

ATENCIÓN MÉDICA

En nuestra edición anterior estos mismos autores expusieron el resultado de la evaluación de las actividades de un Consultorio Distrital y presentaron una clasificación de la atención médica infantil que surgió del examen de la realidad local. Se pretendía obtener conceptualizaciones útiles como herramientas para mejorar las disciplinas de la Salud Pública.

El presente trabajo esboza la conveniencia de construir un modelo que vincule dos variables: nivel de necesidades y grado de suficiencia de la atención, modelo que resulta útil para analizar la relación entre una población de niños y el sistema de atención médica que se le ofrece.

La información recogida proporciona una idea de la incidencia de la morbilidad general y específica en el primer año de vida y de su distribución etaria.

Morbilidad de Lactantes

Segundo resultado de la evaluación de las actividades de un consultorio distrital

CARLOS MONTOYA A. *

HUGO MUÑOZ C. **

SILVIA MORRIS B. ***

FERNANDO QUINONES L. ****

INTRODUCCIÓN.

En un artículo anterior (1) se indica la posibilidad de que la evaluación de sistemas reales de atención médica permita obtener conceptualizaciones que sean útiles como herramientas para que las disciplinas de la salud pública se desarrollen, nutridas en la realidad de cada país.

En esa publicación se mostró una categorización de los tipos de atención médica recibidos por niños menores de un año. En la presente, el mismo material y el mismo método servirán para sentar los fundamentos de un modo de analizar la morbilidad de ese grupo de edad.

Hasta ahora, los estudios más frecuentes de morbilidad infantil, en Chile, se han basado en casos hospitalizados por diagnósticos específicos, casos que las más de las veces no corresponden a una población de magnitud y características conocidas.

La tabla de egresos hospitalarios según grupos de edad y por causas de morbilidad que publica el SNS contiene clasificaciones suficientemente detalladas; pero se refiere al país en conjunto (2). Por su interés como marco de referencia, se acompaña como anexo una adap-

tación de esa tabla para el último año disponible.

En cuanto a la morbilidad ambulatoria general, los datos disponibles consisten en la distribución de las consultas según diagnósticos, tabuladas para algunos establecimientos. Es una información que no se puede relacionar con número de episodios, con número de consultantes, ni con las características de las personas. De las morbilidades ambulatorias del niño, específicas, la que ha recibido atención especial es el déficit ponderal.

Hace falta, por lo tanto, un método simple que permita elaborar, en los Consultorios y en las Áreas de Salud, una información breve que destaque los rubros principales de la morbilidad y sus relaciones con las características de los niños y con las atenciones que reciben, a fin de conocer localmente la epidemiología de

* de la Unidad de Salud y Atención Materno-Infantil del Departamento de Salud Pública y Medicina Social.

** de la Unidad Occidente del Departamento de Salud Pública y Medicina Social.

*** enfermera, IV Zona (Valparaíso), SNS.

**** médico del Curso de Salud Pública (licenciatura) 1972, del Departamento de Salud Pública y Medicina Social.

las enfermedades y su interacción con el sistema médico.

OBJETIVOS.

El estudio en su conjunto tuvo por objetivos generales:

1) evaluar la atención proporcionada al menor de un año por el Consultorio en sus aspectos programáticos y en la calidad y distribución cronológica de sus actividades.

2) describir las variaciones que se presentan en la utilización de la atención médica entre los distintos niños o entre grupos de niños.

3) encontrar las asociaciones que existieran entre: la atención médica; la morbilidad de los niños; su evolución ponderal; ciertos factores biológicos del niño y de la madre; y ciertos factores del ambiente social y físico.

La parte del estudio que se presenta aquí corresponde a un aspecto del tercer objetivo; que puede precisarse así:

a) describir la morbilidad del menor de un año en términos de categorías de amplia aplicabilidad.

b) utilizar la categorización elaborada para explorar factores y consecuencias de la morbilidad encontrada.

MATERIAL Y MÉTODO.

El estudio se efectuó en el Consultorio La Pincoya del Area Norte de Santiago. Su población asignada era de 37.145 habitantes al 30-6-1972; incluía 1.114 menores de un año.

Se revisaron las fichas clínicas de todos los niños nacidos en el mes de junio de 1971 y que estaban aún activos al cumplir un año. Se encontró a 92 niños que cumplían estas condiciones.

De cada ficha se obtuvieron todas las actividades asistenciales registradas en el primer año de vida, así como diversas características personales de los niños, los episodios de morbilidad clasificados por diagnósticos, y la evolución ponderal. La mayor parte de esta información fue recogida en una hoja de trabajo que, —por su valor práctico—, se reproduce en el diagrama 1.

Se averiguó que los menores de un año habían recibido, en promedio, 8,2 consultas de médico, de las cuales 5,9 correspondieron a morbilidad; las consultas de enfermeras fueron 0,5 por niño. Se estimaron las hospitalizaciones en 0,33 por niño. Se pudo elaborar una tipología de la atención médica recibida por los lactantes, de acuerdo a la cual hay grupos con buena utilización de atención médica y otros con atención irregular; se demostró que cada

tipo se asocia a distintas tasas de hospitalización y a distintas proporciones de atención preventiva y curativa. Esa tipología, se dijo, podría ser útil para la teoría de atención médica y para investigaciones operacionales en este campo (1).

Para el análisis de morbilidad se descartaron 20 lactantes que habrían sido trasladados desde o hacia el Consultorio La Pincoya dentro de su primer año de vida y que por esta causa no tenían registros que comprendieran el año completo.

LAS CATEGORÍAS DE MORBILIDAD.

La morbilidad aguda de los lactantes se puede describir significativamente de acuerdo a los tres criterios siguientes:

1. Número de episodios de cada diagnóstico, en niños individuales o en grupos de niños. Este número es igual o mayor que el número de niños afectados: algunos niños pueden haber sufrido más de un episodio de una misma afección.

2. Presencia o ausencia de ciertas asociaciones de diagnósticos, que niños individuales o grupos de niños hayan presentado en el primer año de vida, cuidando de que la clasificación de asociaciones permita contar a cada niño una sola vez.

3. Presencia o ausencia de ciertos diagnósticos específicos en niños individuales o en grupos de niños; con este criterio, el mismo niño aparece asignado a tantos diagnósticos específicos como haya tenido.

Con cualquiera de los tres criterios se emplea la siguiente lista de diagnósticos, lista que cubre todo lo observado en esta experiencia:

1. Sin patología aguda
2. Afección respiratoria alta
3. Diarrea sin complicaciones
4. Infección cutánea
5. Bronconeumonía, neumonía, neumonitis
6. Diarrea con deshidratación clínica
7. Infecto-contagiosas específicas
8. Bronquitis

<i>Sigla</i>	<i>Número en la Clasificación Internacional (8ª Revisión)</i>
Ra	460-474
D	000-009
Ic	680-686
Bn	480-486
Ds	000-009
IC	032-079 y 320
Rb	490-493

Estos diagnósticos han sido combinados de la siguiente manera, cuando se ha querido ma-

RESUMEN HISTORIA CLINICA CONSULTORIO INFANTIL

N° de orden _____ N° de ficha _____ Grupo _____
 Sexo _____ Residencia _____

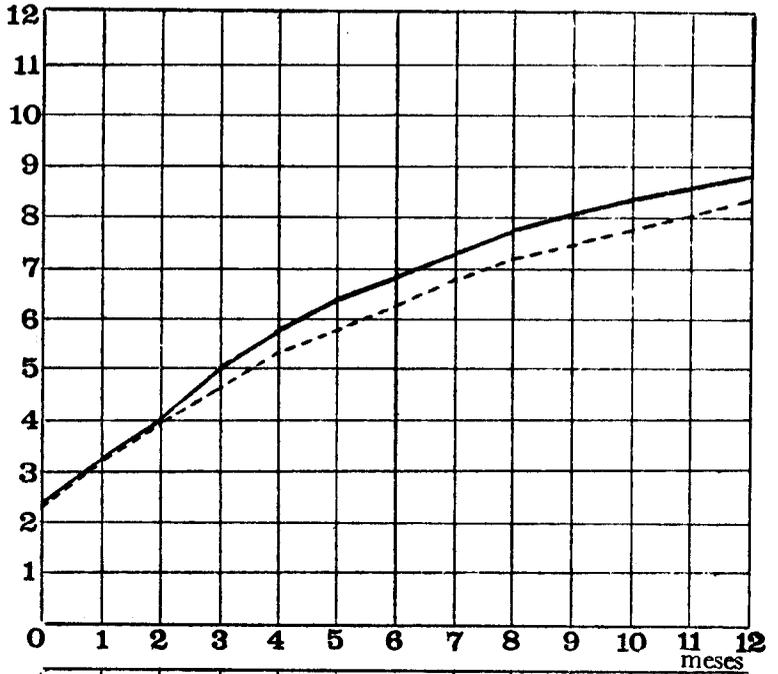
Kg

Asignar cada episodio de enfermedad aguda repetible en la curva:

Diarrea simple :D
 Diarrea c/deshidrat. :DS
 Diarrea c/toxicosis :DT
 Respiratoria alta Ag :Ra
 Respiratoria baja :Rb
 Bronconeumonía :Br
 Infección cutánea u ocular :Ic

Consignar en la curva vitamina D2

Peso al nacer _____ grs.
 — niños \bar{x} - 1 sigma
 . . . niñas \bar{x} - 1 sigma



Hospitalización
 Consultas (N°)
 Visitas (N°)
 Pecho exclusivo
 Sopa
 Malformaciones Congénitas
 Otras enf. congénitas
 Asfixia neonatal
 Traumatismo obstétrico
 Enfermedad hemolítica
 Sepsis neonatal
 Dermatitis seborroide
 Alergia cutánea
 Diarrea crónica
 Enfermedad respiratoria crónica
 Otras infecciones crónicas
 Sarampión
 Coqueluche
 Varicela
 Herpes primario
 Inmunizaciones
 Médico tratante

Edad madre _____ Ocupación padre _____ Estado civil _____
 Paridad _____ Previsión padre _____

nejar la morbilidad según el criterio de asociaciones diagnósticas:

1. Sin patología aguda o sólo con patología "leve"
 - 1.1. Sin patología aguda
 - 1.2. Sólo "leves"
 - 1.2.1. Sólo respiratorias altas
 - 1.2.2. Sólo diarreas sin complicaciones
 - 1.2.3. Sólo respiratorias altas y diarreas
 - 1.2.4. Sólo respiratorias altas y diarreas e infecciones cutáneas.
2. Patología "grave", con o sin patología "leve"
 - 2.1. Sin bronquitis
 - 2.1.1. Bronconeumonía, neumonía, neumonitis
 - 2.1.2. Diarrea con deshidratación clínica
 - 2.1.3. Infecto-contagiosa específica
 - 2.1.4. Bronconeumonía e infecto-contagiosa
 - 2.1.5. Diarrea con deshidratación clínica, e infecto-contagiosa
 - 2.2. Con bronquitis

- 2.2.1. Bronconeumonía, neumonía, neumonitis
- 2.2.2. Infecto-contagiosa específica
- 2.2.3. Diarrea con deshidratación clínica e infecto-contagiosa
- 2.2.4. Diarrea con deshidratación clínica y bronconeumonía

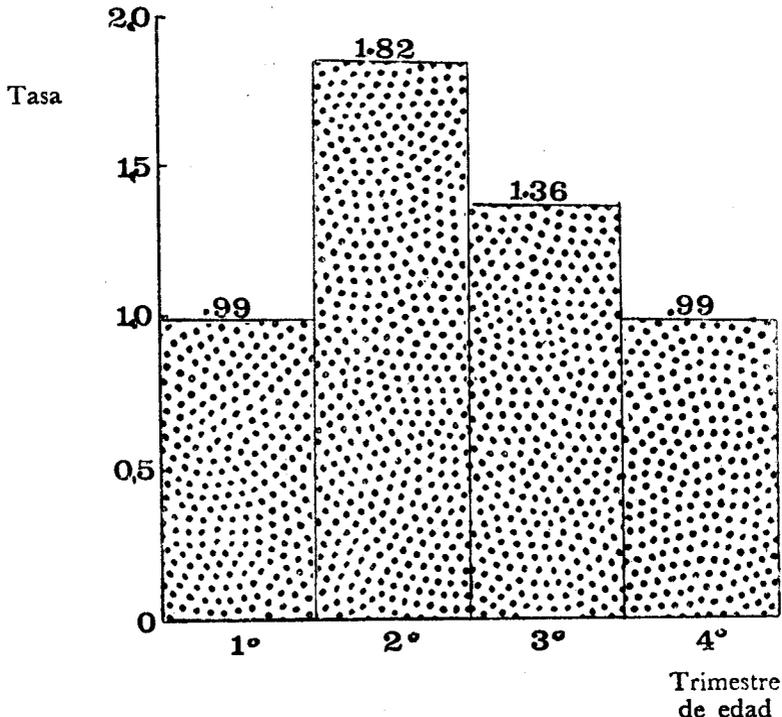
3. Bronquitis, con o sin patología "leve", sin patología "grave".

Finalmente, cuando se desea enfocar el análisis en ciertos diagnósticos específicos, se agrupa a todos los niños que han presentado bronconeumonía, o diarrea, o alguna otra entidad mórbida, con prescindencia de cual ha sido la combinación de diagnósticos que ha caracterizado a cada niño en el primer año de vida.

En cuanto a la morbilidad crónica, ella ha sido considerada más bien como un factor del "terreno" del niño. En esta serie pareció de importancia sólo en dos casos: un niño con dermatitis seborreica, que presentó una evolución ponderal deficiente; y uno con cardiopatía congénita, que falleció en el primer semestre por bronconeumonía.

GRAFICO N° 1

TASA DE EPISODIOS (TODOS LOS DIAGNOSTICOS)
POR TRIMESTRE DE EDAD



RESULTADOS.

TABLA Nº 1

NUMERO Y TASA DE EPISODIOS DE MORBILIDAD AGUDA SEGUN TIPO DURANTE EL PRIMER AÑO DE VIDA, EN 72 LACTANTES ATENDIDOS EN EL CONSULTORIO PINCOYA

Diagnósticos	Nº de episodios	Tasa (episodios por niño)
Respiratoria alta (Ra)	219	3,05
Diarrea sin deshidratación clínica (D)	120	1,67
Infección cutánea (Ic)	20	0,28
Bronconeumonía (Br)	10	0,14
Diarrea con deshidratación clínica (Ds)	8	0,11
Trasmisible específica (IC)	13	0,18
Bronquitis (Rb)	31	0,43
Total	421	5,86

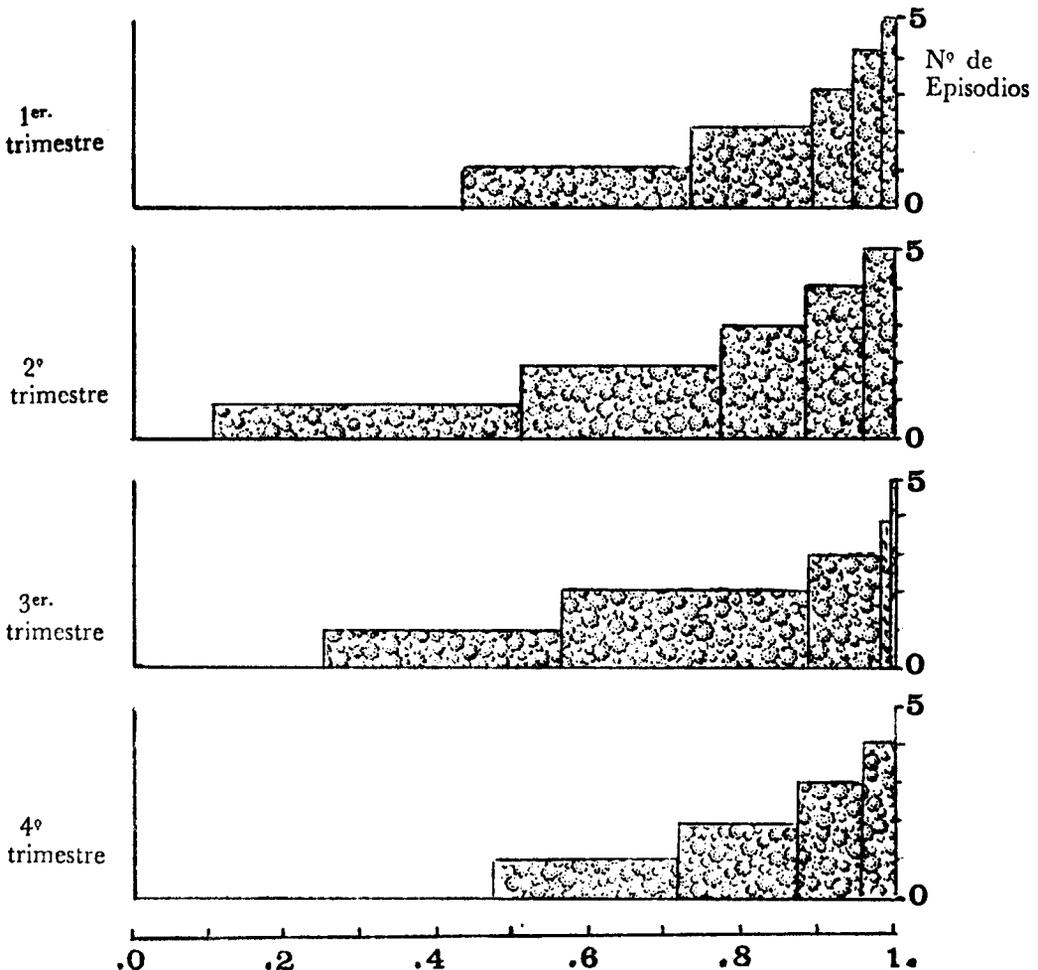
1. La morbilidad aguda en general.

1.1. La incidencia de episodios de morbilidad.

El número y la tasa de episodios de morbilidad en todo el primer año de vida, clasificado por diagnósticos, muestra que en promedio cada niño presentó 5,9 episodios y que de ellos, 3 son enfermedades respiratorias altas. El segundo lugar lo ocupan las diarreas sin complicación y el tercero, las bronquitis. (tabla 1).

GRAFICO Nº 2

DISTRIBUCION DE NIÑOS SEGUN NUMERO DE EPISODIOS (TODOS LOS DIAGNOSTICOS) POR TRIMESTRE DE EDAD



La incidencia total, registrada en el Consultorio, es máxima en el segundo trimestre (Gráfico 1).

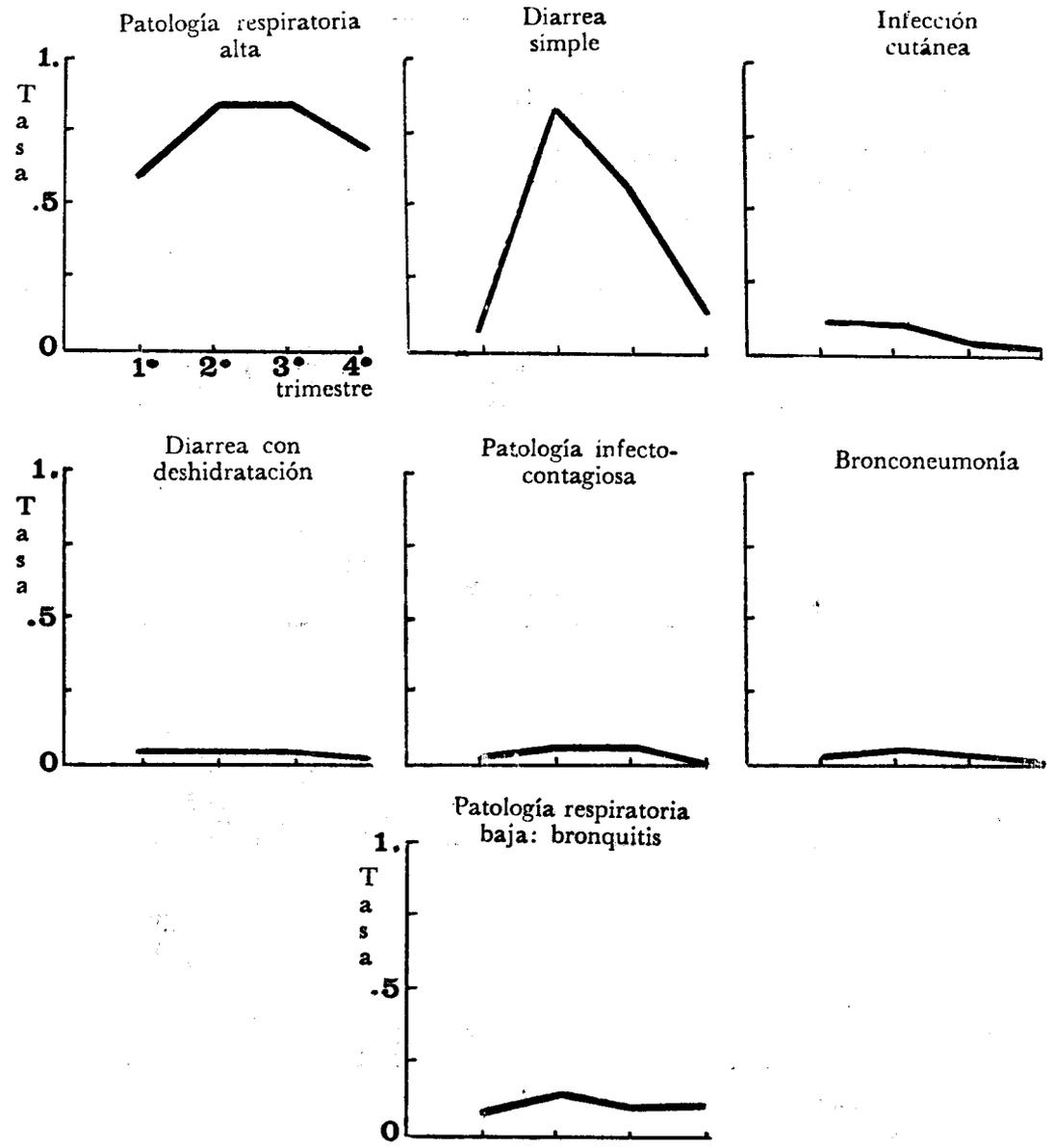
En el 2º trimestre el 90% de los niños presentó algún episodio de morbilidad, y el 21% presentó tres o más episodios. En el 4º trimestre, en cambio, el 43% de los niños no registró morbilidad y sólo el 13% presentó tres o más episodios. (Gráfico 2).

La entidad mórbida que principalmente ex-

plica el exceso de episodios en el 2º trimestre es la diarrea simple; a este efecto debe haber contribuido el hecho de que en los niños de la muestra, nacidos en junio, esa edad coincidió con la primavera, estación en que se inicia la epidemia anual de gastroenteritis, en Santiago. Con todo, las afecciones respiratorias altas y bajas también tuvieron su incidencia máxima en el segundo trimestre; las infecciones cutáneas, en el primero y segundo. (Gráfico 3).

GRAFICO N° 3

TASA DE EPISODIOS SEGUN DIAGNOSTICO Y TRIMESTRE DE EDAD



1.2. *Las tasas de niños que presentaron determinadas asociaciones diagnósticas y determinados diagnósticos, en el primer año de vida.*

Las asociaciones formadas exclusivamente por diagnósticos "leves" reúnen a la mayoría de los niños: 62,5%. Entre éstas, la asociación más

frecuente es aquella constituida por las afecciones respiratorias altas y las diarreas: 32% de todos los niños.

Las asociaciones formadas por diagnósticos "graves" (con o sin diagnósticos leves, y con o sin bronquitos) afectan al 30,5% de los niños.

Las asociaciones que incluyen bronquitis alcanzan al 13,9% de los niños (Tabla 2).

TABLA Nº 2

TASAS DE NIÑOS CON DETERMINADAS ASOCIACIONES DIAGNOSTICAS EN EL PRIMER AÑO DE VIDA (MORBILIDAD AGUDA)

<i>Asociaciones diagnósticas</i>	<i>Nº</i>	<i>Tasa por 100 niños</i>
1. Sin patología aguda o sólo patología "leve"	46	64,0
1.1. Sin patología aguda	1	1,4
1.2. Sólo "leves"	45	62,5
1.2.1. Sólo respiratorias altas	10	13,9
1.2.2. Sólo diarreas sin complicaciones	5	7,0
1.2.3. Sólo respiratorias altas y diarreas	23	32,0
1.2.4. Sólo respiratorias altas y diarreas e infecciones cutáneas	7	9,7
2. Patología "grave", con o sin patología "leve"	22	30,5
2.1. Sin bronquitis	16	22,1
2.1.1. Bronconeumonía, neumonía, neumonitis	4	5,6
2.1.2. Diarrea con deshidratación clínica	4	5,6
2.1.3. Infecto-contagiosa específica	6	8,3
2.1.4. Bronconeumonía e infecto-contagiosa	1	1,4
2.1.5. Diarrea con deshidratación clínica, e infecto-contagiosa	1	1,4
2.2. Con bronquitis	6	8,3
2.2.1. Bronconeumonía	1	1,4
2.2.2. Infecto-contagiosa	2	2,8
2.2.3. Diarrea con deshidratación clínica e infecto-contagiosa	1	1,4
2.2.4. Diarrea con deshidratación clínica y bronconeumonía	2	2,8
3. Bronquitis, con o sin patología "leve", sin patología "grave"	4	5,6
Total	72	100

Al dirigir la atención a las tasas de niños que presentaron una o más veces ciertos diagnósticos considerados, aisladamente, se comprueba que el 11,1% fue afectado por bronconeumonía; el 11,1% por diarrea con deshidratación clínica; y el 13,9%, por bronquitis.

Si estas cifras se comparan con las de la Tabla 1, se comprueba que, en promedio, cada niño que presentó bronconeumonía, fue afectado 1,25 veces por la enfermedad; y que este promedio es de 1 para la diarrea con deshidratación clínica, de 1,18 para las infecciones específicas, y de 3,1 para la bronquitis.

1.3. *Relación de la morbilidad aguda con la utilización de la atención médica.*

Para el análisis de esta relación, se empleó la clasificación de tipos de utilización de atención médica, presentada en publicación anterior (1). Brevemente, dicha clasificación distingue cinco tipos, a saber:

"Tipo 4": Niños con 2-4 consultas de médico, distribuidas homogéneamente a lo largo del primer año.

"Tipo 5-6": Tuvo 5-15 consultas, distribuidas homogéneamente.

"Tipo 7": Tuvo 1-4 consultas, acumuladas en el segundo trimestre o cerca de él, y motivadas aparentemente por sólo un episodio de morbilidad.

"Tipo 8": Tuvo 7-15 consultas, con al menos una acumulación "en bloque". Se define el bloque así: al menos tres consultas sucesivas por morbilidad, concentradas en tres o menos semanas seguidas.

"Tipo 9": Tuvo 16 o más consultas.

En el gráfico 4 se puede observar el tipo de atención médica recibido, como una función del tipo de asociación de morbilidades presentado por los niños. Se ve que hay una atención típica, distinta, según la morbilidad que ha afectado a los niños.

Los que sólo presentaron resfríos u otras enfermedades de las vías respiratorias altas, utilizaron pocas consultas médicas y lo hicieron en forma homogénea a lo largo del año ("tipo 4"). Aquéllos que se caracterizaron por presentar diarrea simple, con o sin otra patología leve,

requirieron en un 60% una atención del "tipo 5-6", es decir más frecuente que el grupo anterior, pero igualmente homogénea.

Cuando los niños tienen patología "grave", su atención típica es de la clase "8", es decir, consultan bastante, pero en torno a emergencias.

Los que tienen bronquitis utilizan el máximo de atención médica ("tipo 9"), sea que tengan o no, además, patología "grave".

En el gráfico 5 se analizan los mismos datos en el sentido inverso: ahora la morbilidad aparece como una función del tipo de atención médica. Con este punto de vista, los niños con atención "4" tienen típicamente una patología respiratoria alta solamente, o son sanos; los que tienen atención "5-6" o "7", presentan diarrea con o sin otra patología leve; los que reciben atención "8", han sufrido patología grave (pero sin bronquitis); y los que reciben atención "9", son casi todos pacientes con bronquitis.

GRAFICO N° 4

PROBABILIDAD QUE TIENEN LOS LACTANTES DE RECIBIR UN TIPO DADO DE ATENCION EXTERNA, SEGUN EL TIPO DE MORBILIDAD QUE PRESENTAN A LO LARGO DEL PRIMER AÑO DE VIDA

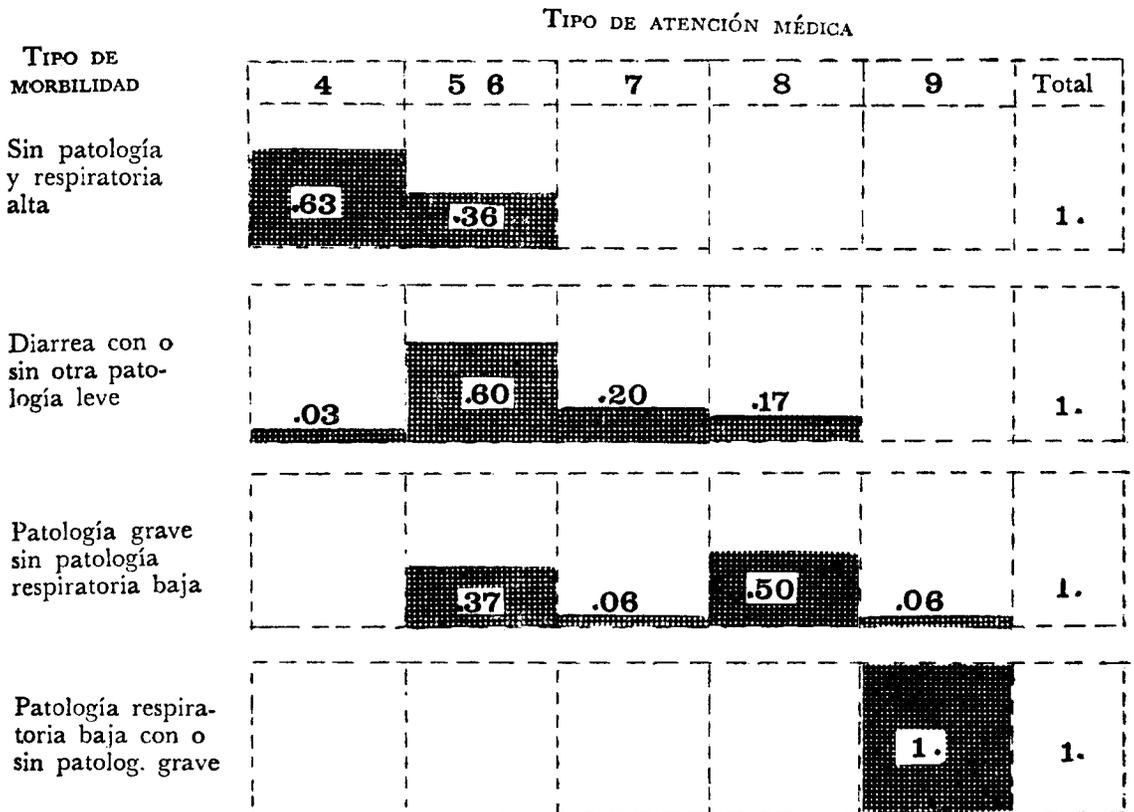
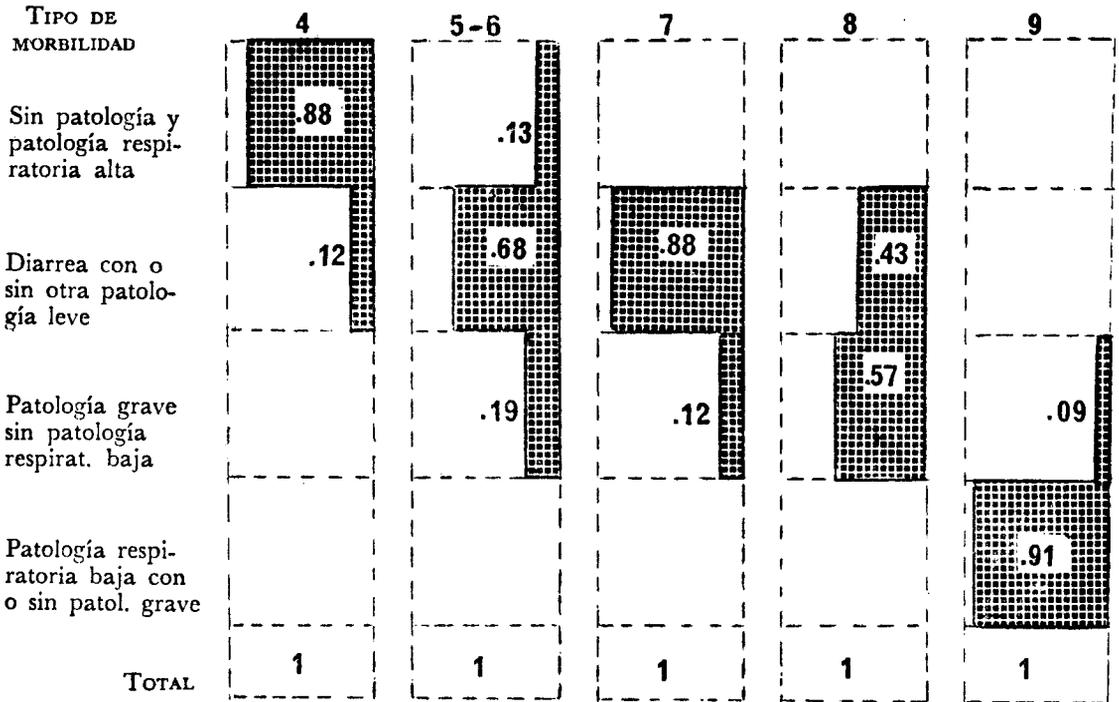


GRAFICO N° 5

PROBABILIDAD QUE TIENEN LOS LACTANTES DE PRESENTAR UN TIPO DADO DE MORBILIDAD SEGUN EL TIPO ATENCION EXTERNA QUE RECIBEN A LO LARGO DEL PRIMER AÑO DE VIDA

TIPO DE ATENCIÓN MÉDICA



1.4. Relación de la morbilidad aguda con la evolución ponderal de los lactantes.

Al analizar esta relación se ha empleado una clasificación de los niños según su evolución ponderal, clasificación que surgió del propio método de este estudio. Se distinguen los grupos siguientes:

Tipo 1 "Eutrofia, curva completa": el trazado de la curva no cae en ningún momento del primer año por debajo del límite mínimo aceptable. Este límite mínimo está dibujado en las coordenadas de la hoja-resumen y corresponde a una desviación standard bajo el promedio, según los resultados de Sylvia Plaza y cols. (3). El límite ha sido tomado en cuenta separadamente para cada sexo.

Tipo 2 "Eutrofia, curva incompleta": la curva del niño no cae bajo el mínimo aceptable; pero el trazado es incompleto (no alcanza hasta los 8 meses de edad).

Tipo 3 "Déficit transitorio": hay déficit ponderal, de acuerdo al criterio mencionado; pero el peso aceptable es recuperado dentro del primer año de vida.

Tipo 4 "Déficit persistente, curva incompleta": hay déficit ponderal; pero el trazado es incompleto.

Tipo 5 "Déficit persistente, curva completa": se produce déficit ponderal, el cual no se recupera dentro del primer año de vida.

Tipo 6 "Canal de prematuridad": corresponde a niños de bajo peso de nacimiento cuyo ascenso ponderal sigue un canal paralelo a la norma, pero por debajo del límite mínimo aceptable.

Los resultados obtenidos permiten fusionar los tipos 1 y 2 en uno sólo, —"eutrofia"—, y los tipos 4 y 5 también en un único tipo, "déficit persistente".

En tanto que la probabilidad de déficit ponderal persistente es de 0,39 para el conjunto de los lactantes, esa probabilidad se eleva a 0,69 para los que tienen patología "grave" (excluidos los casos asociados a bronquitis); y baja a 0,18 para los que sólo tienen enfermedades respiratorias altas.

En cambio la probabilidad de ser eutrófico, que es de 0,46 para el conjunto de lactantes, baja a 0,25 para los niños con patología "gra-

ve" (sin bronquitis asociada) y sube a 0,82 para los niños que sólo tienen enfermedades respiratorias altas.

Una curva con déficit transitorio es típica del grupo con patología grave asociada a bronquitis.

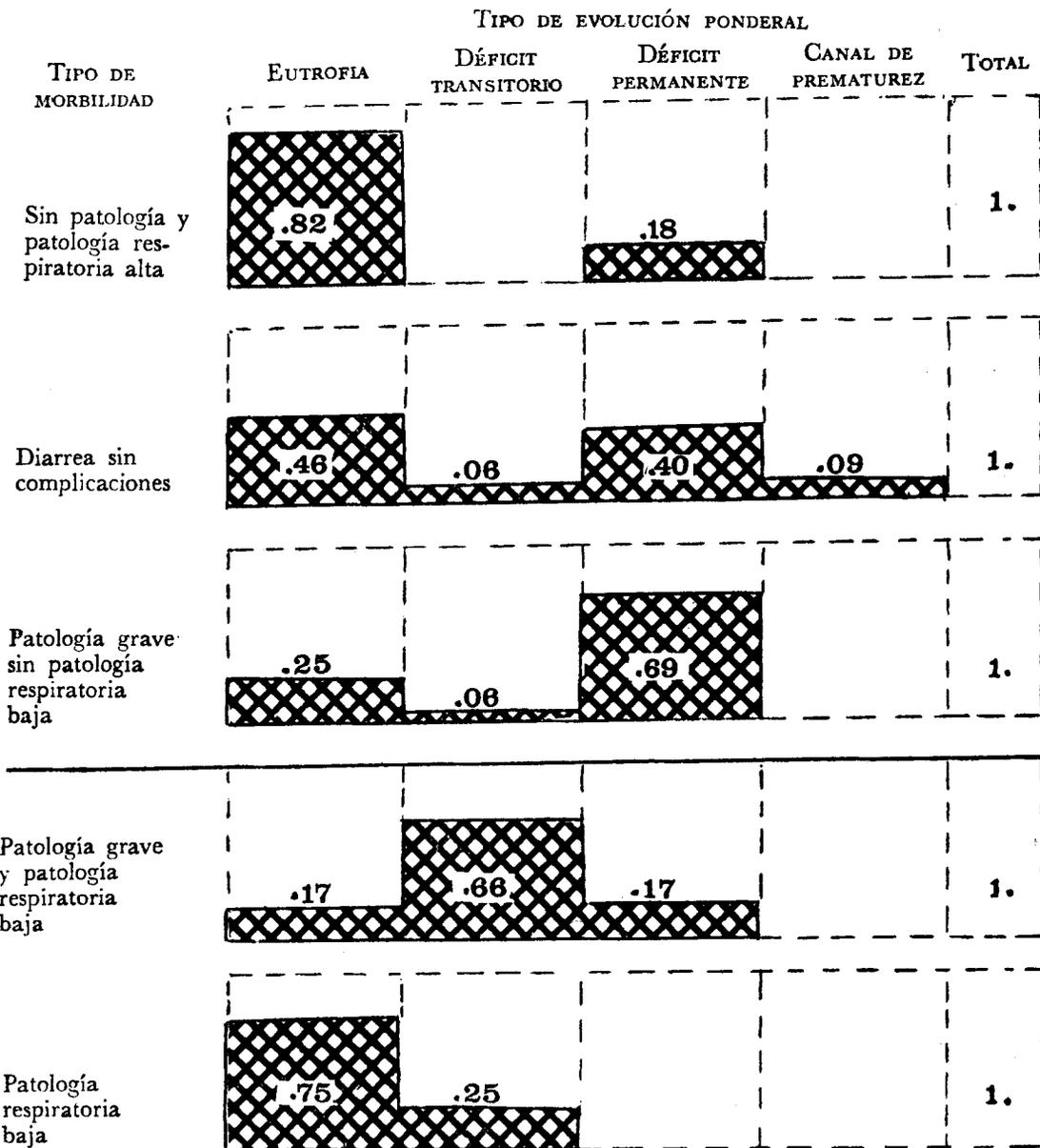
Dentro de la patología "leve", la presencia de diarrea parece conllevar un pronóstico pon-

deral más malo que la presencia de respiratorias altas (Gráfico 6).

Si se considera la misma relación a la inversa, es decir, la morbilidad como función de la evolución ponderal, puede decirse que la probabilidad del grupo total de presentar sólo patología respiratoria alta es 0,15, y que ésta baja a 0 en el grupo con déficit ponderal transitorio

GRAFICO N° 6

PROBABILIDAD QUE TIENEN LOS LACTANTES DE PRESENTAR UN TIPO DADO DE EVOLUCION PONDERAL SEGUN EL TIPO DE MORBILIDAD QUE PRESENTAN A LO LARGO DEL PRIMER AÑO DE VIDA



y a 0,07 en el grupo con déficit persistente, en tanto que sube a 0,27 en el grupo de eutróficos. La probabilidad de presentar patología grave es mayor en el grupo con déficit ponderal persistente (0,39) que en los demás. La pro-

babilidad de presentar bronquitis es máxima (0,50) en el grupo con déficit transitorio. Y no parece haber asociación entre déficit ponderal y diarrea, si se mira la relación en esta forma (Tabla 3).

TABLA Nº 3

PROBABILIDAD DE PRESENTAR DETERMINADA MORBILIDAD SEGUÑ EL TIPO DE EVOLUCION PONDERAL, DENTRO DEL PRIMER AÑO DE VIDA

Tipo de asociación diagnóstica	Eutrofia		Déficit transitorio		Déficit persistente		Canal de premadurez		Total	
	Nº	P	Nº	P	Nº	P	Nº	P	Nº	P
Sin patología y sólo patología respiratoria alta. Diarrea sin complicaciones con/sin otra patología leve.	9	.27	0	.00	2	.07	0	0	11	.15
Patología grave sin bronquitis.	16	.48	2	.25	14	.50	3	1.00	35	.48
Patología grave y bronquitis.	4	.12	1	.12	11	.39	0	0	16	.22
Bronquitis.	1	.03	4	.50	1		0	0	6	.08
	3	.09	1	.12	—	.00	0	0	4	.06
Total	33	1.00	8	1.00	28	1.00	3	1.00	72	1.00

2. Algunos aspectos relativos a enfermedades específicas.

Se procuró utilizar datos consignados en las historias clínicas de los niños, para explorar factores condicionantes de la morbilidad. Al hacer el análisis, se encontró que efectivamente se puede identificar algunos factores, pero su relación no se da con la morbilidad aguda en general, sino con enfermedades específicas. Aquí se muestran las de mayor interés.

2.1. Variables asociadas a la bronconeumonía del lactante.

La bronconeumonía aparecería con mayor frecuencia en hijos de madres de 29 años y menos (Tabla 4). Se concentra, además en niños con número de orden 2, 3 y 4 (Tabla 5); y en niños con una lactancia natural corta, de menos de 3 meses (Tabla 6).

TABLA Nº 4

BRONCONEUMONIA Y EDAD MATERNA

	Edad de la madre				
	15-29 a.		03 y más a.		Ignorada
	n	p	n	p	
Con bronconeumonía	7	.125	0	0	1
Sin bronconeumonía	49	.875	13	1	2
Total	56	1	13	1	3

TABLA Nº 5
BRONCONEUMONIA Y PARIDAD

	<i>Paridad</i>						
	<i>1</i>		<i>2-3-4</i>		<i>5 y más</i>		<i>Ignorada</i>
	<i>n</i>	<i>p</i>	<i>n</i>	<i>p</i>	<i>n</i>	<i>p</i>	<i>n</i>
Con bronconeumonía	0	0	6	.15	1	.063	1
Sin bronconeumonía	15	1	34	.85	15	.937	—
Total	15	1	40	1	16	1	1

TABLA Nº 6
BRONCONEUMONIA Y LACTANCIA

	<i>Duración de lactancia natural exclusiva</i>				
	<i>0-2 meses</i>		<i>3 meses y más</i>		<i>Ignorada</i>
	<i>n</i>	<i>p</i>	<i>n</i>	<i>p</i>	<i>n</i>
Con bronconeumonía	5	.122	0	0	3
Sin bronconeumonía	36	.878	10	1	18
Total	41	1	10	1	21

2.2. *Variables asociadas a la bronquitis.*

niños cuyo peso al nacer es de 3.001 grs. o mayor (Tabla 7).

La bronquitis parece ser más frecuente en

TABLA Nº 7

BRONQUITIS Y PESO AL NACER

	<i>Peso al nacer</i>			
	<i>hasta 3.000 grs.</i>		<i>3.000 grs. y más</i>	
	<i>n</i>	<i>p</i>	<i>n</i>	<i>p</i>
Con bronquitis	1	.05	9	.17
Sin bronquitis	18	.95	44	.83
Total	19	1	53	1

2.3. *Variables asociadas a la diarrea con deshidratación.*

más frecuente en hijos de madres jóvenes, de 24 años de edad y menos (Tabla 8); y en niños del sexo masculino (Gráfico 8).

La diarrea con deshidratación clínica parece

TABLE No 8
DIARRREA CON DEHIDRATACION Y EDAD MATERNA

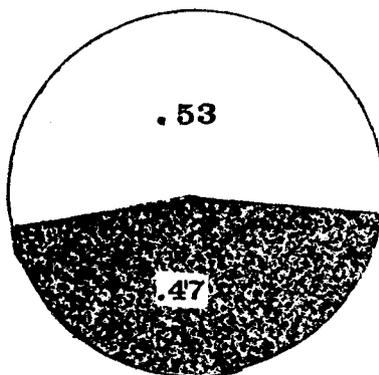
	Edad materna				
	15-24 años		25 años y más		Ignorada
	n	p	n	p	n
Con diarrea grave	7	.20	0	0	0
Sin diarrea grave	28	.80	34	1	3
Total	35	1	34		3

TABLE No 9
ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y PARIDAD

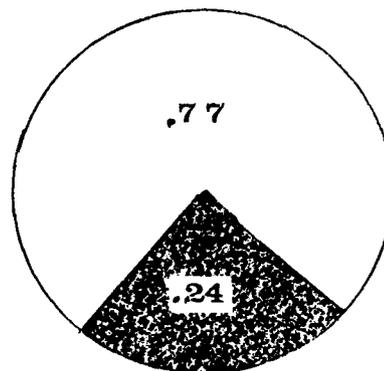
	Paridad				
	1-4		5 y más		Ignorada
	n	p	n	p	n
Con enf. infecciosa	6	.11	5	.31	0
Sin enf. infecciosa	49	.89	11	.69	1
Total	55	1	16	1	1

GRAFICO No 7
PROPORCION DE NIÑOS EN GRUPO DE ASOCIACIONES DIAGNOSTICAS DENTRO DE CADA SEXO

MASCULINO



FEMENINO



Sin patología y patología leve.



Patología grave y patología respiratoria baja.

2.4. *Variables asociadas al grupo de enfermedades infecto-contagiosas específicas.*

Estas enfermedades parecen ser más prevalentes en niños con número de orden alto (Tabla 9) y en los que son de sexo masculino (Gráfico 8).

2.5. *Sexo y morbilidad.*

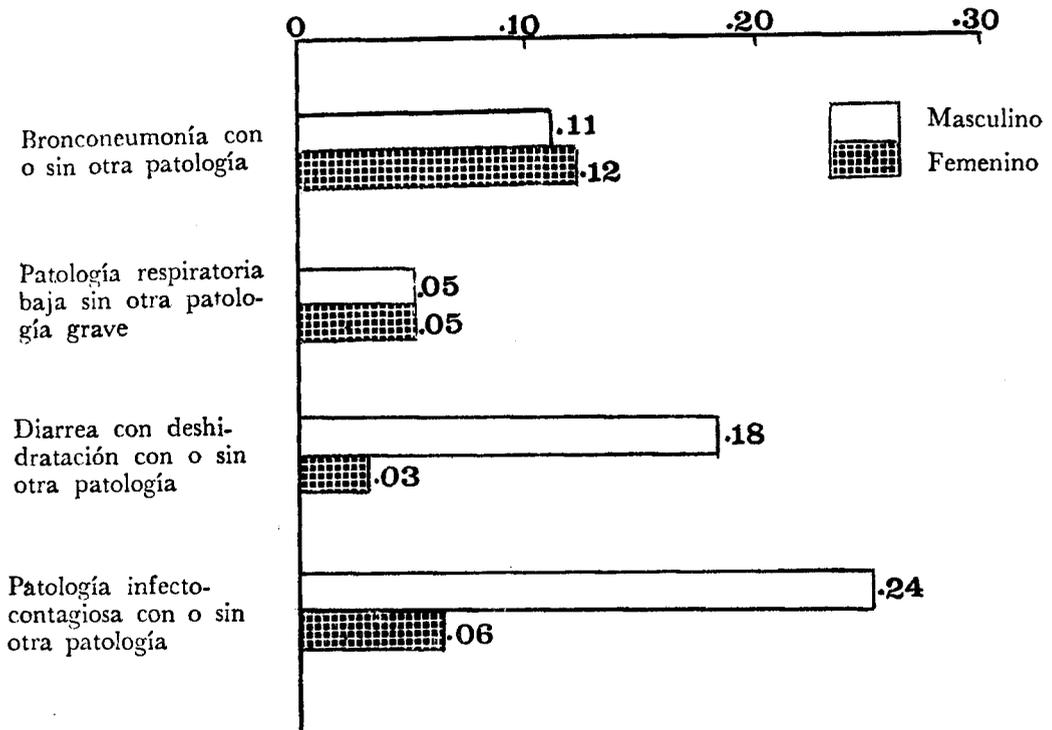
Al agrupar a los niños por sexo, se comprue-

ba que los varones presentan una tasa mayor de patología grave que las niñas (Gráfico 7).

Al detallar la comparación por rubros específicos de morbilidad, es interesante comprobar que toda la diferencia por sexos se debe exclusivamente a dos tipos de patología: la infecto-contagiosa específica, y la diarrea con deshidratación. Esta relación, ya anotada antes, contrasta con la ausencia de diferencia sexual en los casos de la bronconeumonía y de la bronquitis (Gráfico 8).

GRAFICO N° 8

PROPORCION DE NIÑOS CON CIERTOS DIAGNOSTICOS EN EL TOTAL DE CADA SEXO



DISCUSIÓN.

Especial interés presenta la asociación entre morbilidad y atención médica. El administrador de salud pública tiende a pensar en la atención médica como en un factor que influye favorablemente en el nivel de morbilidad. El hombre común considera, probablemente, que el hecho de enfermar hace acudir al médico; y, por lo tanto, que la morbilidad determina el nivel y tipo de atención médica utilizado.

Los datos presentados indican que, para el consultorio que se evaluó, la interpretación del hombre común sería la más adecuada. En efecto, mientras más enferman los niños, más con-

sultas utilizan, en líneas generales. No se da el hecho inverso, de que una atención frecuente parezca determinar un bajo nivel de enfermedad.

Más aún: la consideración conjunta de las dos variables permite visualizar la existencia de distintos grupos de niños, caracterizados por diferentes propensiones a enfermar, que significarían distintos niveles de necesidades objetivas de atención médica, niveles que serían perceptibles por las madres. La atención médica que reciben, resulta en algunos casos suficiente, y en otros, insuficientes; y esto depende para cada niño, de cuál es el nivel de sus necesidades.

Se esboza así la conveniencia de construir un

modelo que vincule estas dos variables, —nivel de necesidades y grado de suficiencia de la atención, modelo que resulta útil para analizar la relación entre una población de niños y el

sistema de atención médica que se les ofrece. Una versión preliminar del modelo es la siguiente:

Grado de suficiencia de la atención	Nivel de necesidades (perceptibles por las madres)	
	Moderado	Alto
Suficiente	5-6	9
Insuficiente	4	8
Muy insuficiente	7	7
Nula	—	—

En los espacios de esta matriz se han colocado los números que designan a aquellos tipos de atención médica de nuestra clasificación que corresponderían aproximadamente a ciertas categorías de dicha matriz.

Por otra parte, no puede negarse una probable influencia de la atención médica sobre la morbilidad. Es sugestivo el hecho de que el grupo con máxima frecuencia de consultas, —tipo “9”—, corresponda casi exclusivamente a niños con bronquitis. En el lactante esta enfermedad tiene sintomatología florida y tiende a repetirse; seguramente esto induce a la madre y al equipo del Consultorio a preocuparse por el niño. La frecuente atención resultante parece tener un efecto protector, pues estos ni-

ños son en alta proporción eutróficos; y cuando sufren además de patología grave, hacen un déficit ponderal transitorio y no persistente (a diferencia del grupo con patología grave no asociada a bronquitis).

Del mismo modo, se puede discutir el sentido de la asociación demostrada entre morbilidad y crecimiento. No parece que el déficit ponderal sea un condicionante significativo de la morbilidad aguda del lactante. Por ejemplo, la proporción de niños que presenta diarrea es la misma entre los eutróficos que en el grupo con déficit ponderal persistente; la proporción de bronquitis es máxima en el grupo con déficit ponderal transitorio. En cuanto a disponibilidad de alimentos, hay que recordar que el

TABLA Nº 10

RELACION CRONOLOGICA ENTRE EL DESCENSO PONDERAL Y LOS EPISODIOS DE MORBILIDAD QUE APARECEN ASOCIADOS A AQUEL

Ubicación del episodio en relación con el descenso del peso bajo del mínimo aceptable	Diagnósticos							Total	
	Ra	D	Patología “grave”			Ra	Rb		Ic
			Ds	Bn	IC				
Antes del descenso		1			1			2	
Coincidente con el descenso	3	14	3	2	3	1	1	26	
Después del descenso	3	3		1				8	
Total	6	18		10		1	1	36	

SNS proporciona leche suficiente a todos. Es más probable que la desnutrición sea secundaria a la precoz, abundante y grave morbilidad aguda que aquí se ha evidenciado; esta morbilidad está a su vez condicionada por las serias deficiencias del ambiente y, tal vez, por factores maternos y perinatales que prolongan su efecto hacia el período "postneonatal" (3).

Con esta hipótesis en vista, se examinó la secuencia cronológica de los episodios de morbilidad en su relación con el comienzo del déficit ponderal (Tabla 10). Siempre hubo algún episodio de morbilidad aguda que pudo asociarse al comienzo del déficit: en 26 casos el episodio coincidió exactamente con el quiebre

de la curva de peso. En cuanto al tipo de morbilidad asociada, los diagnósticos más frecuentes fueron la diarrea simple (50%) y las patologías "graves" (25%).

Del mismo modo cierta morbilidad parece asociarse a la persistencia del déficit ponderal. En la Tabla 11 se compara la morbilidad registrada después del episodio asociado cronológicamente al descenso de la curva ponderal, y se observa que la patología grave y la diarrea simple son más frecuentes en los niños con déficit persistente que en aquéllos con déficit transitorio.

Tabla Nº 11

DISTRIBUCION DE LOS LACTANTES CON DEFICIT PONDERAL SEGUN EL TIPO DE EVOLUCION DEL DEFICIT Y MORBILIDAD REGISTRADA DESPUES DE LA INICIACION DEL MISMO

<i>Morbilidad que se registra después del episodio asociado cronológicamente al descenso de la curva ponderal</i>	<i>Tipo de Evolución Ponderal</i>	
	<i>3 Déficit transitorio</i>	<i>5 Déficit persistente</i>
Respiratorias agudas, a repetición.	4	1
Diarreas, con o sin otra patología leve, a repetición.	2	5
"Graves".	1	5
Sin morbilidad "grave" ni a repetición.	2	2
Total	9	13

Los hechos consignados inclinan a pensar que, efectivamente la morbilidad aguda es determinante del déficit ponderal del lactante, con más frecuencia que a la inversa y que el efecto suele ser inmediato. A una conclusión similar han llegado Frood y cols. (4) en Uganda, al comprobar que las albúminas séricas y las betalipoproteínas disminuyen agudamente con ocasión de los episodios de morbilidad aguda, y particularmente los de sarampión, bronconeumonía, diarrea, bronquitis y malaria. En realidad, un grupo de trabajo de oms (5), sugiere que ya son mejor comprendidos los mecanismos por los cuales la infección podría llevar a malnutrición que los del proceso inverso, y lo mismo era afirmado en 1965 por Donoso y Mönckeberg (8). La consideración de esta hipótesis sería de extraordinaria importancia para el diseño de los programas de atención médica en Santiago.

Finalmente, se ha mostrado el riesgo mayor que parecen tener algunos grupos de niños en cuanto a presentar ciertas afecciones específicas de importancia. Por ejemplo, los hijos de

madres jóvenes, no primíparas; en ellas concurre una menor experiencia con un mayor trabajo doméstico y más probabilidades de contagio entre hermanos. Los varones, como es sabido, tienen ya a esta edad mayor riesgo de morir, de enfermar y de acudir a la atención médica (7); es interesante haber comprobado a que tipo de morbilidad se debe atribuir esa diferencia. Los niños con buen peso al nacer presentarían más bronquitis; esto podría relacionarse con la "protección" contra el déficit ponderal que suministra esta atención. La lactancia natural protegería contra la bronconeumonía; ¿o es la bronconeumonía la que interrumpe la lactancia?

Varias de estas asociaciones plantean una necesidad de investigación. En cualquiera de estos estudios, el método aplicado aquí parece recomendable.

AGRADECIMIENTOS.

Agradecemos las facilidades brindadas para este trabajo por el Director del Consultorio

“Pincoya”, Dr. Carlos García, y por muchos otros miembros de dicho establecimiento, particularmente, por los responsables del Archivo.

Las Sras. Guacolda Ubilla y Patricia Yáñez, docentes del Departamento de Salud Pública, contribuyeron a la realización del estudio, en las primeras etapas.

RESUMEN.

Se presentan los resultados de la evaluación de un Consultorio Distrital de Santiago, en cuanto se refieren a la morbilidad de los menores de un año y a algunos de sus factores y consecuencias.

Se detalla el método empleado para analizar la morbilidad, método que parece eficiente.

La información recogida da una idea de la incidencia de la morbilidad general y específica en el primer año de vida y de su distribución etaria. Se sugiere que la morbilidad es, en general, determinante de la utilización de atención médica, y se sugiere un modelo para el análisis de esta relación. La morbilidad sería, asimismo, en general, determinante de la evolución ponderal, en este medio, en contradicción con la interpretación inversa, que es más prevalente.

Se señalan algunos factores que, como el sexo del niño, la edad y la paridad de la madre, el peso al nacer y la duración de la lactancia natural, influirían en el condicionamiento de ciertas entidades mórbidas específicamente.

B I B L I O G R A F I A

1. Montoya, C.; Muñoz, H.; Morris, S. y Quiñones, F.: “Patrones de atención médica de lactantes: un resultado de la evaluación de las actividades de un Consultorio Distrital”. Cuad. Méd. Soc. 1972, Nº 4 (en prensa).
2. SNS: “Egresos hospitalarios 1968”. Santiago, 1969.
3. Plaza, S. y cols., en: SNS “Normas de supervisión del crecimiento y desarrollo infantil”. CM.1r/25. 4.73. Santiago, 1972.
4. Montoya, C.: “Proyecto de investigación de la epidemiología y atención médica perinatal y del lactante menor”. Departamento de Salud Pública y Medicina Social, Santiago, 1972.
5. Frood, J. D. L.; Whitehead, R. G.; Coward, W. A.: “Relationship between pattern of infection and development of hypoalbuminaemia and hypobeta-lipoproteinaemia in rural Ugandan children”. Lancet 2: 1047 (1971).
6. OMS: “A survey of nutritional-immunological interactions”. Bull. Wld. Hlth. Org. 46: 537 (1972).
7. Donoso, G.; y Mönckeberg, F.: “Desnutrición infantil: consideraciones generales y epidemiología”. Rev. Ch. Ped. 36/5: 301 (1965).
8. Montoya, C.: “Atención Infantil”. Talleres del Departamento de Extensión de la Universidad de Chile. Santiago, 1972.

A N E X O

EGRESOS HOSPITALARIOS DEL MENOR DE UN AÑO, SEGUN CAUSAS Y SUBGRUPOS DE EDAD. CHILE. 1968

(Adaptado de: SNS - Egresos hospitalarios, 1968)

Ciertas causas específicas

<i>Grupos de causas</i>		<i>Nº egresos</i>		<i>Tasa egresos por 1.000 N. niños</i>	
<i>Clasificación Internacional 7ª Revisión</i>	<i>Denominación</i>	<i>0-27 ds.</i>	<i>28 ds.-11 m.</i>	<i>0-27 ds.</i>	<i>28 ds.-11 m.</i>
A1-43	Infeciosas y parasitarias	167	1.906	0,6	7,0
A44-60	Tumores	39	345	0,1	1,3
A61-66	Alérgicas, endocrinas, del metabolismo de la nutrición, de la sangre y órganos hemato-poéticos	37	351	0,1	1,3
A67-69	Mentales (Def. mental)	—	10	—	—
A70-78	Del sistema nervioso y órganos de los sentidos	151	1.445	0,6	5,3
A79-86	Del aparato circulatorio	12	157	—	0,6
A87-97	Del aparato respiratorio	505	13.610	1,8	50,0
A98-107	Del aparato digestivo	146	23.187	0,5	85,0
A108-114	Del aparato génitourinario	30	856	0,1	3,1
A121-126	De la piel y celular; de los huesos y de los órganos del movimiento	66	501	0,2	1,8
A-127-129	Malformaciones congénitas	840	1.038	3,1	3,8
A-130-135	Propias de la 1ª infancia	10.857	2.345	39,9	8,6
A-136-137	Causas mal definidas y desconocidas	5.481	364	20,0	1,3
A-138-150	Accidentes, envenenamientos y violencias	62	719	0,2	2,6
A89-91	Bronconeumonía y neumonía	235	8.333	89,0	30,5
A92-93	Bronquitis aguda y crónica	118	3.299	0,4	12,3
A 104	Gastroenteritis y colitis, salvo diarrea del RN	—	21.200		77,9
A 132	Infecciones del RN	3.376	137	12,4	0,5
	Total				