

**VALIDACION DE LA ESCALA
DE RIESGO DEL PROGRAMA
INFANTIL A NIVEL LOCAL**

Dra. Julia González()
Sres. Tatiana Tironi(**)
M. Luz Parodi(**)
Adriana Vargas(**)
Marcela Oyarzún(**)
Jorge Numair(**)
Gustavo Hein(**)*

ABSTRACT: *To groups of milkfeeding infants (312) are evaluated according with risk scale of child medical care program from Ministry of Health, in a local revision: with and without risk of health. None satatistical difference of pathology founded was demonstred. The recomendatio is to revise this scale for local utilisation, and change, if it is necessary, for one more adequate to the local reality.*

Key Words: CHILD MEDICAL CARE. VALIDITY OF RISK HEALTH SCALE.

Cuad. Méd.-Soc., XXVI, 4, 147 - 151, 1985

INTRODUCCION

Entre las grandes dificultades que se presentan en el área de la salud pública, tal vez las más importantes corresponden a la programación, organización de los sistemas de salud y asignación de recursos y esto conduce a la necesidad de contar con los parámetros o indicadores adecuados para ayudar a tomar decisiones precisas y acertadas en los aspectos ya señalados.

De la observación que no todos los individuos, las familias y las comunidades tienen la misma probabilidad de enfermar o morir, sino que para algunos esta probabilidad es mayor que para otros, ha surgido un método de trabajo en la atención de salud de las personas basado en el concepto de riesgo. Este podemos definirlo como la probabilidad que tiene un individuo o un grupo de personas de presentar en el futuro un daño en su salud.

Este enfoque tiende a una utilización óptima de los servicios, obliga a la vigilancia de la problemática de salud prevalente y establece una evaluación objetiva de la eficiencia y eficacia de las actividades desarrolladas en función del nivel de salud logrado en la comunidad.

El enfoque de riesgo y su aplicación en el campo de la salud, es susceptible de críticas basadas fundamentalmente en las limitaciones - que puede tener éste método. Sin embargo, experiencias y estudios internacionales, han demostrado que el

enfoque de tratamiento diferencial de grupos de alto riesgo es muy beneficioso y tal vez, el más indicado para daños determinados y en ciertas localidades.

OBJETIVOS

Con el fin de contribuir a mejorar la situación de salud del lactante, éste trabajo pretende aplicar el enfoque de riesgo a un grupo de población infantil del área norte de la región Metropolitana.

Se trata de validar la escala de factores de riesgo del Programa Infantil del Ministerio de Salud, en un grupo de lactantes bajo control en un consultorio Periférico Urbano del S.N.S.S.

METODO

Es un estudio de cohorte retrospectiva en el que se analiza la información existente en las fichas clínicas del Consultorio Independencia, desde el ingreso del niño hasta cumplir 1 año 11 meses y 29 días de edad.

El estudio se efectuó en el Consultorio Independencia perteneciente al Servicio de Salud Metropolitana Norte.

- (*) Docente Escuela de Salud Pública Universidad de Chile.
- (**) Alumnos 6º Año Medicina, División de Ciencias Médicas Norte, Universidad de Chile.

Las fichas obtenidas son las de niños que iniciaron su control en el Consultorio Independencia antes de los 29 días de vida, que ingresaron al Consultorio entre el 01.07.76 y el 30.06.77 y que se atendieron en dicho establecimiento hasta que tenían 1 año 11 meses y 29 días de edad a lo menos.

Los niños que cumplieron estas condiciones fueron 312. Por lo tanto, este grupo está constituido por niños que llegaron vivos a lo menos hasta los 2 años de vida.

Estos 312 niños fueron clasificados en 2 grupos: "riesgo" y "no riesgo"; según la Escala de Riesgo perteneciente al Programa del Niño y Adolescente 1982 del Ministerio de Salud, que se transcribe.

Factores determinados de Alto riesgo:

— Factores de riesgo general de morbimortalidad del niño y adolescente.

— Los con * son determinantes específicos de desnutrición.

- I)
 - a. Peso nacimiento extremos (* < 2.500 grs., > 4.000 grs.)
 - b. Patología en el período de Recién Nacido.
 - c. Antecedente de patología del embarazo o parto.
- II)
 - a. Edad de la Madre: < 18 años o > 40 años.
 - b. Madre analfabeta * o con básica incompleta, con padre cesante o fallecido.
 - c. * Madre soltera, con uniones inestables u ocasionales.
 - d. * Ruralidad o marginalidad urbana.
 - e. * Paridad previa (valores extremos, 1º hijo y 4º o más).
 - f. * Intervalos intergenésicos < 2 años o > 4 años.
- III)
 - a. Peso nacimiento 3.000 grs.
 - b. Destete antes 4º mes.

Los factores C y F del grupo II se omitieron en el estudio, ya que no se encontraban consignados en las fichas clínicas utilizadas.

Se define como niños de riesgo a aquellos que presentan alguna de las siguientes características:

1. Una característica cualquiera del grupo I de la escala.
2. Dos características del grupo II de la escala.
3. Una característica del grupo II más una característica del grupo III.

Para cada uno de los grupos "riesgo" y "no riesgo" se analiza la siguiente información:

- a. Nº de consultas totales de morbilidad, para lo cual se consideraron consultas nuevas y repetidas para los dos primeros años de vida.
- b. Nº de diagnósticos de patología respiratoria, considerando por separado consultas nuevas, repetidas y totales en el primer y 2º año de vida.
- c. Nº de diagnósticos de cuadros diarreicos, considerando por separado consultas nuevas, repetidas y totales en el primer y 2º año de vida.
- d. Nº de diagnósticos de desnutrición, considerando por separado consultas nuevas, repetidas y totales en los dos primeros años de vida.

Para el análisis de las diferencias encontradas entre ambos grupos, se aplica la prueba de χ^2 con un nivel de significación de 50/o.

Definiciones Operacionales:

— Educación básica incompleta: 4 año básico o menos.

— Consulta de morbilidad nueva: es aquella en que el paciente consulta por primera vez por un cierto diagnóstico.

— Consulta repetida de morbilidad: es aquella en que el paciente consulta por 2º, 3º o más veces por un mismo diagnóstico y siempre que ellos se produzcan en forma consecutiva y sin mediar entre ellos más de 30 días.

En el caso de desnutrición, se consideró consulta repetida la 1a. 2a. 3a. o más, con diagnóstico de desnutrición, cualquiera fuera su grado, el lapso entre ellos y el profesional que lo atendiera.

Si aparecía posteriormente diagnóstico de entropía y luego desnutrición, esta última se consideró consulta nueva.

— Diagnóstico de morbilidad: Se anotó el diagnóstico de ingreso del Recién Nacido, si existía alguna patología. Se consignaron los diagnósticos encontrados en cada atención de Salud, existiendo generalmente más de un diagnóstico en cada una de ellas. En los diagnósticos se consideró la edad del niño en el 1º y 2º año de vida y además si la morbilidad era nueva o repetida. Se registraron los diagnósticos realizados por médico en consulta de

morbilidad y control de salud del niño y algunos diagnósticos realizados por la enfermera en los controles de Salud. Se les consignó además el diagnóstico de desnutrición realizado por cualquier profesional en cualquiera de las actividades de salud. Se seleccionó las causas de consulta que aparecen como más frecuentes e importantes durante el período de lactante:

1. Respiratorias: Se consideraron respiratorias altas (resfrío común, rinitis, sinusitis, faringitis, amigdalitis, laringitis, estado gripal, influenza, asma bronquial, bronquitis) y también bronconeumonía (bronquilitis, neumonía, neumonitis y bronconeumonía).

El conjunto de estas dos constituyen el grupo VIII de la Clasificación Internacional de Causas de Enfermedades.

2. Diarrea: De acuerdo a la definición del Grupo I de la Clasificación Internacional de Enfermedades.

3. Desnutrición: Los niños son diagnosticados mediante la relación peso-edad y peso-talla, de acuerdo a las normas ministeriales. Para efectos de este estudio, se consideró desnutridos a los niños clasificados por cualquiera de las tablas (Sempé o Colombiana) en uso en el Consultorio.

RESULTADOS

Al aplicar la escala de riesgo a los 312 lactantes, resultó un grupo de "riesgo" de 241 niños y un grupo de "no riesgo" de 71 niños.

El cuadro Nº 1 muestra el número de consultas nuevas, repetidas y totales por niño, en sus dos primeros años de vida. Al comparar los grupos de "riesgo" y "no riesgo", se comprueba que las dife-

rencias encontradas no son estadísticamente significativas.

De igual modo se estudia la frecuencia de las siguientes variables en los grupos definidos como de "riesgo" y "no riesgo":

- patología respiratoria durante el primer año de vida.
- patología respiratoria durante el segundo año de vida.
- diarreas durante el primer año de vida.
- diarreas durante el segundo año de vida.
- desnutrición durante el primer año de vida.
- desnutrición durante el segundo año de vida.

No se encontró diferencias estadísticamente significativas en la frecuencia de enfermedad, entre el grupo de "riesgo" y el de "no riesgo", para ninguna de las patologías estudiadas.

COMENTARIOS Y CONCLUSIONES

En este trabajo se ha pretendido validar la escala de factores de riesgo propuesta por el Ministerio de Salud, aplicándola al grupo poblacional antes definido.

Podemos destacar que el grupo de niños de alto riesgo fue grande representado por el 77,2% del total y en el modelo de enfoque de riesgo es deseable que los grupos de riesgo correspondan a un pequeño porcentaje del grupo total en estudio.

Los resultados demuestran que ninguno de los factores estudiados mostró una positividad estadísticamente significativa como para haberlo considerado un factor de riesgo en esta población, solos o combinados de acuerdo a las normas propuestas.

Debemos señalar que estos factores podrían tener validez en su aplicación a nivel nacional y podrían no reflejar necesariamente la realidad si se aplican a nivel local, como se hizo en el presente estudio.

Además, algunas limitaciones de nuestro estudio pueden haber influido negativamente en los resultados entre los cuales podemos mencionar los siguientes como los más importantes:

- Existen algunos factores de riesgo mencionados en la escala que no están consignados en las fichas analizadas y que por lo tanto no se consideraron como tales (estado civil de la madre e intervalo intergenésico).

CUADRO Nº 1

Consultas de morbilidad por todas las causas, en lactantes.

Niños	Consultas Nuevas	Consultas Repetidas	Consultas Totales
Riesgo	6.5	2.4	8.9
No Riesgo	6.9	2.2	9.1

p > 0.05

— Se consideró daño el número de consultas por niño, homologando éste a episodios de enfermedad, lo cual implica en sí varios inconvenientes, ya que:

a. Algunos niños se enferman y no demandan atención.

b. Algunos demandan atención y ésta no es satisfecha.

c. Algunos la demandan y obtienen en otro lugar que no queda consignado en la ficha, tales como en posta, hospital, farmacia, médico particular y otros.

d. Por definición del grupo en estudio se excluyeron los niños fallecidos antes de los 2 años de vida.

Pero debemos hacer notar que este grupo poblacional tiene buena accesibilidad geográfica al consultorio; además no había rechazo de pacientes en el consultorio y la mayoría de las consultas de este grupo de niños se realizan en este local. Por estas razones el número de consultas de morbilidad parece un indicador aceptable de daño en salud en este grupo.

Parece deseable, por lo tanto, la validación de la escala de riesgo programática en los niveles locales. En aquellas localidades en que la escala no muestra una discriminación adecuada, se sugiere diseñar escalas apropiadas a cada realidad local.

Se propone la metodología usada en el estudio como una alternativa para la etapa de validación a nivel local.

RESUMEN

El propósito del trabajo es validar la escala de riesgo del Programa del Niño y Adolescente del Ministerio de Salud, a nivel local. A un total de 312 lactantes bajo control en un consultorio periférico urbano, durante sus 2 primeros años de vida, se los clasificó según la citada escala en 2 grupos: uno de "riesgo" y otro de "no riesgo". Estos grupos se compararon, según lo consignado en la ficha clínica del consultorio durante los 2 primeros años de vida, en relación a: consultas de morbilidad por todas las causas, diagnósticos de enfermedades respiratorias, diarreas y desnutrición. Se encuentra que no existen diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos en relación a los indicadores de

daño en salud utilizados; por otra parte, el grupo definido como de "riesgo" representa 3/4 partes del total de niños.

Estos hallazgos hacen discutible la aplicación de esta escala de riesgo en la realidad local estudiada. Se concluye que parece necesario validar la escala de riesgo en los niveles locales y en aquellos casos en que no se demuestre operativa, se sugiere diseñar escalas apropiadas a la realidad local.

SUMMARY

The purpose of this paper is to give validity to Ministry of Health Child and Adolescent Medical Care Program risk scale, in local level. To a total of 312 milkfeeding under control on a periphery urban clinic, during the first two years of life, they were classified in according to the mentioned scale in two groups: with risk and without risk. These groups were confronted, according to the data consigned in the clinic record during the two first years of life, in connection with: morbidity consultations of all reasons, diagnosis of pulmonary illness, diarrheas and malnutrition. There is no statistical differences between both groups in relation to the health discuse indicators used; on the other hand, the group defined us risk represent 3/4 parts of the children total.

This finding made controvertible the application of this risk scale at the studied local reality. It is concluded than it seem necessary to give validity to the risk scale in local levels and in those cases where it doesn't show operative, it is suggested to design scales adequated to the local reality.

RESUME

L'objet de ce travail est d'étudier à niveau local, la validité de l'échelle de risques de santé contenue dans le programme de soins primaires de santé de l'enfant et de l'adolescent, du Ministère de la Santé.

312 nourrissons sous contrôles de santé dans une Consultation Périphérique (soins primaires de santé) urbaine, durant les deux premières années de leur vie, furent catalogués, d'après cette échelle de risques, en deux groupes: un, "avec des risques" et l'autre, "sans risques".

ON établit la comparaison des groupes en re-visant leurs dossiers cliniques pour voir le nombre de demandes de soins pour maladies, toutes causes, affections respiratoires, diarrhées et dénutrition, sans trouver des différences statistiquement significatives; le groupe "avec des risques", représentant le 750/0 du total d'enfants.

Ceci rend discutable l'utilité de l'emploi de cette échelle au niveau local étudié.

Comme conclusion, les auteurs croient nécessaire d'étudier la validité de cette échelle de risques au niveau local, et d'en établir d'autres, le cas échéant, comportant des indicateurs plus adéquates à la réalité locale.

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

1. CAMPOS S., María, GONZALEZ M., Julia y cols. "Consumo de atención médica y factores asociados en un Consultorio Periférico". Tesis para optar al grado de Licenciado en Salud Pública 1979. Departamento de Salud Pública de la Facultad de Medicina, U. de Chile.
2. ESCUELA DE SALUD PUBLICA, UNIVERSIDAD DE CHILE. Metodología del enfoque de riesgo en salud. Publi. doc. IX Seminario Latinoamericano de Salud Materno Infantil. Santiago, 1983.
3. GONZALEZ, Carlos, Epidemiología. Fondo Educativo Interamericano, México, 1981.
4. MINISTERIO DE SALUD, CHILE. Programa de Salud del Niño y del Adolescente, 1982.
5. MONTOYA A., Carlos. Aplicación del concepto de riesgo en Salud Materno Infantil. Bol. O.S.P. Vol. 77, Nº 2, Agosto, 1984.
6. O.M.S. Método de atención sanitaria de la Madre y el Niño basado en el concepto de riesgo. Publicación en offset Nº 39, Ginebra, 1978.
7. SUAREZ O., Elbio. El enfoque de riesgo en la atención prenatal y materno infantil. Bol. de la O.S.P. Vol. 92, Nº 92, Nº 6, Junio, 1982.