de cero.

CONCLUSIONES

El instrumento creado ha sido validado para aplicarse en población escolar chilena y así poder identificar algunos de los obstáculos que perpetúan las desigualdades y, en consecuencia, trabajar para eliminarlos.

La perspectiva futura consiste en aplicar el instrumento en distintas escuelas, para poder evaluar cuáles son las principales diferencias entre los alumnos de distintos establecimientos, y determinar variables a ser intervenidas.

Palabras clave: educación, inequidad, instrumento, indicadores.

Virus papiloma humano: ¿Qué saben las adolescentes de colegios municipalizados?

URRUTIA S, MARÍA TERESA[1], CONCHA P, XIMENA [1] y RIQUELME H, GISELLE[1]

INTRODUCCIÓN

El virus papiloma humano (VPH) es una infección de transmisión sexual frecuente entre mujeres y hombres, bastante común en población joven, y considerada el factor de riesgo más importante para desarrollar CC.

OBJETIVOS

El presente estudio tiene como objetivo señalar el conocimiento de un grupo de adolescentes en relación al virus papiloma humano.

METODOLOGÍA

Estudio descriptivo de corte transversal realizado en un grupo de 206 adolescentes pertenecientes a los cursos de 1º a 4º medio de 3 colegios municipalizados. Para ingresar al estudio se solicito consentimiento informado a la apoderada y a la adolescente.

RESULTADOS

El promedio de edad del grupo de estudio es de 16,17 ± 1,28 años, con un rango entre 13 y 19 años. El 46,6% de las niñas refiere usar algún método de planificación familiar, de las cuales el 32% es anticonceptivo oral. Del grupo de adolescentes que no usan método anticonceptivo, 16,4% refiere estar sexualmente activa. El 1% de la muestra refiere haber tenido algún tipo de enfermedad de transmisión sexual. El 28.6% de la muestra señala que el CC no se relaciona con ninguna enfermedad de transmisión sexual, y el 60.7% lo relaciona al VPH. En relación a la transmisión del virus, el 48.1% cree que se transmite por contacto sexual (sin penetración), el 67.5% por relaciones sexuales, el 73.3% por herencia, el 40,8% por transfusión sanguínea y el 43.2% por usar baños públicos. En relación a los síntomas que produce el virus, el 25% de las adolescentes señala que no da síntomas; el 72.8%, da flujo de mal olor; el 68%, picazón; el 72.3%, ardor al orinar y, 71.4%, sangramiento. En relación a los requisitos para vacunarse, el 67.5% señala que es necesario tener relaciones para colocarse la vacuna; el 51%, que es necesario tener más de una pareja sexual y el 60.2%, que es necesario tener familiares con cáncer.

CONCLUSIONES

Un gran porcentaje de las adolescentes reconoce la presencia del virus Papiloma.Existen errores en cuanto a la forma de transmisión de la infección, como también a la sintomatología que este virus provoca. Dada la relevancia en la prevención del CC es necesario trabajar intervenciones educativas tendientes a mejorar el conocimiento y, por lo tanto, contribuir a la prevención del CC.

Palabras clave: cáncer cervicouterino, conocimiento, adolescentes.

[1] Escuela Enfermería. Pontificia Universidad Católica de Chile. murrutis@uc.cl

Vulnerabilidad social y conductas sexuales de riesgo en una población de adolescentes, Región del Biobío

PÉREZ V., RUTH[1], AGURTO V., KAREN[1], CONTRERAS E., KATHERINE[1], MEDINA J., LAURA[1], MUÑOZ H., CARLA[2], PARRA V., JAIME[1] y SÁEZ C., KATÍA[2]

INTRODUCCIÓN

Se reconoce la influencia del entorno social, familiar y cultural en las conductas sexuales de las y los adolescentes. Entre los factores importantes para la iniciación sexual precoz está la tensión en las relaciones familiares, la falta de cohesión familiar, así como el ambiente social caracterizado por la violencia, el consumo de alcohol y drogas, resultan ser factores que se asocian a conductas sexuales de riesgo.

OBJETIVOS

Analizar la relación entre algunos factores de vulnerabilidad social y conductas sexuales de riesgo en un grupo de adolescentes chilenos.

METODOLOGÍA

Investigación descriptiva, transversal y correlacional, en una población de adolescentes de la comuna de Chiguayante, Región del Biobío, Chile, 2009. La muestra fue de 297 adolescentes, 154 mujeres y 143 varones. Se utilizó la Ficha CLAP OPS/OMS y se incluyeron preguntas sobre vulnerabilidad social y conducta sexual. Se aplicó el test t-student y chi cuadrado, con un nivel de significancia < 0,05.

RESULTADOS

La edad promedio fue de 16,5 ± 1.5 años en varones y 16,4 ± 1.5 en mujeres. El 63% vive con ambos padres, en la gran mayoría de los hogares está presente la madre (89%). El 74% describe sus relaciones familiares como buenas y excelentes. De los adolescentes que definen sus relaciones familiares como regulares, malas o sin relación, el 44% ha iniciado actividad sexual versus un 20% ($p<0,05$); de aquellos que perciben escaso o nulo apoyo familiar, el 62% ha iniciado actividad sexual versus el 43% ($p<0,05$). El 33% que ha iniciado actividad sexual refiere poseer antecedentes personales o familiares de consumo de alcohol o drogas versus el 16%, ($p<0,005$). El 51% señala la existencia de delincuencia en su entorno social próximo. No hubo diferencias significativas al asociar variables de vulnerabilidad sociofamiliar con el uso de métodos anticonceptivos y el número de parejas sexuales. El consumo de alcohol o drogas en las relaciones sexuales fue superior en varones (21%) que en mujeres (10%) ($p<0,05$); las relaciones sexuales sin protección fue superior en mujeres (35%) que en varones (20%),($p<0,05$).

CONCLUSIONES

Los resultados de este estudio permiten reconocer el impacto de la familia en los procesos de formación de conducta, incluyendo el aspecto sexual. El detectar factores sociofamiliares predisponentes de la conducta sexual de riesgo permite, como equipo interdisciplinario, implementar medidas de promoción y prevención para la salud de las y los adolescentes.

Palabras clave: vulnerabilidad social, sexualidad, adolescencia

[1] Departamento de Obstetricia y Puericultura. Facultad de Medicina. Universidad de Concepción. ruperez@udec.cl
[2] Departamento de Estadística. Facultad de Ciencias Físicas y Matemáticas. Universidad de Concepción.

Calidad sanitaria de carne molida expendida en carnicerías y supermercados de la ciudad de Valdivia

MILLAR V., DANILO[1], SÁEZ L., MÓNICA[1], HOOD L., KEITH[2] y TAMAYO C., RAFAEL[1]

INTRODUCCIÓN

La carne molida es un producto que, debido a sus propiedades físico-químicas y a sus manejos, facilita el crecimiento microbiano y el deterioro de su calidad sanitaria. Además, por ser un vehículo de transmisión de patógenos y de consumo masivo, genera riesgos de salud pública. De este modo, se requiere evaluar permanentemente la higiene de todo el proceso de producción para evitar riesgos a los consumidores.

OBJETIVOS

El objetivo general fue evaluar la calidad sanitaria, según el Reglamento Sanitario de los Alimentos (RSA), de la carne molida expendida en carnicerías y supermercados de Valdivia, utilizando el recuento de aerobios mesófilos (RAM). Los objetivos específicos fueron: a) evaluar la calidad sanitaria de la carne molida según el tipo de local; b) determinar relación entre calidad sanitaria y la presentación comercial del producto y c) determinar relación entre porcentaje de materia grasa (% m.g.) y el RAM.

METODOLOGÍA

Entre los meses de marzo y agosto de 2010 se recolectaron 38 muestras (20 de carnicerías y 18 de supermercados) de carne molida fresca siendo analizadas mediante el RAM a 35°C por 48 hrs. Las muestras, según presentación comercial, fueron extraídas "a granel", "a pedido" del cliente y en bandejas desde las mismas góndolas. El % m.g. fue obtenido desde la información de las etiquetas (bandejas), mientras que para las muestras a granel y a pedido fue estimada en los establecimientos, según los cortes cárnicos utilizados.

Los datos fueron convertidos a log10 y analizados en el programa estadístico STATISTIX 9.0. Se realizó prueba de t student del RAM entre carnicerías y supermercados. Se clasificó la calidad sanitaria de la carne molida según los límites microbiológicos del RSA; estos fueron: < 6 log10 ufc/g (Aceptable) y ≥ 6 log10, la cual incluye la categoría Medianamente aceptable (≥ 6 log10 a < 7 log10 ufc/g) y Rechazable? (≥ 7 log10). Luego, se realizó prueba de hipótesis para dos proporciones de los recuentos < 6 log10 ufc/, según el tipo de local. Además, prueba de chi-cuadrado entre calidad microbiológica y presentación comercial. Por último, se calculó una correlación de Pearson entre el RAM y el % m.g. del producto.

RESULTADOS

El recuento de aerobios mesófilos no mostró diferencias significativas ($P>0,05$) entre carnicerías y supermercados. El 52,6 % del total de muestras cumplían con una calidad sanitaria aceptable (< 6 log10 ufc/g); de éstas, el 70,0% provenía de carnicerías, existiendo diferencia significativa respecto a los supermercados ($P<0,05$). De las muestras a pedido, el 72,2 % obtuvo recuentos < 6 log10 ufc/g, siendo la presentación comercial menos contaminada. Además, existió asociación entre las variables presentación comercial y calidad sanitaria ($P<0,05$). Por último, no se encontró correlación ($P>0,05$) entre el recuento de aerobios mesófilos y el % de m.g. del producto.

[1] Instituto de Medicina Preventiva. Universidad Austral de Chile. dmillarv@gmail.com
[2] Jefe de la Unidad de Alimentos y Zoonosis. Seremi de Los Ríos. Valdivia.

CONCLUSIONES

Se concluye que en la ciudad de Valdivia, la carne molida producida en carnicerías posee una mejor calidad sanitaria que en los supermercados. Además, la calidad sanitaria de la carne molida está influenciada directamente según la presentación comercial en que se comercializa. Por último, en este estudio, los recuentos de aerobios mesófilos no fueron influenciados por el % de m.g. del producto. En consecuencia, la evaluación realizada denota una falta de higiene general en la producción de carne molida.

Palabras clave: carne molida, aerobios mesófilos, calidad sanitaria.

Características de las intoxicaciones agudas por los plaguicidas más tóxicos (1a y 1b) en Chile: 2003-2010

VALLEBUONA S., CLELIA[1], GRAU M., PATRICIA[2] y ROSSO C. FABIOLA[1]

INTRODUCCIÓN

La producción y uso de plaguicidas en el mundo va directamente relacionado con el aumento de la producción agrícola. Este escenario ha llevado al desarrollo de una mayor regulación de estos químicos, incluyendo algunas medidas de prevención para los trabajadores que los utilizan. De acuerdo al sistema nacional de vigilancia de intoxicaciones agudas por plaguicida- REVEP, del Ministerio de Salud de Chile, estos eventos se siguen presentando, debido tanto al aumento del uso, el desconocimiento de los daños a la salud y al incumplimiento de las medidas de prevención. En las intoxicaciones agudas por plaguicida (IAP), los plaguicidas involucrados de acuerdo a su toxicidad van de sumamente peligrosos a bajo peligro, y de diferentes tipos químicos y usos. Los de mayor peligro se siguen utilizándo y producen casos más graves de IAP.

OBJETIVOS

Este trabajo busca presentar las características de las intoxicaciones agudas por plaguicidas (IAP) notificadas del 2003 al 2010 a través de REVEP, producidas por los plaguicidas más tóxicos, 1a (sumamente peligrosos) y 1b (muy peligrosos) según la OMS, así como el perfil de los afectados, impacto en salud y origen de los eventos.

METODOLOGÍA

Análisis descriptivo de los casos notificados a la REVEP entre el 2003 y el 2010, según las características del plaguicida: principio activo, tipo químico, toxicidad y uso del plaguicida y, por otra parte, por el tipo de exposición de los afectados, sexo y edad.

RESULTADOS

Durante los años analizados se mantiene la presencia de intoxicaciones por plaguicidas del tipo 1a y 1b, con un total 1.110 casos de intoxicación entre 2003 y 2010, los que representa entre un 20% y un 18% del total de casos; además, corresponden a más del 30% de las muertes y a un 28% del total de hospitalizaciones. La letalidad de los casos es superior al de otros plaguicidas. Más de la mitad es de origen laboral y casi la totalidad de los afectados son trabajadores agrícolas El 79% de los

[1] Depto. Epidemiología. Ministerio de Salud.cvallebu@minsal.cl
[2] Escuela Enfermería. Universidad de Chile.

plaguicidas involucrados eran insecticidas; en segundo lugar, son roenticidas con un 7,5%. Los ingredientes activos más frecuentes son el metamidofos, metomil y aldicarb.

CONCLUSIONES

El amplio e incremental uso de estos plaguicidas de gran toxicidad y su impacto en la salud, lo coloca como un problema de Salud Publica para el país, lo cual evidencia la necesidad de disminuir el riesgo del uso de plaguicidas para la población, tanto en el área agrícola y doméstica-sanitaria; en el caso de los más tóxicos, avanzar en su eliminación dado que en su mayoría existen alternativas menos tóxicas. Esto requiere de un esfuerzo conjunto de las instituciones públicas y de los participantes privados de estas actividades económicas, para así lograr disminuir o evitar los daños a la salud de trabajadores y población general expuesta, directa o indirectamente, a estos tóxicos. Contar con información de las IAP a través de un sistema de vigilancia, permite actuar oportunamente sobre los casos, evitando otros, así como orientar las acciones de prevención y políticas públicas en esta área.

Palabras clave: salud pública, plaguicidas, intoxicación aguda, envenenamiento y daños a salud por plaguicidas.

Conocimiento y prácticas medioambientales de estudiantes rurales primer ciclo básico, Perquenco, Región de la Araucanía

ALVEAR A, MARÍA[1], HENRÍQUEZ A, LUIS[2], CALFUÑANCO R, ELVIRA[1], ARROYO C, ELGA[1] y TRONCOSO M, CLAUDIA[1]

INTRODUCCIÓN

La educación ambiental según Novo (1995): "Un proceso permanente, de carácter interdisciplinario destinado a la formación de una ciudadanía que reconozca valores, aclare conceptos, desarrolle las habilidades y actitudes necesarias para una convivencia armónica entre seres humanos, su cultura y su medio biofísico circundante"; y considerando la Ley General Base del Medio Ambiente Nº 19300, artículo 6 plantea: "El proceso educativo en sus diversos niveles, a través de la transmisión de conocimientos y de la enseñanza de conceptos modernos de protección ambiental, orientados a la comprensión y toma de conciencia de los problemas ambientales, deberá incorporar la integración de valores y el desarrollo de hábitos que busquen prevenirlos y resolverlos". Se ha querido indagar en la escuela rural Vista Hermosa de Perquenco el grado de relación del conocimiento medioambiental y las prácticas cotidianas que poseen estudiantes del primer ciclo básico, teniendo presente que el Mineduc plantea estos contenidos mínimos en el área de las ciencias naturales.

[1] Universidad de La Frontera. Dpto. Salud Pública. alvearm@ufro.cl
[2] Candidato Magíster en Educación Física.

OBJETIVOS

Indagar el saber medioambiental y su relación con las prácticas medioambientales cotidianas y establecer la posible coherencia entre ambos respecto a factores de salud y comportamentales de los estudiantes de la escuela rural Vista Hermosa de Perquenco.

METODOLOGÍA

Paradigma cualitativo, diseño estudio de casos, interpretativo. Unidades de estudio:29 estudiantes de la escuela rural particular Vista Hermosa, entre 8 y 12 años, de ambos sexos, integrantes del primer ciclo básico, con residencia en la comuna de Perquenco.

Técnicas recolección de datos.

Cualitativas: grupo focal.

Cuantitativas: entrevista semiestructurada.

Para el análisis se utilizó estadística descriptiva y una matriz de trama de contenidos que permitió clasificar en categorías los datos, validación de los datos triangulando por técnica.

RESULTADOS

79% vive con sus padres; 51,7% siempre ha vivido en el sector; 96,5% tiene conocimiento del medio ambiente; 93% considera importante cuidarlo; 48,2% reconoce al colegio como fuente de información; 51,7% reconoce a la familia como fuente de información; 86,6% combate las plagas con insecticidas; 44,8% utiliza productos químicos en huertas; 58,6% reconoce a los productos químicos como dañinos para la salud; 51,7% reconoce a la parafina como dañina para la salud; 68,9% utiliza bolsa plástica para eliminar la basura al recolector; 58,6% tiene alcantarillado; 55,1% le gusta trabajar la tierra; 78,6% nunca ha participado en actividades relacionadas con el tema.

En los resultados cualitativos mencionan que la basura es “mugre, hedionda”; su preocupación por el tema comenzó “cuando llegaron al campo”. En relación a la fauna, “todos los animales son domésticos”, el caballo es dañino para el medio ambiente.

CONCLUSIONES

La función cognoscitiva permite a los individuos percibir y reaccionar ante el mundo que los rodea, basándose en conocimientos y habilidades aprendidas y desarrolladas desde el nacimiento; no es el resultado de una copia de la realidad preexistente, sino un proceso dinámico a través del cual la información externa es interpretada. En este sentido, se puede decir que los estudiantes de primer ciclo efectivamente incorporan nuevos conocimientos si éstos son significativos y tienen sentido en el medio y entorno local del quehacer cotidiano.

Palabras clave: medio ambiente, estudiantes rurales.

Determinación de dioxinas en suelos y sedimentos en las proximidades de la comuna de San José de la Mariquina, provincia de Valdivia

LÓPEZ S., MAURICIO[1], GÓMEZ V., JORGE[2], RYBERTT S., SOLEDAD[1], PILLEUX C., LILIAN[1] y JARAMILLO C., PAULINA[3]

INTRODUCCIÓN

Las dioxinas son un grupo de compuestos que agrupan a las policlorodibenzo dioxinas/furanos y compuestos similares a dioxinas (PCBs); de origen principalmente artificial, que han ido aumentando progresivamente como producto de una mayor industrialización. Se caracterizan por poseer una escasa biodegradabilidad y alta toxicidad, por generar diversas alteraciones funcionales y por un comprobado efecto cancerígeno para los humanos. Todos estos efectos han sido ampliamente estudiados y ratificados a nivel mundial, pero en nuestro país, han sido escasamente denunciados.

OBJETIVOS

Detectar y cuantificar la presencia de dioxinas y compuestos similares a dioxinas en muestras de suelo y sedimentos en las proximidades de la comuna de San José de la Mariquina, provincia de Valdivia.

METODOLOGÍA

Estudio transversal. La metodología de muestreo fue obtenida de Schuhmacher et al.,1997. La cuantificación de dioxinas en suelos será la proporcionada por el kit comercial Procept Rapid Dioxin (tecnologías Eichrom), el cual se fundamenta en la cuantificación de dioxinas y furanos (PCDD/Fs) en muestras de suelos y sedimentos, mediante una amplificación del receptor de arilhidrocarburos (Ah) activado, y cuantificados a través de la reacción en cadena de la polimerasa en tiempo real. Cuando las dioxinas encuentran las condiciones óptimas se unen al receptor Ah y a su proteína ARNT, para activar el dioxin responsive element (DRE), los cuales en conjunto, forman un complejo que puede ser reconocido por un anticuerpo policlonal específico para el carbono terminal del DRE. (Eichrom, 2008)

RESULTADOS

Se extrajeron 11 muestras que fueron limpiadas, tamizadas y purificadas para obtener un extracto apto para la cuantificación de dioxinas.

El rango de las concentraciones obtenidas fueron 0,65 a 0,78 pg TEQ/g, con una igual media y mediana, correspondiente a 0,71 pg TEQ/g.

CONCLUSIONES

Se determinaron concentraciones de dioxinas en el 100 % de las muestras analizadas, confirmando la ubicuidad de estos contaminantes.

Se determinó una influencia climática en la precipitación de dioxinas, si éstas tienen un origen aéreo, encontrándose en mayores concentraciones en las zonas con mayores magnitudes y predominancias de los vientos.

Las muestras de sedimentos obtenidas desde la ribera del Río Cruces también presentan un nivel de dioxinas, a pesar del constante

[1] Unidad de Hematología. Instituto de Medicina, Universidad Austral de Chile. UACh, mlopez@uach.cl
[2] Instituto de Salud Pública. Facultad de Medicina. Universidad Austral de Chile. UACh,
[3] Tesista Tecnología Médica. Universidad Austral de Chile. UACh.

efecto dilutor que posee el gran cauce de la masa de agua analizada.

Los niveles aceptados por la EPA son de 1-10 pg TEQ/g, y nuestros resultados nos indican que estamos muy cercanos a ingresar en niveles de riesgo, a pesar de ser una zona de características de baja industrialización y población.

Palabras clave: dioxina.

Determinación de especie bovina y equina en carnes comercializadas como bovino en barrio Franklin, Santiago

FIGALLO V., ALEXANDRA[1], FRITZ M., ANNELISE[1], ROJAS S., KARINA[1] CATALÁN G., ROSA[2], NEIMAN K., JEANNETTE[2] y VIDAL O., MARICEL[1]

INTRODUCCIÓN

La identificación de especies en carnes es una herramienta que permite asegurar la autenticidad de los productos a los consumidores. Según el Reglamento Sanitario de los Alimentos en su Articulo 277 "los establecimientos que expendan carnes de especies diferentes al bovino, deberán indicar claramente al consumidor la especie de que se trata". Durante el año 2010 se produjeron en Chile 7.447 toneladas de carne equina, siendo la Región Metropolitana su principal productor con 3.741 toneladas. Sin embargo, su destino es incierto ya que muy pocas carnicerías declaran vender carne de equino y las grandes empresas de cecinas no declaran usar esta materia prima en sus productos.

Según estos antecedentes, no hay claridad de qué sucede con las más de 7 mil toneladas de carne equina que se producen en Chile, por lo que existe la posibilidad que en algunos puntos de Santiago se esté comercializando carne de equino, sin especificarlo claramente a los consumidores, lo que constituiría un fraude.

Considerando que los equinos en Chile no son criados para la producción de carne, el consumidor estaría comprando una carne de calidad inferior en terneza y palatabilidad, pagando un precio superior a lo que corresponde.

OBJETIVOS

Determinar si carnes vendidas como bovino en el sector Franklin de Santiago corresponden a la especie bovina o equina.

METODOLOGÍA

Se realizó un muestreo en distintas carnicerías del barrio Franklin, en Santiago, durante 6 semanas consecutivas. En total, se tomaron 18 muestras de carne molida, 18 muestras de churrascos y 18 muestras de trozos de carne, todas vendidas como carne de vacuno. Cada muestra ingresó al Laboratorio en una bolsa cerrada, identificada con la información del local y el rótulo original del producto o como se expendía.

La determinación de especies se realizó mediante la amplificación por PCR de segmentos específicos para la especie bovino y

[1] Laboratorio de Salud Ambiental. Seremi de Salud RM. alefigallo@hotmail.com
[2] Dirección de Higiene Ambiental. I. Municipalidad de Santiago.

equino. La extracción del ADN se realizó utilizando un kit específico para la especiación. En la amplificación se incluyeron controles positivos de bovino y equino, control negativo y blanco de PCR.

Los productos de amplificación se corrieron en gel de agarosa al 2% y, posteriormente, se visualizaron en un transiluminador, donde se comparó el tamaño de amplificación de las muestras con los controles y con un estándar de peso molecular. El tamaño del producto de PCR descrito para bovino es de 271 pb y 500 pb para equino.

RESULTADOS

De las 54 muestras analizadas, 45 correspondían a carne de vacuno (83%), 7 a carne de equino (13%) y 2 muestras a una mezcla de carnes de equino y bovino (4%).

De las muestras determinadas como equino, 6 correspondieron a churrascos y 1 a trozo entero de carne. En cuanto a la carne molida, 2 de las muestras contenían una mezcla de carnes de bovino y equino.

CONCLUSIONES

En base a los resultados de este estudio, se puede concluir que actualmente se comercializa carne de equino rotulada como bovino, en el barrio Franklin de Santiago.

Dentro de las distintas categorías de carne analizadas, las que presentan un mayor porcentaje de fraude son los churrascos. En cuanto a la carne molida, se encontró una mezcla de carnes de bovino y equino.

Palabras clave: PCR, carne, vacuno, equino.

Determinación de vida útil en carnes envasadas al vacío

HERNÁNDEZ P., MONSY[1], SÁEZ L., MÓNICA[1], MIMICA M., H[1] y TAMAYO C., RAFAEL[1]

INTRODUCCIÓN

La vida útil de los alimentos puede definirse como el tiempo máximo en que mantienen sus cualidades nutricionales, sensoriales, microbiológicas y de seguridad alimentaria por encima de un nivel considerado como aceptable por los consumidores.

El envasado al vacío ha permitido aumentar la vida útil de la carne, siempre que se mantengan bajo control los puntos críticos durante el proceso.

OBJETIVOS

Evaluar variaciones en la calidad microbiológica y organoléptica de cortes comerciales de carne bovina a un pH igual o inferior a 5,9 envasada al vacío y almacenada durante 150 días a una temperatura de 0 ± 1ºC.

METODOLOGÍA

Se recolectaron 120 muestras de carne bovina de aproximadamente 250 g. envasadas al

[1] Instituto de Medicina Preventiva Veterinaria. Facultad de Ciencias Veterinarias. Universidad Austral de Chile. rtamayo@uach.cl

vacío y almacenadas a 0 ± 1ºC por 150 días en una planta faenadora de carnes de exportación. Las muestras provenían de 10 novillos, de los cuales se seleccionaron 10 muestras de lomo liso y asado carnicero, mensualmente, hasta completar un total de 120 muestras a los 150 días.

Los análisis microbiológicos y organolépticos se realizaron cada 30 días en laboratorio de alimentos del Instituto de Medicina Preventiva Veterinaria de la Universidad Austral de Chile.

Para el análisis microbiológico se realizó recuento de enterobacterias, empleando el método en profundidad (NCh2676.Of2002). Adicionalmente, se determinó digitalmente el pH inicial y sus variaciones durante el periodo de estudio.

El análisis organoléptico se efectuó mediante evaluación sensorial con un panel constituido por 10 personas. Los atributos evaluados fueron color, olor, textura y sabor de la carne, mediante una prueba descriptiva.

RESULTADOS

El análisis microbiológico arrojó que existen diferencias significativas ($P \leq 0,05$) en el recuento de enterobacterias en el tiempo y en el pH obtenido a lo largo del periodo de estudio. Cabe destacar que estas bacterias presentaron un desarrollo inicial de log < 1 ufc/g alcanzando recuentos de log 5,9 ufc/g en los cortes de lomo liso y 6,4 ufc/g en cortes de asado carnicero a los 90 días de almacenamiento. Para finalizar con recuentos de log 7,2 ufc/g y log 7,3 ufc/g, respectivamente, a los 150 días de almacenamiento con un pH final de 6,1.

En el análisis sensorial se registraron diferencias significativas ($P \leq 0,05$) en las variables organolépticas evaluadas por el panel en el tiempo, presentando color, olor y sabor desagradables, a los 90 días, concluyendo en esta etapa la evaluación sensorial.

CONCLUSIONES

Se aprecia un aumento sostenido en la cantidad de enterobacterias que contribuye al deterioro de la carne envasada al vacío, el cual se alcanza a los 90 días de almacenamiento en los cortes de lomo liso y asado carnicero, relacionado con un aumento en el pH, lo que finalmente afecta las características organolépticas.

Palabras clave: enterobacterias, vida útil, envases al vacío.

Evaluación de la exposición a plaguicidas órgano-fosforados en escolares de la provincia de Talca: Identificación de factores de riesgos asociados. Resultados preliminares

MUÑOZ Q., MARÍA TERESA[1], IGLESIAS A. VERÓNICA[2], LUCERO M., BORIS[3], ALVARADO O., SERGIO[2], CONCHA A. CARLOS[4], MUÑOZ, MARÍA PÍA[5] y LUCERO NATALIA[6]

INTRODUCCIÓN

Uno de los plaguicidas agrícolas más utilizados son los órgano-fosforados (OP). En las últimas décadas, se ha generado evidencia de que los efectos de los OP en la salud son múltiples y con graves consecuencias. Estudios realizados en niños y sus padres demuestran efectos dañinos a nivel citogenético, presencia de neoplasias, alteraciones neuroconductuales, efectos teratogénicos, endocrinos e inmunotóxicos.

OBJETIVOS

Evaluar la exposición a plaguicidas OP e identificar factores de riesgo asociados a las concentraciones de metabolitos OP en orina de escolares de educación municipalizada de la provincia de Talca.

METODOLOGÍA

Estudio longitudinal de dos tiempos: diciembre 2010 y mayo 2011. Aquí se presentan los resultados correspondientes al mes de diciembre del 2010. Se evaluaron 190 escolares de 6 a 11 años. Se analizaron las concentraciones de 6 metabolitos OP en orina: dimetilfosfato (DMP), dimetilfosforotiato (DMTP), dimetilfosforoditiato(DMDTP), dietilfosfato (DEP), dietilfosforotiato (DETP) y dietilfosforoditiato (DEDTP). Se midió la concentración de residuos OP en vegetales, agua y suelo, cercanía de la vivienda a predios agrícolas, uso de plaguicidas en el hogar, y variables sociodemográficas.

RESULTADOS

Un 40% (n = 76) presentó el metabolito DEP; un 43,2% (n = 82) el metabolito DETP; un 20,5% el metabolito DMP (n= 39); un 25,8% DMTP (n= 49); un 16,8% DMDTP (n= 32); y un 2,1% DEDTP (n= 4). La media geométrica para el DEP fue 7,11 mg/g de creatinina, para el DETP fue 6,32 mg/g de creatinina, para el DMP fue de 3,84 mg/g creatinina, para el DMTP fue 4,07 mg/g de creatinina y para el DMDTP fue 6,48 mg/g de creatinina. Sólo se encontraron residuos de plaguicidas OP en frutas, asociadas principalmente a clorpirifos.

Al aplicar un análisis bivariado con la variable "concentración de metabolito DEP" sobre o bajo el límite de detección en orina (Seudo R2 = 0,56; P > x2= 0,000), se observa que se relaciona con la presencia del residuo clorpirifos (OR= 22,02; IC= 6,5-73,9), con la comuna de Talca (OR=34,8, IC=8,04-151,2) y Maule (OR=39,5; IC=7,6-203,2). La pre-

[1] Departamento de Psicología, Universidad Católica del Maule y Escuela de Salud Pública, Universidad de Chile. mmunozq@med.uchile.cl
[2] Escuela de Salud Pública. Facultad de Medicina. Universidad de Chile.
[3] Departamento de Psicología. Universidad Católica del Maule y Doctorado en Psicología. Universidad de Chile.
[4] Unidad de Planificación en Salud Ocupacional. Seremi Salud. Séptima región.
[5] Centros de Educación Inicial. Pontificia Universidad Católica de Chile.
[6] Escuela de Kinesiología. Universidad de Talca.

sencia de DETP (Seudo R2 = 0,08; P > x2 = 0,000), se asocia con la comuna de Empedrado (OR=4,1, IC=1,3-11,9), ubicación urbana (0R=0,36, IC=0,18-0,68) y con la ocupación en faenas no agrícolas de parte de la madre (OR=0,34, IC=0,13-0,87). Para el DMDTP (Seudo R2 = 0,10; P > x2 = 0,003), se relaciona con la comuna de Empedrado (OR=8,7, IC=1,6-47,3), y el uso de plaguicidas OP en el hogar (OR=9,2, IC=2,08-41,2). Finalmente, para el DMTP (Seudo R2 = 0,02; P > x2 = 0,029) sólo se asoció con la variable distancia menor a 500 metros de la vivienda a predios agrícolas (OR=2,1; IC=1,05-4,3).

CONCLUSIONES

Los resultados indican que existe una exposición relevante a plaguicidas OP en los niños, relacionada principalmente con la vía digestiva. Es importante evaluar en la siguiente medición si estos resultados se mantienen en el tiempo. De ser así, se considera crucial generar propuestas de prevención y control de la exposición a pesticidas en la población no ocupacional en conjunto con las autoridades de salud y las comunidades escolares.

Palabras clave: plaguicidas órgano-fosforados y escolares.

Situación síndrome bronquial obstructivo (SBO) 2009-2010 y factores exógenos como probables desencadenantes de crisis en dos centros de salud de la Región de Los Ríos

ESCOBAR S. FREDDY[1], CAYUL R. ANA[2] y FUENTES U. NATALIE[3]

INTRODUCCIÓN

En Chile, el 60% de las consultas pediátricas anuales corresponde a causas respiratorias; de ellas, entre el 5% y el 32% de las atenciones tiene como diagnóstico SBO, dependiendo de las variables consideradas como la estación del año o la metodología utilizada para registrar los datos.

OBJETIVOS

Explorar el comportamiento de los episodios de crisis obstructivas en menores de 24 meses respecto de las variables climáticas agua caída (mm), humedad relativa del aire (%), viento (Km/h) e inversión térmica (ºC) en las ciudades de Paillaco y Valdivia, años 2009-2010, Región de Los Ríos.

METODOLOGÍA

Estudio descriptivo retrospectivo en que se analizó los registros de los niños en control de sala IRA (nº de crisis de las fichas) en el Consultorio de la ciudad de Paillaco y Sistema RAYEN Cesfam Angachilla de Valdivia, que registraron crisis en el periodo 2009-2010 (n=81

[1] Estudiante Enfermería Universidad San Sebastián, Sede Valdivia, brnama@gmail.com
[2] Universidad San Sebastián. Sede Valdivia.
[3] Cesfam Angachilla. Valdivia.

niños), cotejándose, además, los antecedentes atmosféricos del Anuario Meteorológico de Chile en el mismo período.

RESULTADOS

En el año 2009, en Valdivia, el promedio más bajo de crisis fue en los meses de enero a marzo, registrándose una media de 0,33 crisis. En cuanto a los factores climáticos para igual periodo, se observó en promedio 19,8 ºC, vientos de 11,4 Km/hora y un 55,2% de humedad relativa; del mismo modo, el año 2010 coincide el periodo de menor cantidad de crisis; no obstante, aumentan ostensiblemente a 13,67 crisis, aparejadas con 11,8ºC de temperatura, 67,8% de humedad relativa y vientos de 15,1 Km/ hora en promedio. Por el contrario, el periodo con más crisis durante el año 2009 fue octubre a diciembre con un promedio de 12,3 crisis, temperaturas de 10,8ºC, 64,2% de humedad relativa y vientos de 11,3 Km/hora. En cambio, para el año 2010 el periodo de más crisis fue julio a septiembre, con un promedio de 29,7 crisis para el periodo, 7,1ºC de temperatura, 79,8% de humedad relativa y vientos de 11,9 Km/hora. En el caso de Paillaco, para el año 2009 el periodo con menos crisis fue enero a marzo (0 crisis) con una humedad relativa de 88,7% y vientos de 10,3 Km/hora en promedio; del mismo modo, el periodo con más crisis fue julio a septiembre con 3,3 crisis en promedio, 0 % de humedad relativa y vientos de 8 Km/hora. El año 2010 presenta sólo 2 crisis en promedio para el periodo enero a marzo, con 70% de humedad relativa y vientos de 12,2 Km/hora, siendo el periodo de más crisis el de abril a junio con 7,7 crisis en promedio, humedad relativa de 80,8% y vientos de 8,8 Km/hora.

CONCLUSIONES

Se concluyó que los factores climáticos podrían considerarse para el presente estudio como coadyuvantes en el desencadenamiento de crisis, predominando para Valdivia una tendencia a disminuir comparativamente en los años 2009 y 2010 el número de crisis a medida que aumentan las temperaturas (19,8 ºC y 11,8 ºC respectivamente), disminuye la humedad relativa (55,2% y 67,8%) y se acrecienta la velocidad del viento (11,4 y 15,1 Km/h). Por el contrario, según los antecedentes recogidos en Paillaco, la tendencia el año 2009 es a aumentar el número de crisis a medida que disminuye la humedad relativa en extremo (0%) y la velocidad del viento a 8 Km/h, mientras que en el 2010 tienden a disminuir al aumentar la humedad relativa (70%) y velocidad del viento a 12,2 Km/h.

Palabras clave: SBO, niños, variables climáticas.

Accidentes laborales de trabajadores de un hospital regional de alta complejidad: Factores de riesgos asociados

MUÑOZ Q., MARÍA TERESA[1], BRITO B., ANA MARÍA[2] y BUSSENIUS B., KAREN[3]

INTRODUCCIÓN

Según la OMS (2007), cerca de 2 millones de trabajadores de la salud han sufrido un accidente con exposición percutánea a enfermedades infecciosas. En Chile, diversos hospitales informan del aumento del ausentismo laboral producto de accidentes y enfermedades laborales, relacionadas principalmente con dificultades en el diseño de los puestos de trabajo, actividades repetitivas que involucran esfuerzo muscular, ausencia de pausas de trabajo, rotaciones elevadas de personal, entre otros.

OBJETIVOS

Evaluar la presencia de accidentes de trabajadores de la salud de un Hospital Regional de la zona centro sur de Chile entre los años 2007 al 2009, considerando las variables del DIAT y determinar las variables asociadas con incapacidad laboral.

METODOLOGÍA

Estudio cuantitativo, de diseño transversal. Se revisaron bases de datos de las Declaraciones Individuales de Accidente del Trabajo (DIAT) de los trabajadores del Hospital Regional durante los años 2007 al 2009. Se contó con la autorización de la Dirección del Hospital, resguardando el anonimato. La población de trabajadores corresponde para el año 2007 a 1.643 trabajadores; para el 2008 a 1.689 trabajadores y para el 2009 a 1.693 trabajadores de la salud. La muestra de accidentados analizada para el año 2007 fue de 107 trabajadores; el año 2008, de 78 trabajadores y el año 2009, de 77 trabajadores.

RESULTADOS

La prevalencia de los accidentes laborales alcanza para el año 2007 un 6,5%, el año 2008 un 4,6%, y el año 2009 fue de un 4,5%.

El porcentaje de accidentes es mayor en el trabajo (80%) que en el trayecto. Para los tres años, el corte o pinchazo con material corto-punzante (20%), golpes en la cabeza, cuerpo o extremidades (36%) son los más frecuentes, seguidos de las lesiones musculares (13%).

La prevalencia de incapacidad temporal por accidente corresponde para el año 2007 a 2,3% y para los años 2008 y 2009 a 1,7%. Para los tres años, dentro de los trabajadores accidentados, un 36% presenta incapacidad temporal.

Para el año 2007, la incapacidad por accidente del trabajo se asoció con golpes corporales (OR = 15,4 [IC= 1,2-186]) y vivir fuera de la comuna del hospital (OR = 7,7 [1,3-44,3]). Para el año 2008, se observa que los trabajadores que sufren accidentes de trayecto poseen un riesgo moderado de derivar en incapacidad laboral temporal (OR=0,2 [IC= 0,75-0,55]), y quienes experimentan accidentes con objetos corto-punzantes, presentan bajo riesgo de presentar incapacidad laboral (OR = 0,063 [IC= 0,007-0,558]), similar para el año 2009 (OR = 0,126 [IC= 0,025-0,635]). También el año 2009, los trabajadores no profesionales pre-

[1] Departamento de Psicología. Universidad Católica del Maule y Escuela de Salud Pública. Universidad de Chile. mmunozq@med.uchile.cl
[2] Hospital Regional de Talca.
[3] Hospital de San Javier de Loncomilla.

sentaron un mayor riesgo de incapacidad laboral por accidente (OR= 2,9 [IC= 1,0-8,6]).

CONCLUSIONES

Para prevenir los accidentes del trabajo, se debe mejorar la infraestructura del centro de salud, aumentar los métodos de inducción para los procedimientos de intervención al manipular material corto-punzante, generar espacios para el desarrollo de programas que permitan prevenir lesiones musculares y óseas, aumentar la atención y concentración en el inicio de la jornada laboral.

Palabras clave: accidentes laborales de trabajadores de la salud.

Asociación entre precariedad laboral y la salud de los trabajadores(as) en Chile: ENETS 2009-2010

VALLEBUONA S., CLELIA[(1)], BERNALES B., PAMELA[(2)], IBÁÑEZ G., CIRO[(2)] y SOLAR H., ORIELLE[(2)]

INTRODUCCIÓN

Las transformaciones en los mercados laborales han estado marcadas por la flexibilización de las formas de empleo, que ha dado lugar a distintas formas y estándares de empleo. Los empleos de mayor calidad, esto es, el "empleo justo", permitiría a los trabajadores alcanzar mejores resultados en salud y calidad de vida. Sin embargo, en el mundo existe un importante crecimiento del empleo precario tanto en los países desarrollados como en aquellos en vías de desarrollo, que ha sido vinculado con efectos negativos en la salud, la calidad de vida y el bienestar de los trabajadores(as) y sus familias. Las condiciones que configuran el empleo precario no se distribuyen homogéneamente, ya que las relaciones de los individuos con el mercado laboral están mediadas por condiciones como género, clase social, etnia, edad y educación, por lo que ciertas personas serían más propensas a trabajar en condiciones de precariedad laboral. Es conocida la relación existente entre las condiciones de empleo asociadas a la flexibilización del mercado laboral y la salud de los trabajadores(as), sin embargo, el concepto de precariedad laboral y los mecanismos a través de los cuales impacta en la salud, requieren de investigación

OBJETIVOS

Describir y analizar a partir de los datos de la ENETS 2009-2010 la distribución de la precariedad laboral y su asociación con resultados de salud en trabajadores(as) asalariados(as) formales del sector privado, actualmente ocupados.

METODOLOGÍA

Análisis de datos de la ENETS 2009-2010 del Ministerio de Salud considerando la Escala de Precariedad Laboral adaptada para Chile (EPREL) en base a la de Precariedad Laboral de la Universitat Pompeu Fabra (EPRES). Se realizó análisis de asociación entre precariedad laboral y resultados en salud. Se realizaron pruebas estadísticas: análisis de correlación, análisis de prevalencia y regresión logística. Análisis con SPSS.

(1) Depto. Epidemiología. Ministerio de Salud. cvallebu@minsal
(2) Universidad Mayor.

RESULTADOS

Un 57% de los trabajadores(as) formales, ocupados del sector privado está expuestos a niveles de precariedad laboral moderados o altos. La precariedad es más alta en los grupos más desfavorecidos. Los niveles más altos de precariedad son más frecuentes en las mujeres; en trabajadores(as) con niveles de educación iguales o menores a la enseñanza media completa y en los con menores niveles de ingresos. Se observa una asociación estadísticamente significativa entre la precariedad laboral y un conjunto de indicadores en salud: percepción de salud general, riesgo en salud mental (GHQ-12), presencia de dolores, consumo de medicamentos. Asimismo, se constata que la exposición a niveles moderados o altos de precariedad laboral aumenta el riesgo de presentar malos resultados en salud, especialmente en la percepción de salud general y riesgo en salud mental (GHQ-12).

CONCLUSIONES

Los resultados han permitido, con la adaptación de una Escala de Precariedad Laboral para Chile (EPREL), identificar claramente segmentos de población que están siendo los más expuestos a condiciones de precariedad laboral. Se ha logrado evidencia, la asociación entre la precariedad laboral y un conjunto acotado de indicadores de salud, indicando que hay una asociación positiva entre la exposición a condiciones de precariedad laboral y malos indicadores de salud.

Palabras clave: escala de precariedad laboral, salud de los trabajadores, percepción de salud, riesgo en salud mental.

Caracterización de la disfunción auditiva inducida por la exposición a solventes orgánicos

FUENTE, ADRIÁN[1] y BOWEN, MACARENA[1]

INTRODUCCIÓN

Distintos investigadores han demostrado el efecto adverso de los solventes orgánicos en animales de experimentación (Campo et al., 1997; Crofton et al., 1994; Johnson & Canlon, 1994; McWilliams et al., 2000), y en humanos expuestos ocupacionalmente (Morata et al., 1997; Sliwinska-Kowalska et al., 2000; Sulkowski et al., 2002). Morata & Lemasters (1995) sugirieron que la disfunción auditiva asociada a solventes como el tolueno es producto de una combinación de efectos oto y neurotóxicos. Diferentes autores han evaluado trabajadores expuestos a solventes principalmente a través de pruebas como audiometría tonal liminal. Existen pocos reportes en la literatura acerca de estudios que hayan utilizado otras pruebas audiológicas. Morata & Little (2002) sugieren que considerando la acción oto y neurotóxica de los solventes orgánicos, la batería audiológica debe considerar no sólo aquellos exámenes rutinarios, sino además pruebas tales como emisiones otoacústicas, random gap detection y potenciales evocados. Además, al incluir otras pruebas audiológicas, se puede obtener información acerca de las otras funciones auditivas que no sean detección de sonidos, como lo propone la OMS, 2001.

[1] Laboratorio de Audiología. Escuela de Fonoaudiología. Facultad de Medicina. Universidad de Chile. macabowen@gmail.com

OBJETIVOS

Caracterizar la disfunción auditiva inducida por exposición a solventes desde el punto de vista de la función auditiva periférica y central.

Establecer la utilidad de una batería de pruebas audiológicas para evaluar y/o monitorear la disfunción auditiva inducida por exposición a solventes orgánicos.

METODOLOGÍA

Un total de 100 trabajadores expuestos a solventes orgánicos (grupo en estudio) y 100 sujetos no expuestos (grupo control) fueron seleccionados. La selección se llevó a cabo a través de la aplicación de un cuestionario y estudio audiológico (otoscopía y timpanometría). Aquellos sujetos seleccionados fueron evaluados a través de una batería audiológica que incluyó: audiometría, evaluación de la resolución temporal, dígitos dicóticos, hearing-in-noise test y emisiones otoacústicas.

RESULTADOS

Se observó un mayor número de personas expuestas a solventes con umbrales audiométricos anormales en comparación a sujetos no expuestos. Modelos multivariados fueron construidos independientemente para los resultados de cada prueba audiológica (variable dependiente). Variables tales como exposición a solventes (variable independiente) y covariables como edad, género, años de trabajo expuesto a solventes, consumo de tabaco, consumo de alcohol y exposición pasada a ruido fueron incluidos en cada modelo. La exposición a solventes resultó estar significativamente asociada a los resultados obtenidos en la audiometría tonal liminal, emisiones otoacústicas y dígitos dicóticos.

CONCLUSIONES

En un grupo de sujetos ocupacionalmente expuestos a solventes se encontró una asociación entre exposición a solventes orgánicos y resultados de algunas pruebas audiológicas que aportan información acerca de la indemnidad de otras funciones auditivas que no sean detección de sonidos. Lo anterior, lleva consigo a que sujetos expuestos a solventes con o sin alteración de la función de detección de sonidos, podrían presentar dificultades en las otras funciones auditivas y, por tanto, un desmedro en la calidad de vida. Pruebas como las emisiones otoacústicas y dígitos dicóticos aportan información útil en la caracterización de la disfunción auditiva inducida por solventes orgánicos. Ambas pruebas en conjunto con audiometría tonal liminal debieran ser utilizadas para el monitoreo de la audición en trabajadores expuestos a solventes orgánicos.

Palabras clave: audición, evaluación, hipoacusia, solventes.

Evaluación de condiciones de salud y trabajo población minera informal comuna Andacollo, Región Coquimbo, 2010-2011

FERNÁNDEZ G., TAMARA[1]

INTRODUCCIÓN

La minería artesanal y en pequeña escala ha sido reconocida como área clave urgente de abordar por su aporte al desarrollo sustentable de países productores. Es una actividad mercantil fundamental para familias, comunidades y economías emergentes pese a los impactos negativos sobre la salud colectiva, ecosistemas y seguridad de trabajadores, hombres, mujeres y niños.

La información sobre indicadores de salud en la MPE, es precaria, poco confiable o inexistente. Se piensa que un factor que contribuye a esto es la ilegalidad o informalidad de la actividad, no regulada ni apoyada por autoridades de manera consistente, y de su ubicación en lugares remotos, alejada de la atención del estado.

En un complejo escenario en la comuna de Andacollo, caracterizada por cargas ambientales, genéticas, nivel socioeconómico y cultural y particularmente la coyuntura ocupacional de trabajo minero artesanal, es esperable encontrar altas prevalencias de enfermedades o problemas de salud relacionados con el trabajo y el ambiente.

En esfuerzo conjunto, la Facultad de Medicina de Universidad Católica del Norte y Ludwig Maximilians University de Munich han realizado estudios científicos para medir prevalencia de problemas de salud relacionados con el ambiente, desde el año 2004. En este contexto, se logra un estudio epidemiológico realizado para evaluar condiciones de salud y condiciones de trabajo de mineros artesanales de Andacollo.

OBJETIVOS

Objetivo general

Evaluar condiciones de salud y trabajo de la población minera informal de Andacollo, Región Coquimbo, 2010-2011.

Objetivos específicos

- Describir población en estudio según variables como edad, género, patologías crónicas.
- Determinar condiciones generales de los pirquineros.
- Identificar condiciones de salud de la minería informal.
- Determinar asociación entre variables de interés tales como exposición a ruido y prevalencia de problemas auditivos, manipulación de cargas y dolor de miembros superiores; exposición a temperaturas y exposición a elementos tóxicos.

METODOLOGÍA

Estudio descriptivo de corte transversal. Muestra constituida por 150 trabajadores del sector minero informal; utilizando la Encuesta de Condiciones de Trabajo y Salud, de Benavides et al. Se realizó análisis descriptivo y de asociación respecto de variables de interés.

RESULTADOS

El 99,3% entrevistado son hombres y 0,7% mujer, una. Distribución etaria: 6% menores de 29 años; 38% 29-48a; 48,7% 49-68a y 69a y más 7,3%. Edad promedio 50,1 años y desviación estándar 12,5.

[1] Facultad de Medicina. Universidad Católica del Norte. tfernandez@ucn.cl

Actividad pesada 76%. Exposición temperaturas extremas, 72%. 82% expuesto a riesgos en el trabajo. Exposición a ruidos, 78,7%; vibraciones, 66,7%; manipulación productos nocivos, 66%; respiración polvo 78,7%. 86% manipulan cargas; 90,7% realizan movimientos repetidos; 78,7% efectúan posturas forzadas; 88,1% realizan fuerzas. 68% presenta dolor de espalda; 74% dolor en miembros superiores.

CONCLUSIONES

Resultó asociación estadísticamente significativa miembros superiores (p=0,0069), y de éstos, en dolor de codos (p=0,0033). Asociación posturas forzadas y dolores de espalda, miembros superiores e inferiores arrojó asociaciones estadísticamente significantes: dolor espalda (p=0,0019), dolor espalda dorsal (p=0,0154), dolor espalda lumbar (p=0,0003). En realizar fuerzas solamente fue significativa asociación con dolor de miembros superiores (p=0,133).

Que el trabajador esté expuesto a nocivos ambientales, como temperatura extrema, humedad, ruido, vibraciones y tóxicos y si considera su estado de salud regular o malo, la asociación significativa dio para exposición a temperatura extrema (p=0,0274) y a exposición por vía respiratoria a elementos tóxicos (p=0,0099).

Palabras clave: pirquinero, condiciones de salud, condiciones laborales.

Inequidades en la salud de los trabajadores desde una perspectiva de género: ENETS 2009-2010

VALLEBUONA S., CLELIA[1], GONZÁLEZ R., M. JOSÉ[2], SOLAR H., ORIELLE[2] y BERNALES B., PAMELA[2]

INTRODUCCIÓN

En Chile, la tasa de participación de mujeres en el mercado laboral aumentó en un 9,8% entre 1990 y el 2009 (32,5% y 42,3%, respectivamente). Un 24% de ellas no cuenta con contrato de trabajo escrito, con ingresos un 26% menores que los hombres, y un 43% de las en edad de trabajar se dedica sólo a quehacer del hogar. Estas diferencias van más allá de los factores biológicos que distinguen a hombres y mujeres y se deben, en su mayoría, a un constructo social que asigna determinados roles a hombres y mujeres en el mundo del trabajo y del hogar; esto es lo que se entiende por género. Producto de estas diferencias, los riesgos a los que están expuestos están lejos de ser asimilables. De esta manera, es posible afirmar que la salud de hombres y mujeres es diferente y desigual; diferente, por los factores biológicos propios de cada sexo y desigual, porque existen factores sociales, como el género, que establecen inequidades en la salud de hombres y mujeres.

OBJETIVOS

La investigación busca describir las inequidades en salud desde una perspectiva de género, a través del análisis de las diferencias entre hombres y mujeres producto de la segmentación del mercado de trabajo y de la realización de trabajo reproductivo. Específicamente, se identificaron diferencias en la participación en

[1] Depto. Epidemiología. Ministerio de Salud, cvallebu@minsal
[2] Universidad Mayor.

asuntos familiares y relación entre condiciones de empleo y resultados en salud para hombres y mujeres.

METODOLOGÍA

Se analizaron los datos de la ENETS 2009-2010 del Ministerio de Salud, en tablas de contingencia y pruebas Chi cuadrado, Gamma, V de Cramer y T para muestras independientes. Además, se elaboraron modelos de regresión logística para variables de condiciones de empleo, trabajo reproductivo y resultados en salud y se construyó la Escala de Participación en Asuntos Familiares (EPAF).

RESULTADOS

Las mujeres con igual nivel educacional que los hombres perciben ingresos menores. Un 30% de ellas no cuenta con contrato de trabajo escrito. Un 24,3% refiere su relación de empleo como inestable. La ocupación principal a lo largo de su vida se ubica en trabajos que reproducen los roles tradicionales de la familia y el hogar. Ellas son las que mayormente realizan los quehaceres del hogar y la familia, (4 puntos más que los hombres en la EPAF).

CONCLUSIONES

Los mayores riesgos para la salud al aumentar la carga reproductiva se dan en mujeres que viven con menores de 5 años o con adultos mayores. Estos riesgos se producen independientes de la existencia de una pareja en el hogar. Con respecto a condiciones de empleo, la percepción de inestabilidad en el trabajo presenta el mayor riesgo para la salud autopercibida y mental de hombres y mujeres. Se confirma la existencia de diferencias significativas entre hombres y mujeres con respecto a sus condiciones de empleo y carga reproductiva. Los resultados recalcan la importancia de comprender las diferencias de género que se producen en la salud de los trabajadores y trabajadoras desde una perspectiva integral, que vaya más allá de los factores de riesgo asociados a determinadas condiciones de trabajo

Palabras clave: inequidades en salud según género, salud y género

Modelo de percepción de seguridad en atención en un hospital de alta complejidad

MENDOZA L., RODOLFO[1]

INTRODUCCIÓN

La acreditación de calidad en instituciones de salud en Chile pretende que los establecimientos de salud cumplan condiciones que aseguren una atención oportuna y eficaz, con protocolos que minimicen riesgos intrínsecamente existentes en salud. De acuerdo a la atención recibida, la satisfacción de los usuarios será abordada desde un componente de calidad real, no observándose la calidad percibida de atención.

OBJETIVOS

Establecer un modelo que explique la percepción de seguridad en la atención recibida en un hospital.

[1] Universidad Pedro de Valdivia. Facultad de Enfermería. Sede Chillán. r.mendoza@upv.cl

METODOLOGÍA

Se encuestaron 217 personas del hospital de Chillán, con edades entre los 18 y 63 años. Se aplicó el instrumento SERVQHOS que consta de 19 afirmaciones con puntajes que van de 1 a 5, siendo 1 "mucho peor de lo que esperaba" y 5 "mucho mejor de lo que esperaba", el que presenta una alta consistencia interna (alfa Cronbach = 0.92), que explican el 65,3% de la varianza.

Utilizando el modelo SERVQUAL se plantean cuatro factores para los 19 reactivos divididos en a) Elementos tangibles: apariencia de instalaciones físicas, equipos, personal y materiales de comunicación; b) Seguridad: conocimientos, atención y habilidades mostradas por los empleados para inspirar credibilidad y confianza; c) Capacidad de respuesta: disposición de personal para ayudar a los usuarios y proveerlos de un servicio rápido; y d) Comprensión empática: esfuerzo por entender la perspectiva del usuario mediante una atención individualizada.

La hipótesis es que la seguridad de atención percibida dependerá de la capacidad de respuesta percibida mediada por la comprensión empática en la atención, sin ser influida por los elementos tangibles.

Para evaluar se realizó un análisis factorial confirmatorio con ecuaciones estructurales para comprobar las relaciones hipotetizadas entre las variables y los factores definidos. Los diferentes análisis se llevaron a cabo con el paquete estadístico AMOS 18.0.

Diversos autores plantean que los índices de bondad de ajuste que se consideran en un modelo de ecuaciones estructurales son Chi2, Chi2/gl (valor esperado < 5), Parámetro de no centralidad (NCP); Error de aproximación cuadrático medio (RMSEA, aceptable entre 0,05-0,08), Índice de ajuste global (GFI, valores esperados entre 0,9-0,95, y se interpreta como varianza explicada).

RESULTADOS

Los resultados obtenidos en este estudio coinciden con los anteriores presentando el instrumento SERVQHOS una alta consistencia interna (alfa Cronblach = 0,934).

Se utilizó el método de máxima verosimilitud puesto que todas las variables son continuas y presentan una varianza mínima de 5, distribución normal y normalidad multivariada, lo que permite inferencias sobre la población en estudio.

El modelo evaluado presenta un ajuste adecuado y se acepta ya que explica el 88,3% de la varianza conjunta con los siguientes indicadores: Chi2 =251,786; gl.= 99; N=217; $p<0.001$. Chi2/gl=2.543; GFI=0.883; NCP=152,786 ($p<0.001$); RMSEA=0,083.

El modelo establece que existe un alto impacto (0,78) de la Capacidad de respuesta sobre la Comprensión empática, la que a su vez presenta un impacto elevado (0,98) sobre la Seguridad percibida. La Capacidad de respuesta presenta un alto efecto indirecto (0,76) sobre la Seguridad percibida.

CONCLUSIONES

Es necesario insistir, capacitar y fomentar en los trabajadores conductas que den cuenta de comprensión hacia los usuarios, principalmente entregar más información, constante comunicación y buen trato, dado el impacto que tiene en la percepción de seguridad en usuarios.

Palabras clave: calidad percibida, ecuaciones estructurales.

Posición socioeconómica de los trabajadores(as) y la equidad en salud: ENETS 2009-2010

VALLEBUONA S., CLELIA[1], SOLAR H., ORIELLE[2]), BERNALES B., PAMELA[2] y GONZÁLEZ R., M JOSÉ[2]

INTRODUCCIÓN

Los indicadores que se utilizan para monitorizar y evaluar inequidad en salud, son un aspecto de gran relevancia, ya que detrás de esas decisiones hay definiciones conceptuales y teóricas para explicar las inequidades en salud. Dada las limitaciones de datos e información disponibles, ciertos estratificadores pasan a ser utilizados de manera rutinaria, sin reflexionar adecuadamente sobre los mecanismos de generación de las inequidades que sustentan dicha decisión. Las condiciones materiales son un tema central, el acceso a ellas tiene su base en la distribución de poder en las sociedades, tanto en recursos, autonomía, participación política, entre otros. Pero el poder en las sociedades también se sustenta en el prestigio y estatus, así como en la exclusión y discriminación que acompaña la condición de género y etnicidad en nuestras sociedades. Estos aspectos deben ser considerados al decidir los estratificadores, de modo tal de realizar una interpretación de los mecanismos causales y que la proposiciones de intervenciones y políticas sean adecuadas para su reducción y eliminación.

OBJETIVOS

Describir y analizar la asociación de diversos indicadores de posición socioeconómica (PSE) con la salud y calidad de vida de los trabajadores.

METODOLOGÍA

Análisis de los datos de la ENETS 2009-2010 del Ministerio de Salud, realizando análisis de la relación de la PSE como condiciones materiales, ingreso, categoría de ocupación, educación según género, con diversos indicadores de salud. Los análisis fueron realizados con SPSS 15, módulos de muestras complejas.

RESULTADOS

Se presenta la prevalencia de diversos indicadores de salud en la población laboral chilena (formal e Informal). Además, los indicadores de percepción de salud y de bienestar mental, el índice de Goldberg, los malestares, el consumo de medicamentos y el índice de EBBA presentan una asociación inversa con los indicadores de ingresos familiares, índice de condiciones materiales y nivel educacional, tanto para hombres como para mujeres. Igual ocurre en sedentarismo. El fumar tiene relación inversa en hombres y mujeres en el indicador de condiciones materiales. Las enfermedades asociadas al trabajo tienen una relación inversa para los niveles educativos y una relación no inversa en el índice de condiciones materiales. Los accidentes del trabajo presentan una relación inversa para los indicadores de PSE en el caso de los hombres, y del nivel de educación en las mujeres. Para los dolores, existe una relación inversa para los niveles de educación para hombres y mujeres.

CONCLUSIONES

Los resultados contribuyen a un mejor entendimiento de los mecanismos de la PSE en

[1] Depto. Epidemiología. Ministerio de Salud. cvallebu@minsal
[2] Universidad Mayor.

la generación de inequidades para la población laboral, que no deberían quedar reducidas sólo al ámbito de las condiciones de trabajo, sino que es necesario entender el accionar de las condiciones de empleo en la salud de los trabajadores y su relación con la posición socioeconómica.

Palabras clave: posición socioeconómica y equidad en salud.

Seguimiento temprano de niños con sobredosis de vacuna

SÁNCHEZ C., RICARDO[1], GONZÁLEZ V., PABLO[2], ABARCA P., CONSTANZA[3] y PINEDA B., SEBASTIÁN[4]

INTRODUCCIÓN

Debido a un aumento de los susceptibles, durante el segundo semestre del 2010 se realizó campaña de refuerzo de sarampión y rubéola. El 3 de diciembre de 2010 fueron vacunados en una posta rural de la I. Municipalidad de San Juan de la Costa, 10 niños a los que se les administró 10 veces la dosis requerida.

OBJETIVOS

El objetivo del presente trabajo es presentar el seguimiento temprano realizado de los pacientes a los que se les administró sobredosis de vacuna.

METODOLOGÍA

Se resumen los datos obtenidos del control médico realizado el día 4 de diciembre 2010, en la EMR de Loma de la Piedra. Acuden los 10 menores afectados, a los que se les evalúa dirigidamente sitio de vacunación, examen neurológico, parótidas, presencia de linfonodos axilares y cervicales, examen cardiopulmonar, presencia de enantemas y exantemas, y testículos en varones.

RESULTADOS

10 niños examinados, 6 niños y 4 niñas, rango de edad entre 2 años 7 meses y 5 años 9 meses (promedio 4,24 años), que estaban en buen estado de salud. Sólo un niño presentó fiebre objetivada dentro de las 24 horas siguientes, en el contexto de cuadro de IRA alta. Niña de 3 años 11 meses presentaba linfonodos axilares, no patológicos. Ninguno presentó positividad al examen físico de acuerdo a la pauta descrita previamente.

CONCLUSIONES

Si bien no es esperable que este tipo de hechos suceda, la administración de una gran dosis de vacuna sarampión y rubéola no presentó manifestaciones clínicas específicas en los menores observados, en un control temprano a las 24 horas. Los menores permanecieron en seguimiento posterior, de acuerdo a los antecedentes del caso. No hay descripción de situaciones similares en la literatura nacional.

Palabras clave: vacuna, sobredosis, sarampión, rubéola.

[1] Médico EDF. Cesfam Bahía Mansa. ricardosanchezcastillo@hotmail.com
[2] Autoridad Sanitaria. Becario CONYCIT.
[3] Médico Cesfam La Faena.
[4] Médico EDF. Hospital de Quellón.

Supervivencia observada en cáncer de vesícula, comparación 2000-02 y 2003-05. Registro Poblacional de Cáncer Valdivia

BERTRÁN V. MARÍA E.[1], HEISE M. KATY[2], VARGAS G. SOLANGE[2] y JOFRÉ S. ANA M[3]

INTRODUCCIÓN

La supervivencia poblacional en cáncer de vesícula (CV) se midió por primera vez en Chile para la cohorte de casos diagnosticados en el quinquenio 1998-2002 del Registro Poblacional de Cáncer Valdivia (RPCV) (Bertran M et al). Las cifras obtenidas evidenciaron una baja supervivencia a 5 años: 10,3% 12,2% y 10% en ambos sexos, mujeres y hombres, respectivamente. Dado lo relevante de esta medición en salud pública, se plantea un segundo estudio que permita estimar avances en esta materia en la Región de Los Ríos.

OBJETIVOS

Identificar variaciones en la supervivencia observada de los casos ingresados al RPCV por CV en el período 2000-2005 según características de edad, sexo y trienio de diagnóstico.

METODOLOGÍA

Estudio observacional de cohorte retrospectivo de 416 casos ingresados al RPCV en los trienios 2000-02 (T1) y 2003-05 (T2), excluidos los segundos primarios excepto piel no melanoma. Estimación de Supervivencia observada (SO) a 5 años desde el diagnóstico, según edad, sexo y trienio, con método de Kaplan Meier y comparación de curvas de sobrevida con test de Log rank (LR) y wilcoxon (W). neurológico, parótidas, presencia de linfonodos axilares y cervicales, examen cardiopulmonar, presencia de enantemas y exantemas, y testículos en varones.

RESULTADOS

Curvas de sobrevida con test de Log rank (LR) y wilcoxon (W).

Del total de casos, 194 pertenecía a T1 y 222 a T2. La base diagnóstica en T1 tuvo un 8,3% de casos "solo certificado de defunción" (SCD) y un 68% con verificación microscópica (VM), en T2 el 14% fue SCD y el 59% con VM.

La estructura por edad y sexo no se diferenció significativamente en los trienios. El 77,4% eran mujeres, 22,6% hombres, 8,2% eran menores de 50 años, 76,7% tenía entre 50 y 79 años y 15,1% era mayor de 80 años.

Al finalizar el seguimiento el 89,7% y 87,4% de los casos estaban fallecidos en T1 y T2, respectivamente.

La mediana de supervivencia fue 84,5 días (95% IC 69,8 - 108,2) en T1 y 101,5 días (95%IC 76 - 101,5) en T2.

La SO a 5 años en T1 fue: 11,9% (95%IC 7,7-17,2) en ambos sexos; 6,7%(95%IC 1,7-16,4) en hombres; 13,7% (95%IC 8,5-20,1) en mujeres; 25% (95%IC 6,0-50,5) en menores de 50 años; 11% (95%IC 6,6-16,7) entre 50 y 79 años y 10,5% (95%IC 1,8-28,4) en mayores de 80 años.

[1] Dirección Hospital Clínico Regional Valdivia. maria.bertran@redsalud.gov.cl
[2] Unidad de Epidemiología. Hospital Clínico Regional Valdivia.
[3] Registro Poblacional de Cáncer Valdivia. Seremi de Salud Los Ríos.

En T2, la SO fue: 14,7% (95%IC 10,1-20,2) en ambos sexos; 13,2%(95%IC 4,8-25,8) en hombres; 15,0% (95%IC 9,9-21,2) en mujeres; 30% (95%IC 2,3-50,1) en menores de 50 años; 14% (95%IC 9,0-20,1) entre 50 y 79 años y 4,8% (95%IC 0,3-19,7) en mayores de 80.

No se evidenciaron diferencias significativas en las curvas de supervivencia según trienio (LR=0,18, W=0,17), en tanto hubo diferencias débiles al comparar trienio según sexo (LR=0,06, W=0,06) y trienio según edad (LR=0,10, W=0,07).

CONCLUSIONES

Se evidenció un aumento no significativo de la SO global a 5 años, reflejado en 18 días adicionales en la mediana de supervivencia en la cohorte del segundo trienio. El mayor aumento de la SO, según sexo y edad, se produjo en hombres (+6,5 puntos porcentuales (pp)) y en menores de 50 años (+5 pp). Un aumento de menor magnitud se observó en mujeres (1,3 pp) y en el grupo de 50 a 79 años (3 pp). En tanto la SO en mayores de 80 disminuyó en 5,7 pp. Las causas de estas variaciones serán estudiadas considerando factores de riesgo específicos para cáncer de vesícula biliar descritos en la literatura.

Palabras clave: supervivencia, cáncer, vesícula, registro poblacional.