

ANÁLISIS DE BRONCONEUMONIAS EN MENORES DE SEIS AÑOS EN CENTRO DE SALUD FAMILIAR DE OSORNO*

Cuad. Méd. Soc. XLI, 1-2, 2000/ 40-47

*Dra. Fabiola María Jorge Mora**
Klga. Cecilia Paz Muñoz Cáceres****

RESUMEN

El propósito de este estudio es describir la incidencia de bronconeumonías en nuestra población y su distribución por sector, población y calle, haciendo además una primera aproximación a sus factores de riesgo.

En este estudio descriptivo retrospectivo se realiza una revisión estadística y de fichas clínicas de pacientes que presentaron este padecimiento durante 1998, y a través de salidas a terreno se confirman las malas condiciones socioambientales en que viven.

Entre las conclusiones destacan que durante todo el año los menores de seis años ocuparon los dos tercios de las consultas médicas, siendo la mayoría por patología respiratoria. También una alta concentración de consultas por paciente y una alta ocurrencia de bronconeumonías en determinadas poblaciones y calles.

Considerando esta situación, se pretende investigar los factores reales de riesgo de padecer bronconeumonías en nuestra población para poder planificar y diseñar estrategias de intervención y prevención.

Palabras clave: atención primaria, infección del tracto respiratorio, prevención primaria.

SUMMARY

The purpose of this study is to describe the incidence of bronchopneumonia in our population and their distribution by sector, village and street, doing, furthermore, a first approximation to their risk factors.

The clinical files of the patients presenting with this diagnosis in 1998 were reviewed. Studies in situ confirmed the inadequate socioenvironmental conditions in which they lived.

The under-six-years old accounted for two-thirds of the medical consultations, the majority being for respiratory pathology.

The incidence of bronchopneumonia and the concentration of medical consultations were significantly higher in certain neighbourhoods and streets.

Key words: primary health care, respiratory tract infections, primary prevention.

* Centro de Salud Familiar Dr. Pedro Jáuregui Castro, Rahue, Osorno.

** Médico-cirujano, Médico adjunto Sala IRA del CESFAM, Rahue, Osorno. Coordinadora Programa IRA desde marzo año 2000 a la fecha.

*** Kinesióloga Sala IRA, y Coordinadora Programa IRA del CESFAM, Rahue, Osorno, hasta marzo 2000.

INTRODUCCION

Las enfermedades respiratorias son causa importante de morbimortalidad, agrupando la mayoría de las consultas en nuestro diario quehacer; es una prioridad en la Atención Primaria de Salud y aunque en menor cuantía que en años pasados sigue siendo causa de mortalidad infantil. Son muchos los factores relacionados, no sólo los biológicos, sino también los culturales, económicos, ambientales... (1). Su alta incidencia en morbilidad pediátrica engloba muchas variables significativas, entre ellas la posibilidad de agravamiento y muerte. Preocupa además la posibilidad de secuelas físicas, tanto como las recidivas, los recursos en cuanto a horas médicas y kinésicas, gastos en farmacia, uso y abuso de antibióticos y generación de resistencias. Preocupa el costo que generan en hospitalizaciones, que conlleva riesgo de infección nosocomial, estrés familiar, rotura de apego materno, fracaso de lactancia materna exclusiva en ocasiones, inasistencia escolar y el conocido trauma del delantal blanco.

Este trabajo parte con el objetivo de analizar la incidencia de bronconeumonías en nuestra población, debido a la inexistencia de información al respecto, escogiendo como corte los seis años, puesto que según nuestra experiencia es el grupo de mayor riesgo y con peso específico grande respecto a los escolares. Nos inquietaba conocer el número real de casos de bronconeumonías que habían existido en el período anual 1998, y no sólo ello sino también cuán importante es en realidad la ocurrencia de bronconeumonías respecto del total de consultas en la morbilidad pediátrica y respecto a las consultas respiratorias durante todo el año. Siendo como somos Centro de Salud Familiar, teniendo médicos de familia ya formados y en formación, también surgió la inquietud de conocer la distribución por sectores de esta patología respiratoria, conocer la distribución por poblaciones y calles, ya que ello sería una importante herramienta de trabajo para planificar y diseñar estrategias de intervención y prevención y para priorizar educaciones con Enfoque Familiar y Comunitario. Se pretende comprobar nuestra experiencia clínica que señala poblaciones y calles específicas que presentan un mayor número de bronconeumonías que el resto de la población. Considerando la construcción del nuevo Centro de Salud para la población de Ovejería se realiza una distinción en cuanto a su incidencia. Por constituir Centro de Salud Familiar nos preocupa sobremanera conocer cómo y dónde viven nuestros pacientes, y cuáles son las condiciones que enfrentan a diario.

MATERIAL Y METODOS

El estudio comprende 12 meses, desde enero a diciembre de 1998, siendo el universo las bronconeumonías registradas en la estadística médica durante esos meses en los niños menores de seis años.

Se obtuvo del registro estadístico de morbilidad pediátrica, un informe acerca del total de consultas nuevas habidas cada mes del año 1998, el total de consultas nuevas realizadas por menores de seis años cada mes y de éstas se obtuvieron las consultas respiratorias y las no respiratorias. Además se realizó una búsqueda de todos los casos de bronconeumonías registrados tanto como consulta nueva como control, de todas las que correspondían a menores de seis años, anotando su número de ficha en un registro realizado a tal efecto. Posteriormente se practicó trabajo en el Servicio de Orientación Médico Estadístico (Some) del Centro de Salud, ubicando ficha por ficha y registrando si efectivamente correspondía a bronconeumonía o finalmente había sido otro el diagnóstico. Cuando se registró una bronconeumonía se obtuvieron de la ficha los siguientes datos: sexo, edad, mes en que padeció la patología, así como el sector, domicilio –que incluía población y calle–, y si correspondía a ruralidad.

A fin de favorecer el ordenamiento de los datos se optó por nombrar como Rahue Centro a todas las calles del centro de Rahue y a aquellas limitantes con las poblaciones pero que no pertenecen realmente a ellas, siendo así también para Osorno Centro y para Ovejería Centro.

Como fuentes de información se utilizaron las Hojas de Estadística Médica de Morbilidad Pediátrica del año 1998, la Ficha Clínica de cada paciente que aparecía en ellas como con bronconeumonía, la base de datos del Sistema Per-Cápita del Centro de Salud, que se utilizó para corroborar y en algunos casos corregir las direcciones que aparecían en la ficha clínica incompletas, dudosas o múltiples, y también el Registro de Traslados de Consultorio para ubicar algunas fichas que no fue posible ubicar en Some. Se utilizaron además los datos facilitados por el Servicio de Salud de Osorno en cuanto a población para el Centro de Salud de Rahue y población de Ovejería. Se utilizó el mapa de la sectorización de la población para corroborar los sectores rubricados en las fichas clínicas.

Se realizaron salidas a terreno para conocer la realidad de las poblaciones y calles más afectadas.

Se utilizaron los Microsoft EXCEL y WORD para la construcción de tablas y gráficos y para

ayuda al análisis estadístico. Se realizó mapa epidemiológico con ayuda del programa COREL PRINT HOUSE 2000.

Consideración Técnica

En nuestro Centro de Salud se diagnostica bronconeumonía según criterio fundamentalmente clínico, realizado en Primera Consulta, apoyado en todos los casos por Examen Radiológico de Tórax, con el que se confirma el diagnóstico dentro de las 24 horas siguientes, en Segunda Consulta. En nuestro contexto es posible contar con otras pruebas complementarias (Hemograma, VHS, PCR, Virus Respiratorios, IFD y otros) que se solicitan según el caso y con criterio más restringido. La primera consulta se realiza en el Centro de Salud, pero también en el Servicio de Atención Primaria de Urgencia, y en la Asistencia Pública del Hospital Base de Osorno; a todos los casos, incluyendo a pacientes hospitalizados (que se refieren al Centro tras su egreso) se les realiza seguimiento y alta en el Centro de Salud, quedando registrados en nuestra estadística. No disponemos de registros en los casos que consultaron a médico particular y no se controlaron en el Centro de Salud, ni de aquellos casos más complejos que se controlaron en la policlínica Broncopulmonar Infantil del Hospital Base tras su egreso hospitalario, pero nuestra experiencia señala que, para nuestra población beneficiaria, su número

es escaso, al punto de no influir significativamente en nuestro estudio.

El criterio clínico por lo tanto fundamenta el diagnóstico inicial y su registro como bronconeumonía en la hoja de registro diario de morbilidad. En la Segunda Consulta el diagnóstico se mantiene o se modifica, motivo por el cual se revisó la ficha clínica de todos los pacientes; los casos en que se modificó el diagnóstico inicial se registraron como falsos positivos o sobrediagnósticos y de ellos interesó su número y distribución mensual.

Sectorización

El Consultorio Dr. Pedro Jáuregui Castro inicia su conversión a Centro de Salud en el año 1997. Con el objeto de facilitar el diagnóstico de los problemas de salud y la aplicación más adecuada de las intervenciones, fue necesario dividir el territorio del Centro en sectores, lo que facilita además una relación más estrecha entre el equipo de salud y la población que allí habita (4). La sectorización de la población se realizó teniendo en cuenta criterios geográficos, culturales, socio-demográficos y epidemiológicos (Ver Mapa de Sectorización).

La población asignada, según cifras INE, es de 40.841 habitantes, y la población beneficiaria total es de 25.448 habitantes, ambas cifras para el año 1998 (5). La población beneficiaria de niños meno-

MAPA EPIDEMIOLOGICO DE LOS CASOS DE BRONCONEUMONIA Y DE SECTORIZACION DE LA POBLACION BENEFICIARIA DEL CENTRO DE SALUD FAMILIAR DR. PEDRO JAUREGUI CASTRO



(Los casos fuera de la zona de sector simbolizan las bronconeumonías rurales)

res de 6 años, en el año 1998, fue de 3.464, y su distribución por sectores en ese año fue de 931 para el sector 1, 727 para el sector 2, 825 para el sector 3, y 981 para el sector 4. El sector 4 incluye la población de Ovejería (población beneficiaria de 601 niños menores de 6 años), y la población rural.

La dotación del Centro en el año 1998 es de 7 médicos (220 hr/sem), 5 dentistas (143 hr/sem), 5 enfermeras (198 hr/sem), 3 matronas (132 hr/sem), 3 nutricionistas (110 hr/sem), 2 asistentes sociales (88 hr/sem), 20 auxiliares paramédicos (880 hr/sem), 6 administrativos (264 hr/sem), 1 chofer (11 hr/sem), y 9 auxiliares de servicio (352 hr/sem). El tipo de construcción del Centro es de albañilería reforzada, con 1.588 m² de superficie construida y una relación de 25,7 hab/m². La situación del área asignada al Centro de Salud dista entre 2 y 4 km. del centro de la comuna de Osorno.

RESULTADOS Y ANALISIS

Estadística General de Bronconeumonía

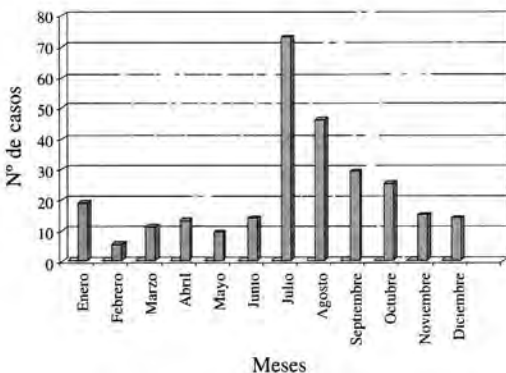
Se obtuvieron 335 diagnósticos de bronconeumonía, de los cuales 273 fueron confirmados (81,5%), 58 fueron falsos positivos (17,3%) y 4 no confirmados por traslado de consultorio (1,2%). Del total de la población beneficiaria menor de seis años el 7,9% padeció bronconeumonía.

Mes y Estación

Se constató una mayor incidencia en la época invernal -54,2%- seguido de un 19,8% en primavera, y un 13,2% en otoño y 12,8% en verano. Los meses con mayor registro fueron julio (73), agosto (46) y septiembre (29) (Ver Gráfico 1).

GRAFICO 1

Casos de bronconeumonía (en números absolutos) según distribución mensual (Enero a diciembre de Izda. a Dcha.)



Falsos Positivos

El 17,3% del total de diagnósticos corresponde a falsos positivos o sobrediagnósticos.

Sexo

Del total de casos registrados 131 corresponden a hombres (48%) y 142 a mujeres (52%). Se realizó una tabulación de los datos según sexo y distribución mensual (Ver Tabla 1).

Ruralidad

Del total de bronconeumonías, el 5,1% corresponde al sector rural, habiéndose registrado 14 casos durante el período anual (un 3,7% de nuestra población rural beneficiaria), con mayor incidencia en invierno y verano.

Estadística Respiratoria General

Del total de consultas de morbilidad (que contabilizaron 14.845) los dos tercios corresponden a niños menores de seis años, llegando hasta un 89% en el mes de agosto. De éstas, el 70% pertenecen a consulta respiratoria, y de ellas el 4% fueron bronconeumonías. Se realizó estudio según mes del año (Ver Tabla 2).

Sectores

Del estudio por sectores se desprende que de las 273 bronconeumonías, el 31,9% se registraron en el sector 1, el 29,3% en el sector 2, el 20,5% en el sector 3 y el 18,3% en el sector 4; esto es en números absolutos y sin considerar la población de cada uno de ellos. Considerando ésta, el sector 2 presentó mayor incidencia (11%), seguido del sector 1 (9,4%), luego el 3 (6,8%) y por último el 4 (5%). Para la población de Ovejería se calculó una incidencia de bronconeumonías en menores de seis años de un 3,5%.

Se realizó una tabulación de los datos según sectores y distribución mensual (Ver Tabla 3).

Poblaciones

Se registraron bronconeumonías durante el año 1998 en 24 poblaciones de nuestra comuna, además de las calles agrupadas como Rahue Centro,

TABLA 1

Distribución mensual de bronconeumonías según sexos (en números absolutos)

Sexo	Ene.	Feb.	Mar.	Abr.	May.	Jun.	Jul.	Ago.	Sep.	Oct.	Nov.	Dic.	Total
Hombre	11	4	6	6	7	6	33	24	11	8	6	9	131
Mujer	8	1	5	7	2	8	40	22	18	17	9	5	142

TABLA 2

Análisis de la estadística de la morbilidad pediátrica registrada durante 1998, importancia relativa de las patologías respiratorias y de las bronconeumonías respecto al total de consultas nuevas registradas en el total de población y específicamente en menores de seis años. Ello presentado según su distribución por mes y su total anual. Datos registrados en Centro de Salud Dr. Pedro Jáuregui Castro

Mes	Consultas nuevas en morbilidad pediátrica	Consultas nuevas en menores de 6 años	Consultas menores de 6 años respecto al total	Consultas respiratorias en menores de 6 años	Consultas respiratorias en menores de 6 años respecto al total	Otras patologías en menores de 6 años	Total de BRN en menores de 6 años	BRN en menores de 6 años respecto al total de consultas respiratorias
Ene.	954	601	63%	338	56%	263	19	6%
Feb.	651	475	73%	237	50%	238	5	2%
Mar.	1.525	721	47%	540	75%	181	11	2%
Abr.	1.216	889	73%	621	70%	268	13	2%
May.	1.262	685	54%	461	67%	224	9	2%
Jun.	1.477	1.174	79%	785	67%	389	14	2%
Jul.	1.784	1.210	68%	885	73%	325	73	8%
Ago.	1.104	985	89%	661	67%	324	46	7%
Sep.	1.324	820	62%	650	79%	170	29	5%
Oct.	1.228	785	64%	561	72%	224	25	5%
Nov.	1.229	820	67%	651	79%	169	15	2%
Dic.	1.091	697	64%	496	71%	201	14	3%
Total	14.845	9.862	66%	6.886	70%	2.976	273	4%

TABLA 3

Distribución mensual de bronconeumonías según sectorización de la población (En números absolutos)

Sectores	Ene.	Feb.	Mar.	Abr.	May.	Jun.	Jul.	Ago.	Sep.	Oct.	Nov.	Dic.	Total
Sector 1	4	0	2	6	4	4	24	18	9	8	6	2	87
Sector 2	4	1	5	3	1	5	22	14	7	7	3	8	80
Sector 3	4	2	1	1	2	4	16	3	9	7	4	3	56
Sector 4	7	2	3	3	2	1	11	11	4	3	2	1	50

Osorno Centro y Rural. El 61,6% del total se concentra en sólo cinco de todas las anteriores, éstas son: Población Quinto Centenario (19,8%), Rahue Centro (13,9%), Población Schilling (13,2%), Población Ovejería (7,7%) y Población Alday (7%). El restante 28,4% se encuentra disperso en las poblaciones Rahue II, Davanzo, García Hurtado de Mendoza, Cipriano Uribe, Villa Quilacahuín, Po-

blación Juan Antonio Ríos, y con menor representatividad las poblaciones Bienestar, Villa Almagro, Osorno Centro, Moyano, Pedro Aguirre Cerda, Francisco Pizarro, Lago Rupanco, Mirasur, El Mirador, Montecinos, Bellavista, Villa Rahue, Panorámica, El Bosque y Villa La Misión. El orden que se ha seguido para nombrarlas también expresa su orden decreciente en porcentaje.

Calles

De las cinco poblaciones con mayor ocurrencia, las calles con mayor relevancia son:

- Población Quinto Centenario (54): calles Madrid (10), Asturias (7), Cádiz (6), 12 de Octubre (6) y otras (Alicante, Barcelona, Gerona, Soria, Sevilla, La Misión, Chorrillos, Cuenca, Cataluña, Pamplona, San Martín).
- Rahue Centro (38): calles Victoria (7), Tarapacá (4), Santiago (4), Chillán (3) y otras (Valparaíso, David Rosas, Por La Razón o La Fuerza, República, Antofagasta, Talca, Concepción, Lautaro, Santa Teresita, Bellavista, E. González, Pasaje San Juan).
- Población Schilling (36): calles Gabriela Mistral (11), René Schneider (10), San Antonio (5), Santa Rosa (4) y otras (Buenavista, La Costa, El Mirador).
- Población Ovejería (21): Ovejería Centro (11) que incluye las calles Felizardo Asenjo, Puerto Aravena, Pasaje Hott, Villalobos, Santa Ester, García Hurtado y Pasaje Urriaga; y Poblaciones de Ovejería (10) que incluyen la Juan de Dios Guajardo, 21 de Mayo y Juan Pablo II, Villa Primavera, Las Mercedes.
- Población Alday (19): calles Caupolicán (6), Pasaje Schilling (4), y otras (Las Camelias, San Pedro, Curicó, Mejillones, Bío-Bío, Atacama).

También destacan entre las calles con mayor ocurrencia las siguientes: 1° de Mayo (10) de la población Davanzo y Pedro Montt (8) de la población Rahue II.

Tasa de Consultas

Se realizó un cálculo de la tasa de consultas para el año 1998 de los menores de seis años, teniendo como población total 3.464 y 9.862 consultas de morbilidad durante el año para esa edad, dando como resultado 2,8.

Visita a Terreno

De las calles visitadas se constató que la mayoría se encontraba en malas condiciones, sin pavimento, desniveladas, pedregosas y polvorientas, sin aceras, con hoyos, lodazales, gran cantidad de basuras (sin recolectores públicos ni particulares) y perros callejeros, además de contar con sitios eriazos y muy escasas áreas verdes. Respecto de

las viviendas, son casas pequeñas (hacinamiento), de construcción ligera, mediaguas y mejoras, algunas con pozos negros, mal aisladas del exterior (ventanas plásticas y de género, en general escasas y pequeñas), y en regular estado de conservación. Se encontraron grupos de jóvenes de ambos sexos en esquinas en horas de colegio y laborales, lo que da cuenta del alto índice de desempleo juvenil y deserción escolar, además de la ocasional presencia de adultos ebrios.

Realidad Local del Sector 2

Siendo el sector 2 el de mayor incidencia de bronconeumonías se buscó conocer su realidad local. Según los datos ofrecidos por un estudio biodemográfico y socioeconómico del sector (6), utilizando el Sistema Per-Cápita del Centro de Salud y el Programa Epi-Info 6.04 se pudo constatar que la mayoría de hogares son de tipo nuclear, completos e incompletos (la mitad de los jefes de hogar son solos, sin cónyuge ni conviviente); 4,5% analfabetos y 43,2% con enseñanza básica incompleta; el 58,5% con ingreso mensual del grupo familiar menor a 100.000 pesos; 62,2% indigentes; y con tasa de desocupación del 11,3%. Las ocupaciones más frecuentes son trabajador de servicio no clasificado, empleada doméstica y obrero no clasificado. En las viviendas, el 41,3% posee pozo negro, 3,7% sin luz eléctrica y 2,1% sin agua potable. El total de familias en riesgo social (según los parámetros del sistema Per-Cápita) es del 64,5%.

CONCLUSION Y DISCUSION

Estadística General de Bronconeumonías y Falsos Positivos

Este es el primer trabajo de este tipo realizado en nuestro Centro de Salud. No nos es posible, por tanto, declarar si la cifra real de bronconeumonía en nuestra comunidad fue mayor o menor que en años anteriores, como tampoco lo es con el total de consultas respiratorias y consultas por otras patologías. No podemos realizar comentarios o conclusiones al respecto; sin embargo nuestro propósito debe ser reducir de ahora en adelante a una incidencia menor al 7,9% actual.

Casi el 20% de los diagnósticos registrados en la estadística médica del año 1998 fueron falsos positivos; de ello se desprende que la sospecha diagnóstica aumentó significativamente el número

ro de registros de bronconeumonías del año, lo que conlleva a un mayor gasto de insumos (medicamentos, radiografías, controles...) y un mayor nivel de estrés familiar. Sin embargo, ello no lo consideramos un error diagnóstico, sino más bien un exceso de preocupación del profesional en detectar la patología y ponerle pronto tratamiento y cuidados adecuados. El aumento de falsos positivos fue mayor en invierno y verano.

Sexo

Por otra parte, en nuestro medio no hay una diferencia estadística significativa en relación al sexo del paciente y la ocurrencia de bronconeumonía. No se observó dominancia de sexo ni por estación ni por mes del año.

Mes y Estación

Como era de esperar, se registró un aumento de incidencia en los meses de invierno, cuyo peak se observó en los meses de junio, julio y agosto, y manteniendo un nivel basal el resto de los meses del año.

Ruralidad

Sólo 14 de todas las bronconeumonías detectadas durante el año 1998 fueron registradas en pacientes rurales; ello contradujo nuestra visión preliminar al estudio, en que asociábamos ruralidad con gravedad de los casos dando a estos pacientes prioridad de atención.

Tasa de Consultas

Nos sorprende, sin embargo, la tasa de consultas de nuestra población infantil. Ello podría deberse a la mejora en el acceso a consulta médica (importantes esfuerzos se han ido realizando para disminuir el número de rechazos) y a lo acogedor y grato del entorno físico del Centro, verdadero ambiente de encuentro social. También a la existencia de grupos de población reticentes aún a asumir su autocuidado y el de sus familias. Nuestro reto debe ser fomentar el autocuidado y continuar profundizando en educación a la población.

Sectores, Poblaciones y Calles

Confirmando nuestra experiencia clínica aparecen las calles Gabriela Mistral, René Schneider

de población Schilling y la calles Madrid de la Quinto Centenario y la 1° de Mayo de la población Davanzo con el mayor número de bronconeumonías. Los sectores 1 y 2 concentran casi los dos tercios de diagnósticos de bronconeumonías (ver Mapa Epidemiológico). El sector 1 muestra una gran concentración de casos, su área geográfica es comparativamente menor, su densidad de población es mayor que para el resto de sectores, las condiciones habitacionales y ambientales son precarias. Siendo el sector 2 el de menor población infantil, es el que concentra la mayor proporción de bronconeumonías (nótese cómo este sector es el que tiene mayor superficie de contacto con el río Rahue), y al contrario que el sector 4, que teniendo mayor cantidad de población tiene menor incidencia (la población de Ovejería, incluida temporalmente y por ahora en nuestra población beneficiaria, presentó una incidencia de 3,5% frente al 7,9% del total).

De esto se desprende la necesidad de intervención tanto en educación para la salud como en mejora de medio habitacional y de entorno ambiental, lo que involucra la participación tanto del equipo de salud como de las autoridades locales competentes.

Comentario

La realización de este trabajo fue laboriosa y complicada debido a que toda la información fue recopilada de forma manual, ocupando más horas de las que realmente necesita una investigación de estas características, lo que ha frenado seguramente el interés de otros profesionales para el desarrollo de proyectos o planes de investigación. Por ello consideramos de suma importancia habilitar un sistema computacional con alcance estadístico que permita un fácil acceso a estos datos, y que estamos seguros estimularía la elaboración de trabajos de mayor complejidad y dirigidos específicamente a la problemática más sobresaliente de la población beneficiaria.

Proyección

En Osorno se utiliza la clasificación de Riesgo de Morir por Neumonía que se realizó en el Servicio de Salud Metropolitano Suroriente de Santiago a comienzos de la década (1), que considera factores que no nos satisfacen por completo. Además de presentar una realidad que no necesaria-

mente representa la del resto de regiones del país; se refiere más a mortalidad que a morbilidad, que sí es significativa en nuestro medio. La Tasa de Mortalidad por Neumonía en menores de 5 años en Osorno en el año 1998 fue de 19,2 por 100.000 habitantes, registrándose bajo 20 desde el año 1995 (7). Habiendo satisfecho uno de nuestros objetivos principales, como era la constatación de sectores y calles con mayor ocurrencia, y una primera aproximación a la realidad local y a factores que podrían estar influyendo en ello, socioeconómicos y ambientales, surge la inquietud de investigar los factores específicos de riesgo que tiene nuestra población beneficiaria para el padecimiento de bronconeumonía (será interesante también conocer los factores protectores presentes en las poblaciones con menor incidencia). Para ello se cuenta con la colaboración de las Damas Voluntarias de nuestro Centro de Salud, formadas como Monitoras de IRA. El objetivo último es construir un Modelo que nos permita intervenir en el futuro previendo adecuadamente esta patología respiratoria, programar estrategias de intervención individualizadas y también comunitarias más focalizadas.

BIBLIOGRAFIA

1. Véjar Mourgues, L. "Infecciones Respiratorias Agudas y Tuberculosis en la Infancia". Manual para Atención Primaria de Salud. Ministerio de Salud, Servicio de Salud Metropolitano Suroriente. Santiago de Chile, 1992.
2. "Bioestadística para Carreras del Area de la Salud". Universidad de Chile, Escuela de Salud Pública, 1995.
3. Ministerio de Salud. De Consultorio a Centro de Salud. Marco Conceptual. Capítulo 3: "Descripción General del Centro de Salud". República de Chile. Santiago, junio, 1997.
4. "Salud Municipal, Visión Actual y Futura, 1998". I. Municipalidad de Osorno, Departamento de Salud, y Universidad de Concepción, Consultores. Impresos Andalién, Concepción, 1998.
5. Jorge Mora, F. M. "Investigación Diagnóstica de Situación de Salud, Sector 2 Rahue". Documento del Centro de Salud Familiar Dr. Pedro Jáuregui Castro, Osorno, 2000.
6. Estadísticas de Salud del Servicio de Salud de Osorno, Subprograma Infecciones Respiratorias Agudas, 1998.