



Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL

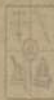
Rosalba Flores

Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

UNIVERSIDAD DE CHILE
DE USO
EXCLUSIVO
EN BIBLIOTECA
ESCUELA DE ENFERMERAS

Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

UNIVERSIDAD DE CHILE



Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL ESCUELA DE ENFERMERAS



Museo Nacional de Medicina

TUBERCULOSIS EN EL ESCOLAR

PAPEL DE LA ENFERMERA SANITARIA

por

ELSA DIAZ CACERES

Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Memoria para optar
al título de
Enfermera Sanitaria

1944



Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL

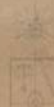


Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina



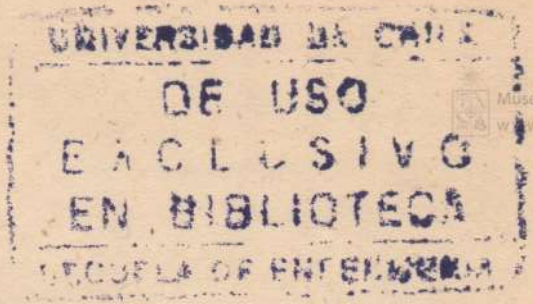
Museo Nacional de Medicina

T
616.9
D 542
7/44

TUCH
ENF
1944
D542
e 1



Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



UNIVERSIDAD DE CHILE



Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina

ESCUELA DE ENFERMERAS



Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

TUBERCULOSIS EN EL ESCOLAR

PAPEL DE LA ENFERMERA SANITARIA

por



ELSA DIAZ CACERES

Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Memoria para optar al
título de Enfermera
Sanitaria.



Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

1944



Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

06221



Rosalba Torres

INTRODUCCION

La salud del escolar es y ha sido siempre la preocupación de todos los organismos gubernamentales. Desgraciadamente, no siempre se ha hecho una campaña efectiva en pro de ella.

Dentro de la morbilidad del escolar, tiene especial importancia, la tuberculosis, por cuanto es el contagio más difundido en nuestro país, y la enfermedad que más funestas consecuencias ocasiona en la colectividad.

El niño es la esperanza del mañana y de su desarrollo y preparación depende el futuro de un país. En consecuencia, es deber ineludible del Estado, cuidar de toda la población escolar.

En el presente trabajo, expongo cifras estadísticas del porcentaje de tuberculosis en el escolar, estudiando las causas más frecuentes que intervienen en ella.

La profesión de Enfermera Sanitaria a la cual pertenezco, es relativamente nueva (desde el año 1927), y ha sido en el campo del escolar, donde primeramente se ha desarrollado.

Posiblemente no es por todos conocida, la acción que ella ejerce dentro de este importante campo.

Espero que el contenido del presente trabajo, ayude a la comprensión de ella.





Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

He dividido mi trabajo en los siguientes puntos:

- I- Generalidades sobre epidemiología y lucha anti-tuberculosa.
- II- Tuberculosis en Chile.
- III- Comparación con la mortalidad por Tuberculosis de otros países.
- III-Escolares en Chile.
- IV- Frecuencia de la Tuberculosis en los escolares.
Investigación de la alergia.
Control radiológico.
- V- Relaciones de la Tuberculosis con la edad y sexo.
- VI- Factores que influyen en la Tuberculosis del escolar.
- VII- Organización del Servicio Médico Escolar.
- VIII- Papel de la Enfermera Sanitaria, en la Tuberculosis del escolar.
- IX- Ilustración.
- X- Conclusiones.

Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL

I- GENERALIDADES SOBRE EPIDEMIOLOGIA Y LUCHA ANTI-TUBERCULOSA.

Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL

La Tuberculosis como enfermedad, se remonta a los primeros pasos que dió la civilización en el mundo. Los que se ha dedicado al estudio de ella, dicen que apareció con la civilización.

Las características de endemia grave y las epidemias, se iniciaron en Europa, en el transcurso del siglo XVII. En América del Norte, a principios del siglo XIX, se registraron en diversas ciudades del Norte y Sur, cifras que corresponden a la fase epidémica, y en América del Sur y Asia, a comienzos del siglo XX, aún cuando es probable que anteriormente se hayan presentado focos de relativa consideración.

El desarrollo epidémico de la Tuberculosis, en el Continente Europeo, se ha manifestado por ondas sucesivas, que desde Inglaterra y Alemania, se propagaron a los países nórdicos y de la Europa Central, para alcanzar luego a los países Mediterráneos.

Es en los países primeramente afectados (Inglaterra, Alemania), donde se observa en la actualidad, las cifras más bajas de mortalidad por Tuberculosis.

Se ha visto que ha precipitado la difusión de la enfermedad, la penetración de la civilización, junto con el comercio. Así, estudios epidemiológicos han comprobado que en América, la Tuberculosis ha ido invadiendo el Continente, a medida que el comercio ha penetrado en él.

En estos últimos 15 años, en la Costa Sud-Americana del Pacífico y Asia, se han registrado las cifras más altas de mortalidad por Tuberculosis, que corresponden a las que se observaron en Europa en el siglo XVIII.

La Tuberculosis sigue en los distintos países, una evolución análoga; en una primera fase, se manifiesta en forma esporádica.

ca y atenuada, para en una segunda fase, producirse la Tuberculosis masiva o epidémica con caracteres peligrosísimos para la colectividad. En una tercera fase retorna a la fase endémica hasta ahora irreductible.

Vemos así, como en la iniciación de la enfermedad, interviene la reunión de grandes masas humanas, el desarrollo rápido de la vida urbana, las nuevas vías de comunicación, la industria, los trabajos de Colonización por explotaciones mineras o agrícolas, y el aumento rápido de las poblaciones de las ciudades por desplazamiento de los campesinos.

Cuando la industrialización se produce en núcleos con buena habitación, salario alto y buenas condiciones higiénicas, no se observa el grado epidémico, sino en forma atenuada. Por lo tanto los factores determinantes de la curva de tuberculización, se encuentran en grado directo con la reunión de masas humanas en condiciones higiénicas deplorables.

La extrema difusión de la enfermedad determina la frecuencia considerable de la enfermedad e infección en la infancia. Al disminuir en forma importante el número de enfermos en la colectividad, se reduce rápidamente la mortalidad en los primeros años de la vida, como igualmente al evitar la propagación del contagio y la repetición del mismo en el núcleo familiar.

Estudios hechos al respecto, dividen las tasas de mortalidad, en relación con el standard de vida de las poblaciones.

Dicen de una Tuberculosis "adicional y basal".

La Tuberculosis basal, corresponde a la que tienen los pueblos de 30 a 80 por 100.000 habitantes, y que es imposible hacer bajar con la lucha anti-tuberculosa. Corresponde a la Tuberculosis endémica o de descenso.

La Tuberculosis adicional, es aquella que sube de las cifras indicadas. La tienen los pueblos pobres, en los cuales la Tuberculosis está aún en su forma epidémica. Esta Tuberculosis adicional tiene relación exclusiva con el standard de vida y no tiene nada que ver con la Medicina. Sólo al Gobierno le corresponde un papel frente a ella, levantando el nivel de vida de las poblaciones desposeídas, que no tienen los medios biológicos necesarios de defensa.

La finalidad de la Medicina Social, es pues preparar individuos aptos para la lucha, ricos en salud y vigor.

II-TUBERCULOSIS EN CHILE

En Chile mueren más o menos 20.000 tuberculosos por año, es decir un 4% de la población.

El porcentaje de mortalidad por Tuberculosis, es el más alto del mundo, alcanza a 350 o 400 por 100.000 habitantes.

Según el cálculo de Framighan, tendríamos en el país un total de 200.000 enfermos tuberculosos.

Dentro del territorio chileno, vemos que hay provincias cuya mortalidad por Tuberculosis es muy alta, por ejemplo, Magallanes, con 500 por 100.000 habitantes. Esto se debe a su gran desarrollo industrial, que atrajo a casi todos los pobladores de las Islas vecinas que venían vírgenes de la Tuberculosis, y por lo tanto se contagiaban y morían rápidamente. Lo mismo sucedió en la Provincia de Tarapacá, donde en 1936 la mortalidad por Tuberculosis fué de 460 por 100.000 habitantes. Santiago y Valparaíso, ocupan el tercer lugar en mortalidad por Tuberculosis.

Las Provincias de más baja mortalidad por Tuberculosis, son: Valdivia, con un alto standard de vida y Chiloé, donde aún no han llegado los progresos de la Industria.

A continuación, un esquema del porcentaje de mortalidad por Tuberculosis, en diferentes países:



<u>País</u>	<u>Año</u>	<u>Porcentaje</u>
CHILE	1935	350 x 100.000 hbs
FINLANDIA	1934	191 "
JAPON	1935	191 "
PORTUGAL	1935	162 "
HUNGRIA	1935	159 "
URUGUAY	1935	129 "
FRANCIA	1934	126 "
ESPAÑA	1935	107 "
SUIZA	1936	95 "
ITALIA	1936	87 "
ALEMANIA	1934	72 "
INGLATERRA	1936	69 "
CANADA	1936	61 "
ESTADOS UNIDOS	1936	56 "
NUEVA ZELANDA	1935	39 "

Se comprueba con esto, que es en los países de alto estándar de vida, como Estados Unidos y Canadá, donde la Tuberculosis ha bajado hasta adquirir niveles bajísimos que constituyen la Tuberculosis basal; en cambio en pueblos notoriamente pobres como el nuestro, las cifras se elevan por sobre 100 por cada 100.000 habitantes.



Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL

III- ESCOLARES EN CHILE :

Nuestra población escolar primaria de niños entre 5 y 15 años de edad, es de 560.000 matriculados en las diferentes Escuelas del país, calculándose que aproximadamente 240.000 niños más, se encuentran al margen de la Escuela; todo esto sin contar los alumnos de las Escuelas Particulares.

Hasta el momento no se ha efectuado en esta gran masa de la población, ningún estudio epidemiológico de importancia, que permita deducir un plan nacional de lucha anti-tuberculosa.

IV- FRECUENCIA DE LA TUBERCULOSIS EN LOS ESCOLARES.

Sobre un total de 28.100 escolares examinados entre 6 y 15 años de edad, el 9,6% presentó Tuberculosis pulmonar activa.

Tomando una investigación en masa como en Quinta Normal, sólo fué de 2%.

Las formas de reinfección son más frecuentes entre 12 y 13 años de edad, y por eso es de gran importancia el control radiológico y tuberculínico en esa edad.

1- INVESTIGACIÓN DE LA ALERGIA.

La práctica del Test tuberculínico, es de enorme importancia, tanto desde el punto de vista clínico, como epidemiológico. Sabemos que una reacción de tuberculina positiva en el menor de tres años, significa no sólo infección, sino que además enfermedad tuberculosa. Después de los tres años, una tuberculina positiva sólo nos permite asegurar que el bacilo de Koch ya se ha hecho presente; es decir se trata de una infección bacilar que puede o no puede estar actualmente en evolución. Cuando las reacciones tuberculínicas son negativas, se debe considerar para su interpretación todos los procesos morbosos anergizantes, por ej:

sarampión, distrofia, etc. en que el organismo no es capaz de reaccionar frente al agente microbiano.

La tuberculina positiva, en un niño de edad escolar, aunque no nos dice si actualmente está enfermo o no, es de un alto valor epidemiológico, pues nos permite deducir el índice de tuberculinización de una población.

En un trabajo original, el Dr. Manuel Neira, divide el estudio tuberculínico en tres grupos de escolares:

1)-Escolares clínicamente sospechosos, tomados desde Agosto de 1938 hasta el 31 de Diciembre de 1941, sometidos al test tuberculínico 25183 escolares de 5 a 15 años de edad. De éstos, 18301, o sea el 72,6% eran tuberculino positivos.

2)-Escolares supuestos sanos de la Comuna Quinta Normal. En un total de 6583 escolares de esta Comuna, 2902, es decir el 44,8% eran tuberculino positivos.

3)-De 3523 escolares del grupo anterior, se llegó en la práctica del test tuberculínico hasta el punto 1×10 . De éstos 2429 o sea el 68,94% eran tuberculino positivos.

De todo esto se deduce el alto índice de tuberculización de nuestro medio escolar primario: 88,94%.

Estudiando más a fondo a estos niños tuberculino positivos, se vió que del primer grupo (18301), era:

Normales	10.074	55,04%
Tbc. de primo infección	1.834	10,02%
Tbc. de reinfección	207	1,13%
Sospechosos	161	0,87%
Tbc, residual	5.922	32,35%

En el segundo grupo, (2429) niños tuberculino positivos,

eran: Normales	1.678	69,16%
Tbc. de primo infección	43	1,77%

Tbc.de reinfección	13	0,53%
Sospechosos	4	0,16%
Tbc.residual	684	28,15%

Del tercer grupo, 1094 escolares tuberculínicos positivos,

eran: Normales	1.028	93,96%
Tbc.de primo infección	2	0,18%
Tbc.de reinfección	-	-
Sospechosos	-	-
Tbc.residual	60	5,48%

De esto se deduce que el test tuberculínico sólo es de

positivo valor, a condición de llegar si es necesario a la intradermo reacción de Mantoux al 1 x 10.

La observación porterior de los niños tuberculino negati-

vos examinados de la Comuna Quinta Normal(1094), el 17% presentó tuberculina positiva después de un año de observación. De éstos,

el 8% presentó tuberculosis pulmonar activa y el 3%, lesiones residuales. En consecuencia el 89% de estos escolares, no presentó evidencia clínica ni radiológica de una primo infección tuberculosa, lo que es una prueba palpable de la benignidad de la infección bacilar a esa edad.

2)-CONTROL RADIOLOGICO.

El examen radiológico, constituye actualmente, junto al test tuberculínico, el método epidemiológico fundamental del diagnóstico de la tuberculosis pulmonar en el niño.

Actualmente, de acuerdo con la Anatomía Patológica, se aceptan dos grandes divisiones de la tuberculosis pulmonar infantil:

- 1-Tuberculosis de primo-infección, y
- 2-Tuberculosis de reinfección.

Se entiende por tuberculosis pulmonar de primo-infección todas las lesiones que determina la infección bacilar a partir de

su primer contacto en un organismo virgen, sin que haya habido entre un proceso y otro, una fase intermedia de curación clínica y radiológica evidente. En esta primera forma, se catalogan, ya sea tuberculosis ganglionar, ganglio-pulmonar y sus complicaciones precoces o tardías, benignas o graves (pleuresías, neumonías, etc.)

En la tuberculosis de reinfección, se engloban todas las formas de tuberculosis pulmonar en aquellos casos que ya anteriormente han hecho una primo-infección, con curación clínica y radiológica evidente.

En el mismo trabajo, el Dr. Manuel Neira, se refirió al examen radiológico de 35.000 escolares primarios, que dividió en dos

grupos:

1-Un primer grupo de 28.100 niños de Escuelas Primarias, sometidos a exploración radiológica entre Agosto de 1938 y el 31 de Diciembre de 1941. Estos escolares tenían antecedentes tuberculosos y eran clínicamente sospechosos.

2-En un segundo grupo, se englobaban escolares de la Comuna Quinta Normal, o sea provenientes de una colectividad supuesta sana.

A todos estos escolares, se les hizo examen clínico e investigación de la alergia tuberculosa y luego se examinaron a Rayes en el Departamento del Niño. En total se examinaron 6.969 escolares.

En el primer grupo (28.100 niños) 2699 corresponden a tuberculosos pulmonares activos, es decir un 9,6%.

En el segundo grupo (6.969 niños), 135 corresponde a tuberculosis pulmonar activa, es decir un 1,93%.

En resumen, la frecuencia real de la tuberculosis pulmonar activa en nuestro medio escolar primario, es baja: 1,93%.

Los tipos de tuberculosis de primo-infección más frecuentemente observados en la pantalla, en 2.517 casos, se desdoblan de la manera siguiente:

Formas ganglionares	1.140	45,29%
Formas ganglio-pulmonares	685	27,21%
Formas pulmonares	621	24,67%
Formas cavitarias	14	0,55%
Formas diseminadas	8	0,32%
Pleuresías	49	1,94%

Los casos de tuberculosis de reinfección, relativamente bajos, se desdoblan de la siguiente manera en 317 casos:

Con lesiones moderadas	219	69,08%
Con lesiones extensas	55	17,35%
Con lesiones cavitarias	43	13,56%
Diseminaciones		

V-RELACIONES DE LA TUBERCULOSIS CON LA EDAD Y SEXO .

1-EDAD Y TUBERCULOSIS.

Es indudable el aumento del porcentaje de contagio tuberculoso en relación directa con la edad.

En un estudio hecho a este respecto en 35.000 escolares, se vió el resultado siguiente:

Edad	Tuberculosis de primo-infección.		Tuberculosis de reinfección	
	1º grupo	2º grupo	1º grupo	2º grupo
7 años	13,12%	2,50%	0,08%	0,19%
8 "	11,18%	1,77%	0,27%	0,25%
9 "	10,78%	2,08%	0,35%	0,10%
10 " 22	7,78%	1,65%	0,81%	0,71%
11 "	6,84%	0,89%	1,06%	0,49%
12 "	7,54%	0,59%	1,66%	0,28%
13 "	6,14%	1,34%	2,10%	1,0%



14 años	4,96%	2,09%	1,76%	0,52%
15 "	3,32%	0,77%	3,97%	0,77%

Vemos, pues, que la frecuencia de la tuberculosis de primo infección, es inversamente proporcional a la edad; en cambio las formas de reinfección, están en razón directa con ella.

Es interesante el hecho de que a los 12 o 13 años de edad, sucede un aumento brusco de los procesos de reinfección, para a continuación descender en la misma forma. Este fenómeno es interpretado como consecuencia de los grandes cambios inmuno-biológicos que se originan en el organismo a esa edad, en relación con la aparición de los caracteres sexuales secundarios.

De aquí se desprende la necesidad de vigilar atentamente el momento de la pubertad en los escolares que hayan hecho anteriormente una primo-infección tuberculosa.

2-SEXO Y TUBERCULOSIS.

No hay en realidad una diferencia fundamental pero al hacer el estudio de las formas de reinfección, se constata de una manera evidente, un mayor porcentaje en los escolares del sexo femenino, aproximadamente de casi el doble.

El siguiente cuadro hecho al respecto, nos da una idea:

	Mujeres	Hombres
Normales	75%	78,74%
Tbc. de primo-infección	1,36%	1,66%
Tbc. de reinfección	0,56%	0,29%
Sospechosos	0,14%	0,20%
Tbc. residual	19,70%	18,89%
Otras lesiones	0,45%	0,20%

Resumiendo, se deduce: -En toda lucha anti-tbc. se observará cuidadosamente a aquellos escolares, que habiendo hecho ya una pri-

mo infección bacilar, lleguen a la época de la pubertad; y entre éstos especialmente a las mujeres.

WWW.MUSEOMEDICINA.CL

VI-FACTORES QUE INFLUYEN EN LA TUBERCULOSIS DEL ESCOLAR.

La tuberculosis como enfermedad eminentemente social depende, pues, de factores también sociales. Estos se pueden dividir en: factores económico sociales directos e indirectos.

Factores económico sociales directos.

1-Contagio familiar:-Es un importante factor de tuberculización, Las estadísticas demuestran que los tuberculosos, salen de hogares tuberculosos. Se ha demostrado que el 28% de tuberculosos, son hijos de tuberculosos. Por otra parte los pediatras piensan que el niño pasado los seis meses de contacto con sus padres tuberculosos, han hecho ya de por sí un complejo primario.

La vida familiar, hace que la agrupación sea causante que los niños se infecten en edad muy temprana.

2-Contagio escolar:-La vida escolar, hace que se reúnan los niños, en la época en que están en plena período de desarrollo. A esto se agrega el cansancio de los estudios o los juegos; el hecho muy común de que la Escuela, por tratarse de lugares amplios, sean sitios escogidos para reuniones políticas y también para elecciones. Aquí se reúne, pues, toda clase de gente y los enfermos que a ella asisten, dejan la infección.

Por último dentro de la vida escolar, tenemos dos factores, que por revestir gran importancia, los analizaré en detalle.

Se trata de: el edificio escolar y el profesorado.

a)-El edificio escolar:-En nuestro país la escasez de recursos y sobre todo la falta de iniciativa de las autoridades, hace que recién ahora se le esté dando la importancia que realmen-

te merece este punto. Hasta hoy día se han utilizado como Escuelas, casas particulares que no ofrecen ninguna comodidad ni ventaja para aquellos niños que han de permanecer en ella hacinados en una sala durante varias horas, separados por un breve intervalo. Este intervalo es insuficiente para que el aire se renueve completamente, y así vuelve a ser ocupada por un grupo de niños que respirará este aire así viciado, cargado de agentes patógenos, en especial tuberculosos.

Generalmente en invierno, son piezas frías, que producen en los escolares afecciones de las vías respiratorias, y a favor de los enfriamientos muchas veces evoluciona el bacilo tuberculosos en el organismo.

b) - El profesorado: - Este factor tiene suma importancia, ya que los profesores, se encuentran en contacto actual, íntimo y continuado con el escolar primario.

Según observaciones hechas, el índice de tuberculización para el escolar primario que recién ingresa a la Escuela, es de 60,27%, que traduce el elevado porcentaje de contagio en el núcleo familiar. A la edad de 13 años, este índice se eleva a 74,44%. De este aumento son responsables las nuevas situaciones que ocurren al niño a partir de los 7 años de edad y entre éstas, la principal, por no decir la única de importancia, es su condición de escolar.

Veamos, ahora, el contagio tuberculoso del profesor.

De 1.511 profesores, que en los últimos 4 años, habían pedado licencia por enfermedad, en Santiago, el examen radiológico

dió el siguiente resultado :

Normales	1.132	74,91%
Tbc. pulmonar activa de primo infección	55	3,64%



Sospechosos	15	0,99%
Tbc.residual	282	18,66%
Otras lesiones	27	1,78%

0,99%
18,66%
1,78%

Como se ve el porcentaje de enfermos tuberculosos en el profesorado primario es alto. Sobre un total de 55 profesores bacilares, sólo ha sido posible verificar los datos y evolución posterior correspondiente en 40 de ellos.

La edad de estos profesores, oscilaba entre 21 y 48 años. Estos profesores enfermaron de tuberculosis pulmonar después de un promedio de 10 años y 11 meses de encontrarse en servicio activo, y en el 27,5% de los casos, se trató de lesiones avanzadas y altamente contagiosas.

De éstos, 22 profesores continuaron en servicio ininterrumpido, sin que en ningún momento hayan hecho uso del más mínimo descanso; 16 profesores continuaron en servicio activo por un promedio de 161 días después de haber sido constatada su lesión pulmonar; 2 habían sido ya tomados por el Servicio Médico Nacional de Empleados en el momento de su pesquisaje.

Todo esto sirve para aclarar el caso de una epidemia observada por Redeker, la cual se originó por un maestro con laringitis tuberculosa. Esta epidemia escolar, causó hasta tres muertes en los niños de la mencionada Escuela.

En los alrededores de Santiago, se cita el caso de una Escuela, en que la Directora y profesora, ambas tuberculosas avanzadas, se turnaban para hacer clases, pues el establecimiento de salud, no les permitía el trabajo simultáneo, obligándolas a hacer el reposo alternado en cama.



Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Todos los autores están de acuerdo en que el contagio masivo y repetido, desencadena formas graves en la tuberculosis de primo-infección. Por lo tanto la profilaxia de la exposición del escolar, obliga a una vigilancia severa, y en conclusión, el maestro tuberculoso no debe enseñar.

Factores económico-sociales indirectos :-son aquellos relacionados con el standard de vida.

1-Alimentación:-Es indudable, que frente al contagio bacilar, harán una tuberculosis grave o al menos complicada, aquellos niños que se encuentran en inferioridad orgánica. Son estos escolares desnutridos, los que habiendo salvado en forma favorable al primer contagio tuberculoso, están más expuestos a contraer de nuevo la infección y ahora en su forma de reinfección, lo que es serio y grave por su cronicidad y rebeldía al tratamiento.

Según estudios hechos en escolares, aproximadamente el 75% de ellos, presentan desnutrición en 1º, 2º o 3º grado.

La alimentación de nuestro pueblo, cada vez se convierte en un problema más sombrío y angustioso, por el hecho de que rápidamente se eleva el costo de la vida. Es así como el obrero chileno, a pesar que le dedica a la alimentación un 50 u 80% de su salario, no alcanza ésta, ni en cantidad ni en calidad, a las necesidades vitales del organismo.

Una encuesta elaborada por el Profesor Dr. Custodio Muñoz, y puesta en práctica en la Escuela Superior de Hombres Nº 122, puso en evidencia los siguientes datos, sobre alimentación: un 44% de los escolares estudiados, tenían una alimentación insuficiente, por lo cual era necesario darles desayuno o almuerzo en la Escuela.



Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

2-La vivienda:-Un francés Juillerat, ha hecho un documentado estudio, de las casas de París. Ha hecho un plano detallado de cada casa, del número de sus habitantes, de la morbilidad y mortalidad por tuberculosis. A continuación ha hecho un plano separado en que figuran el número de personas por habitación y ha visto que donde existe más morbilidad y mortalidad por tuberculosis, es en aquellas casas donde existe lo que él llama "super población", o sea, más de tres personas por habitación.

Estadísticas hechas en Chile, han comprobado que la habitación del obrero, está compuesta por una sola pieza, en la cual viven alrededor de 4 personas. Un estudio hecho por el Profesor Dr. Custodio Muñoz, en la Escuela 42, ha comprobado que sólo un 30% de las familias de estos escolares viven en casas independientes y el otro 70% se descomponía así:

Conventillos	26,6%
Cité	24,6%
Pieza en casa particular	8,6%
Mejora o rancho	10,0%

Vemos así como esta promiscuidad e insalubridad de la habitación, favorece el desarrollo de las enfermedades infecto-contagiosas y muy especialmente de la tuberculosis.

3-El vestido :-Estudios realizados en las Escuelas Primarias de Santiago, por el Profesor Dr. Custodio Muñoz, permite establecer condiciones verdaderamente precarias en el estado del vestuario de los alumnos.

En la Escuela 22 de Hombres, se comprobó, que un 74% de los alumnos, carecían de sobretodo; alrededor de un 30% no tenían ni una sola prenda de ropa interior, consistiendo su único vestido en un overoll. Entre ellos se comprobó también una proporción

apreciable de niños sin zapatos, considerándose sin embargo que los tenían, aún aquellos que los llevaban en extremo destrozados.

Museo Nacional de Medicina

Constituye también, un problema de vestido, las deficiencias en la ropa de cama.

Sabemos por encuestas realizadas en la vivienda popular, que las familias disponen de muy pocas camas, y que es de regla que en un mismo lecho duerman varias personas. La ropa de cama es escasa, de modo que no es posible cambiarla semanalmente.

Como se comprende, gracias a esta promiscuidad de lecho, y escasez de ropa, se debe el rápido contagio de muchas enfermedades infecto contagiosas.

Un tuberculoso, que duerma con varias otras personas, está en situación de contagiarlas. Así se explica el rápido progreso de esta enfermedad.

Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL

VII-ORGANIZACION DEL SERVICIO MEDICO ESCOLAR.

El Servicio médico escolar, existe en todo el mundo. En Chile lo fundó la Doctora Eloísa Díaz, que desde 1900 venía batallando para conseguirlo.

En 1910, después de un viaje que hizo a la Argentina, cristalizó su proyecto y se fundó en 1911.

Se creó con el nombre de "Inspección Médico Escolar" y la Dra. Eloísa Díaz fué su primera jefe. Enfocaba al niño y al maestro, desde el punto de vista de la enfermedad. Se esperaba que el niño concurriera al Servicio, cuando tenía alguna dolencia, se repartían tónicos y remedios en grandes cantidades.

Se crearon también las primeras clínicas dentales. Cuando se retiró en 1925, dejó más o menos 31 clínicas dentales, y el servicio muy bien organizado.

Le sucedió la Dra. Cora Mayer, que más tarde fue Directora de la Escuela de Enfermeras de la Universidad de Chile.

Cuando en 1927, se graduó el primer grupo de Enfermeras Sanitarias, la Doctora las distribuyó en las Escuelas, naciendo así un nuevo servicio de Sanidad Escolar.

Mientras tanto, el Servicio Médico Escolar, había pasado a Sanidad y en el año 1936, el Dr. Morales, recolectó a varios médicos amigos para que trabajaran un años sin sueldo.

La Dirección, en Marzo del año 1937, pudo contratar siete médicos de planata. Al principio funcionaba en una sola pieza, en una casa de Maruri.

En Septiembre del año 1938, se consiguió el primer aparato de Rayos.

Actualmente el Servicio Médico Escolar, cuenta con; 6 radiólogos; 4 otorrinólogos; 5 oculistas; 2 fisiólogos y 3 psicopatólogos.

El Servicio Médico Escolar, se preocupa de la salud del niño, bajo todos sus aspectos y le da especial importancia a la tuberculosis.

Con el Servicio de Rayos X, con que cuenta desde 1938, se practican radioscopías, micro-radiografías (tipo Abreu), y está atendido por 5 radiólogos.

Se atiende a niños tuberculino-positivos, clínicamente sospechosos, desnutridos, los expuestos al contagio tuberculoso y candidatos a Colonia.

De 18.301 escolares tuberculino-positivos controlados a Rayos, desde 1938, en el Servicio, provenientes de diversas Escuelas y sectores de Santiago, se obtuvo:

Normales	10.074	55.04%
Tbc. pulmonar de primo infección	1.834	10.02%
Tbc. pulmonar de reinfección	207	1,13%
Sospechosos	161	0,87%
Tbc. residual.	5.922	32,35%

Los niños tuberculosos, con excepción de los con tuberculosis residual, que se controlan anualmente, son atendidos por el Servicio de Tisiología, en donde se les hace control de sedimentación, examen clínico completo, control periódico cada 2 o 3 meses. Se les facilitan algunas medicinas, como bacalao, calcio, vit. etc.,. Desde Octubre del año 1944, se cuenta con 15 camas de Sanatorio en los Guindos, del Consejo de Defensa del Niño, y que la Dirección General de Protección a la Infancia y Adolescencia, ha obtenido al bajo precio de \$19 diarios por niño.

Los que necesitan atención especial, como pneumo-torax, son enviados a los servicios de tuberculosis de los Hospitales de Niños y se les sigue controlando en el Servicio. Si no comparan cuando les corresponde, son visitados por la Enfermera Sanitaria.

El Servicio Médico Escolar, cuenta con 32 Enfermeras Sanitarias, que realizan una labor intensa, aunque no con los resultados que debieran debido a que se le da un número excesivo de Escuelas que atender, para lo cual tienen que hacer un gasto intenso de energías y esfuerzos, que aprovechado en un número más limitado de Escuelas daría resultados mucho más alagadores, para la misma Enfermera y para las familias a quienes tiene que atender.

VIII-PAPEL DE LA ENFERMERA SANITARIA EN LA TUBERCULOSIS DEL ESCOLAR.

Para los exámenes médicos escolares, debería existir un médico por cada 3000 a 4000 alumnos y una Enfermera Sanitaria y un dentista por cada 2.5000 a 3.000 alumnos.

En el pesquiasaje de la tuberculosis, tiene mucha importancia, ciertos procedimientos de rutina que efectúa la Enfermera en la Escuela, como es la inspección, efectuada diariamente, durante la revista de aseo matinal.

La Enfermera debe poner especial atención a síntomas tales como: fiebre, escalofríos, tos, malestar general, si se cansa fácilmente, si tiene pulso rápido, si está nervioso, se le preguntará si está falto de apetito, si tiene continuas indigestiones, si está falto de sueño, si tiene dolores al pecho, espalda u hombros, etc.

El niño debe ser pesado mensualmente. El peso es como sabemos un índice importante en la salud del escolar, por cuanto la desnutrición que a ella acompaña, es una puerta de entrada de la tuberculosis.

Todo niño que deja de ganar en peso por tres meses consecutivos, debe ser enviado al médico, para que investigue la causa.

La actitud de la Enfermera diferirá en los siguientes casos:

1-Si se trata de un escolar que presenta una tuberculosis pulmonar activa, la Enfermera debe tratar por todos los medios, de ubicar a estos niños en los Servicios Hospitalarios, dando preferencia a los indigentes.

En caso que no pueda obtenerse este aislamiento, debido a la falta de colocación que existe en el país para los enfermos tuberculosos, la Enfermera procurará que este aislamiento se haga dentro de la mejor forma posible, en el hogar mismo.

Para ésto,deberá hacer una intensa labor educativa tanto en el escolar,como en el grupo familiar.Hará resaltar la importancia del tratamiento médico,haciendo ver los peligros de la auto-medicación.Logrará que este enfermo,obtenga los los beneficios de los servicios de Rayos X y de Laboratorios existentes,y ella será una continua cadena,que una al enfermo con el médico.

Se hará cargo del tratamiento y vijilancia del niño tuberculoso:le enseñará a toser,le indicará la conveniencia de dormir solo,le habituará a lavarse las manos antes de comer y después del toilete;le enseñará a no untar con saliva las hojas de los libros o Revistas.

Le inculcará la importancia del reposo,para su tratamiento,y que éste lo haga en habitaciones ventiladas.

Se le deberá evitar las preocupaciones,sobre todo de índole escolar.La alimentación dentro de lo posible,contará con todos aquellos elementos protectores,en especial la leche.

Al mismo tiempo,la Enfermera se preocupará del control de los contactos,para investigar la fuente de contagio,que procurará se trate en forma debida,para interrumpir la cadena de tramisión.

En la educación del grupo familiar,la Enfermera tendrá presente los siguientes puntos:

- a)-educará al grupo familiar,en la influencia de la vivienda insalubre y congestionada en la trasmisión del contagio.
- b)-les enseñará a tener separado todos los útiles empleados por el enfermo.
- c)-instruirá en la desinfección concurrente de todos los objetos y secreciones del enfermo.

2- Con respecto a los niños infectados, la acción de la Enfermera

se referirá a proteger a los niños del contagio, para lo cual:

a) -recomendará el examen de los contactos.

b) -exámenes rutinarios de niños que tengan una salud sub-normal (niños que no ganan en peso, desnutridos, débiles, etc)

c) -obtener la supervisión médica de los escolares, a fin de corregir los defectos que se les encuentren.

d) -formación de hábitos higiénicos o reforzamiento de estos hábitos en individuos infectados y en el grupo familiar (sueño, reposo, alimentación, aire fresco, falta de preocupaciones) y la Enfermera debe obtener que estos niños, previo examen médico sean incluidos en las Colonias Escolares de Veraneo

e) -cuando el tiempo lo permita, la Enfermera debe procurar, que en la Escuela las ventanas sean abiertas ampliamente y en el hogar insistir en la importancia de la ventilación.

f) -el tratamiento y diagnóstico precoz y su importancia, debe ser recalcado en general a todo el grupo familiar.

g) -separar a los niños infectados a fin de impedir que continúen recibiendo descargas bacilíferas.

3- En el caso de los niños no infectados, la labor de la Enfermera, estará orientada especialmente a la educación de los individuos a fin de que se mantengan sanos. Es en la prevención de la enfermedad, donde la labor educativa de la Enfermera tiene mayor importancia.

La Enfermera como conocedora de las causas de transmisión de la enfermedad, podrá solicitar de las autoridades educacionales, los siguientes puntos:

a) -proveer a los escolares de un ambiente favorable: agua potable, leche pasteurizada o en su defecto hervida, aseo del Edificio Escolar, proveer de lugares de recreo.

b)-exigir a todos los empleados y profesores de las Escuelas el examen médico respectivo.

c)-que supervijile y estimule entre los profesores, la inspección de aseo de los escolares y que éstos controlen periódicamente su peso.

d)-obtener para todas las Escuelas, el desayuno escolar a base de leche.

e)-requerir en los grados elementales, la formación de hábitos higiénicos, como:

1-revista diaria de aseo personal.

2-la exclusión precoz de todo niño enfermo

3-el uso del pañuelo como elemento de uso estrictamente personal.

4-demostraciones prácticas sobre lavado de las manos.

5-enseñar el uso de los bebederos.

6-practicar la ventilación.

7-enseñar la importancia de la leche.

8-enseñar a los niños a controlar su peso.

9-desayuno y almuerzo escolar y formación de hábitos de alimentación.

10-enseñar a los niños a no escupir en el suelo y a tapar la boca con el pañuelo cuando tengan que toser o estornudar.

f)-exámenes rutinarios de niños, que tengan una salud sub-normal (niños que no ganan de peso, desnutridos, débiles, etc.) a los cuales se tratará de enviar a las Colonias veraniegas.



Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

IX-ILUSTRACION.

Durante nuestro Curso Sanitario, en la práctica de Servicio Médico Escolar, la hacemos en la Escuela 24, de niñas. A estas escolares, les resolvemos tanto sus problemas médicos como sociales.

A través del año de práctica, obtuvimos el fillaje de 100 alumnas, con sus respectivos grupos familiares.

De éstas, para ilustrar el presente trabajo, he tomado 10 en las cuales existía la sospecha de contagio tuberculoso, y que pasaré a exponer brevemente.

1)-Familia Nº 65. Vargas Pizarro.

Condiciones económicas regulares. Estado higiénico de la habitación y condiciones sanitarias de la misma, malas. Ocupan 3 piezas poco ventiladas. 2 hacen de dormitorios, y son ocupadas por 6 personas.

Padres aparentemente sanos. No se logró ubicar la fuente de contagio.

Persona atendida: -Irma Vargas Pizarro. 12 años.

El examen radiológico, del 7-VII-44, reveló "sospecha de adenopatía hilar derecha". Se toma el caso, para control de su estado. A la familia se hace intensa labor educativa al respecto. El control de los contactos, es practicado por el Seguro Obrero y todos ellos presentan tórax normal.

La niña se siente bien, y sigue asistiendo regularmente a clases. La Enfermera, alerta a su estado, observa que la niña baja de peso, a pesar que la tía manifiesta que tiene buen apetito. Se le instruye sobre alimentación conveniente, y sobre la necesidad de hacerla dormir sola.

Se llevó al Servicio Médico Escolar, para un nuevo control, el 11-X-44. Diag. - "tbc. primo-infección en evolución". Sedimentación (14 mm por hora). El médico indica control cada tres meses. Se le hace encuesta de Tisiología y se le controla reposo en casa.

Caso visitado durante 5 meses, con intervalo de 15 días, con un total de 9 visitas.

2)- Familia Nº 1. Inostroza-Ramirez.

Condiciones económicas, buenas.

Condiciones higiénicas aceptables. Niña que vive en casa de su tía. Madre falleció de tuberculosis pulmonar. Padre se ignoran antecedentes.

Persona atendida: -María Inostroza Ramirez. 11 años.

Examinada el 14-IV-44 por el Servicio Médico Escolar, la radioscopia dió: "hilios densos especialmente derechos".

Tiene además una blefaritis costrosa. En vista del antecedente tuberculoso de la madre se controla muy de cerca y se ha-cumplir las citaciones del Servicio Médico Escolar.

Se instruye a la tía, sobre los cuidados a que debe ser sometida, muy especialmente en lo que se refiere a alimentación, instruyéndola sobre la importancia de la leche, verduras y frutas. La blefaritis costrosa, fué cediendo paulatinamente con las curaciones indicadas por el médico. Después de su total curación, se le indicó anteojos, para cuya obtención por un precio más módico, la enfermera hizo una encuesta exponiendo la situación económica. Por medio del Servicio Médico, se le procura jarabe yodo-tánico.

Su estado aparece a través del año escolar, bastante satisfactorio. Se le hace un último control el 10-X-44. La radios-

Museo Nacional de Medicina
copía dió: "Hilios densos". Indicación.-Control anual.

Total de visitas.-29.

3)- Familia Nº 76. Inostroza-Pérez.

Familia legalmente constituida. Posee 4 piezas, una de ellas en arriendo. Dormitorios bien ventilados. Promiscuidad de lecho y de pieza. Orden y aseo, malo. Regular situación económica. Persona atendida:-Yolanda Inostroza Pérez. 11 años.

El examen de Rayos del 13-IV-44, dió: "Adenopatía hiliar". Además presentó una Querato-conjuntivitis flictenular y obstrucción respiratoria.

Se controla tratamiento para su querato-conjuntivitis, hasta que es dada de alta el 15-IX-44.

El 25-IX-44, se le hace un nuevo control de Rayos X que da: "Hilio derecho denso". Quedó en observación en Tisiología. Por su obstrucción respiratoria, es llevada a examen de Oto-rriño. El médico diagnóstico: "restos de adenoides, rinitis vestibular". Indicó operación, pero antes debía tener la aprobación del tisiólogo que la atendía. Se consulta al Tisiólogo, pero éste no la autoriza, hasta que se encuentre en mejores condiciones. Se indican medidas higieno-dietéticas para lograr este objeto.

Se visitó con una frecuencia de 7 y 15 días con un total de 14 visitas.

4)- Familia Nº 79. Guajardo-Castañeda.

Familia legalmente constituida. Padre casado en segundas nupcias su primera esposa falleció en 1940 de tuberculosis pulmonar.

La abuela materna, también falleció de tuberculosis.

Arriendan casa independiente. 2 piezas, con ventanas amplias

3 camas para un total de 3 personas. Regular mobiliario. Condiciones económicas, precarias.

Persona atendida: -Teresa Guajardo Castañeda. 15 años.

Tomando en cuenta los antecedentes tuberculosos familiares, se lleva a examen de Rayos X el 7-VIII-44. La radioscopia, reveló "infiltración tuberculosa superior izquierada".

Inmediatamente la Enfermera toma todas las precauciones en el hogar. Se mantiene a Teresa en cama y se le exige al padre que haga despachar las recetas que el médico indica.

Se hace el control de Juan, hermano de Teresa, el Pirquet resulta positivo. Se cita para examen de tisiología al Servicio Médico Escolar, el resultado fué: "Tórax normal".

Teresa continúa inapetente y un poco resfriada. Está tomando sus medicamentos. Se le explica la necesidad de que coma y repose en forma debida con la ventana abierta.

Se lleva a control al Hospital Arriarán el 6-IX-44. La Dra.

Fuentes decide hospitalizarla para luego enviarla a Sanatorio

Quedó hospitalizada en Sta. Margarita, cama 23. Teresa sufre

psíquicamente durante el primer tiempo de su estadía en el

Hospital, por lo cual se le visita seguido, tratando de levantarle el ánimo. Más tarde, confiesa encontrarse acostumbrada.

Su ida al Sanatorio, se atrasó, por presentar una hepatitis y

afección intestinal.

Durante el primer tiempo, se la visitó día por medio y

luego una vez por semana, con un total de 27 visitas.

5)- Familia nº 66. Oyarzún-Donoso.

Padre muerto de tuberculosis en 1938. Habitación única, poco ventilada. Promiscuidad de lecho y habitación. Orden y aseo, deficiente. Condición económica, precaria.

Persona atendida:-Susana Oyarzún Donoso, 13 años.



La Dra. Dolci, en su examen inicial, le encontró "Desnutrición en primer grado. Se lleva a examen de Rayos X (11-VII-44). El informe radiológico, dió: "Nódulo calcificado en el hilio derecho".

"Cisuritis superior derecha". Sedimentación.-10 mm x hora.

Además presenta un déficit mental. Se lleva a examen de Psicopatología, donde se le indica ir a Cursos de Retrasados. Se da cuenta de estos exámenes a la madre, explicándole que con esta niña, debe proceder con cariño y comprensión, dado su estado de menor rendimiento intelectual. Es ya tarde para ingresarla a la Escuela de Retrasados, pero se consiguió dejarla consignada para el próximo año.

Por su antecedente tuberculoso y su desnutrición, se controla estrechamente, y se dejan instrucciones higieno-dietéticas en el hogar.

Total de visitas:-8, con intervalo de 1 por semana.

6)- Familia Nº 5. Sarmiento-Menares.

Familia legalmente constituida. Viven en una sola pieza 4 personas. Condiciones higiénicas regulares. Una tía materna falleció de tuberculosis pulmonar.

Persona atendida:-Elena Sarmiento Menares, 11 años.

Por su antecedente tuberculoso, se llevó al Servicio de Tisiología del Servicio Médico Escolar, donde se le practicó un Abreu, que dió el siguiente resultado: "Infiltración tuberculosa". La familia infirma que la chica ha bajado de peso y en las tardes parece tener fiebre. Se recomienda que la chavaa

cuarta sola y que se le dé una buena alimentación.

El día 21-IV-44, se lleva nuevamente a Tisiología, donde se le practica Mantoux(+ +). Sedimentación.-4 mm x hora.

Por medio del Servicio Médico Escolar, se le procura bacakao a tomar, y se controla reposo en cama.

El médico, le prohíbe asistir a clase. Más tarde esta familia se cambia de sector, por lo cual no se sigue controlando.

Total de visitas, 14, con una frecuencia de 1 por semana el primer mes, y luego cada 15 días.

7)- Familia Nº 58. Ortiz-Lantadilla.

Familia legalmente constituida. Habitan una pieza de conventillo. Situación económica deficiente.

Personas atendidas: -Juana Ortiz Lantadilla. 13 años.

Niña de aspecto pálido y desnutrido. Se lleva a Tisiología, el diagnóstico fué negativo: "lesiones calcificadas".

Se indican hábitos higiénicos.

Edelmira Ortiz Lantadilla. 15 años.

Niña delgada, pálida y de aspecto enfermizo. Examinada por la Dra. Dolci, dió el diagnóstico de: Adenitis sub-maxilar. Llevada a examen de Rayos, se vió: "Complejo primario calcificado tercio medio derecho.

Se le indica a la madre que debe extremar sus cuidados con esta chñca, dado que se encuentra en pleno período de desarrollo.

Total de visitas: -12, con una frecuencia de 1 quincenal.

8)- Familia 52. Mora Canales.

Padres, viven separados. La escolar vive con sus tías, en buena habitación. Cuentan con medios económicos suficientes.

Persona atendida: -Lucila Morales Canales. 12 años.

A pesar de tratarse de una niña bien cuidada y alimentada, impresiona por su aspecto enfermizo.

Se lleva al Servicio Médico Escolar, para ser examinada a Rayos X. El médico la encuentra bien, aunque un poco débil. Le indica baa-lac a tomar, y queda en observación.

Se instruye a las tías, sobre aquellas materias que pueden ser más nutritivas a Lucila, y se interesa para su control periódico en Tisiología.

En el control del 23-IV-44, persiste sólo: "velamiento del vértice derecho, hilio derecho algo denso". Se indica control mensual.

Lucila, experimenta más tarde molestias auriculares..

Se lleva al Servicio de Oto-rrino, y el médico diagnostica: "Otitis media aguda supurada". El tratamiento es practicado por la enfermera en el domicilio de la escolar y se lleva pe-riódicamente a control.

En IX-44, Lucila es dada de alta de su lesión auricular. Su estado general, es bastante satisfactorio. La tía le proporciona una alimentación conveniente, y termina el año escolar, en excelentes condiciones.

Total de visitas: 23, con una frecuencia media de 1 por semana.

9)-Familia Nº 48. San Martín Alarcón.

Hogar con numerosos hijos, pués ambos conyuges, son casados en segundas nupcias, y han traído sus respectivos hijos al nuevo hogar. Promiscuidad de lecho y pieza.

Malas condiciones económicas e higiénicas.

Persona atendida: - I-Inés San Martín González, 11 años.

Niña gorda y de buen aspecto. Exámenes radiológicos normales.

Se practica intensa labor educativa, sobre todo tendien-tes a mejorar condiciones higiénicas, del ambiente.

2-Norma San Martín González. 9 años.

El resultado de Rayos de Agosto del 44, fué negativo.

El examen inicial, reveló disminución visual. La Enfermera se hace cargo del tratamiento previo para ser examinada en Fondo de Ojos. Después de este examen, se prescribe anteojos, que la Enfermera consigue a bajo precio, previa encuesta especial.

Como la madrastra presenta resfríos frecuentes, es llevada al Centro de Salud Nº 1, donde el examen de Rayos, fué (-).

El estado de Norma, no evoluciona en forma favorable, por lo cual es llevada nuevamente al Servicio Médico Escolar, el 23 de Octubre de 1944. El examen dió: Desnutrición de primer grado. Obstrucción nasal. Caries. Infiltración tuberculosa.

Se le indicó reconstituyentes, y se envía a Oto-rriño.

El examen aquí fué negativo.

Se hacen todas las gestiones necesarias, para enviar a Norma a Colonia, que le permita cambiar de ambiente. Una vez obtenida una plaza, se dan las indicaciones a la familia, para que le tengan toda la ropa limpia en el momento de partir, y que se le preste especial atención a la higiene de la niña, para que no contraiga una enfermedad parasitaria de la piel o cuero cabelludo, que la imposibilite para ir,

Total de visitas: -34, con una frecuencia de 1 por semana.

Museo Nacional de Medicina
10)- Familia 19. Gnecco Santelices.

Esta familia, vive en un cité de 3 piezas, de las cuales ocupan dos. Orden y aseo, bueno. Madre enferma de tuberculosis pulmonar derecha. Condiciones económicas, precarias.

Personas atendidas:-1-María Gecco Santelices:-9 años.

Niña de aspecto enfermizo. La Dra, Dolci, en la revisión inicial, le diagnóstico: "Defecto visual y Desnutrición de 2º grado". Se trata además, de una niña sumamente nerviosa.



Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL

La Enfermera le trata de conseguir primeramente, almuerzo escolar, lo cual le obtiene junto con desayuno y ónce.

Por su defecto visual, es llevada al Departamento del Servicio Médico Escolar, y se deja constancia de su situación económica, para que no le cobren los anteojos.



Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Se consigue ayuda del Centro de Padres de la Escuela, quién coopera con \$11 diarios, que se invierten casi exclusivamente en alimentación.

Se envía a María a Colonia de San José de Maipo, por los meses de Invierno.



Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

2- Juan Gnecco Santelices. 8 años.

Niño de aspecto enfermizo. Se habla con el Director de la Escuela en que estudia, para conseguirle almuerzo y desayuno escolar. Una vez obtenido ésto, se insiste sea llevado a examen médico y hacerle las gestiones necesarias para ser enviado a colonia.



Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Tomando en cuenta el contagio masivo intra-familiar, a que están expuestos los dos hijos, se emplean todas las medidas de precaución con la madre que es la fuente de contagio.

Se habla con ella personalmente, explicándole la conveniencia de ponerse en tratamiento lo más pronto posible.



Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Como primera medida, se lleva al Dispensario San José, donde se inscribe para su tratamiento.

El Dr. le diagnostica: "Tuberculosis cavitaria derecha".
Tratamiento: Frenoparálisis.



Para hacer cumplir esta indicación, la Enfermera tiene primeramente que vencer el temor que se tiene por el Hospital San José, y explicarle las ventajas que esta operación representa para su tratamiento.

Por último se deja convencer, y el 25 de Mayo de 1944, fué intervenida.

Se acompañó a la casa, donde se le procuró todos los cuidados que su delicado estado merecía. Posteriormente se controló su estado en el domicilio, y se hizo una intensa labor educativa, instruyéndola acerca de las precauciones que debía mantener para evitar contagiar a sus hijos.

La internación de esta enferma en el Hospital San José, fué imposible, por no tener a quién dejar con sus hijos.

Total de visitas: 32. Durante los primeros meses se visitó todas las semanas, para enseguida espaciar las visitas cada 15 días.



Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

X-CONCLUSIONES.

-Nuestros escolares en Chile, presentan un alto índice de tuberculización (69,94%). Esto se ha podido calcular por medio de tuberculínicas y exámenes de Rayos X, a que son sometidos los niños por medio del Servicio Médico Escolar..

Dentro de los tuberculinos positivos, se ha comprobado que la frecuencia real de la tuberculosis pulmonar activa, es baja: 1,93%.

Las formas de primo-infección, ofrecen una frecuencia de 1,50% y pasan casi desapercibidas por su benignidad. Si embargo, son estas formas, las que la Enfermera deberá vigilar más de cerca pues, las condiciones ambientales y biológicas desfavorables en que vive generalmente el escolar, pueden hacerles seguir una marcha crónica.

Las formas de tuberculosis de reinfección, ocupan un 0,43% y los procesos residuales constituyen un 19,31%.

La Enfermera vigilará atentamente a los escolares en el momento de la pubertad, ya que se ha visto que es en esta época cuando se constata un aumento de las lesiones de reinfección.

En la lucha anti-tuberculosa del escolar, la Enfermera tomará muy en cuenta los factores que en ella influyen, que como sabemos son de índole esencialmente económico-social.

El contagio intra familiar, se ha comprobado que es de enorme importancia. Actualmente un 60,27% de los niños recién ingresados presentan tuberculina positiva, lo cual es exponente claro del contagio intra-familiar..

Su acción dentro del grupo familiar, irá encaminado a educarlo, instruyéndolo sobre todas las medidas tendientes a impedir la difusión del contagio. Servirá de intermediaria entre los Servicios asistenciales y el hogar.

Como vemos, la Enfermera tiene un papel importantísimo en el Servicio Médico Escolar, y su acción sería mucho más efectiva de lo que actualmente es, si se acordara:

1)-Limitación del número de escolares a su cargo. Actualmente tiene 4 o 5 Escuelas a su cargo, y en esta forma hace un gasto excesivo de esfuerzos inútiles, que aprovechados en resolver los problemas de una sola Escuela, tendrían un resultado más efectivo.

Se podría desempeñar muy bien, teniendo alrededor de 500 escolares que atender. En el caso de tratarse de Escuelas pequeñas de menos de 500 alumnos, podría tomar un número de Escuelas cuyos alumnos sumaran esta cifra, siempre que se tratara de Escuelas cercanas.

2)-Atención del grupo familiar. Actualmente por las razones dichas más arriba, la enfermera no puede hacerse cargo de la atención médico-social del grupo familiar, y ya sabemos la importancia que éste tiene en la tuberculosis del escolar. Solucionando el primer punto, éste también estaría resuelto con gran beneficio para la colectividad.

3)-Dentro de este nuevo plan de trabajo, la Enfermera necesitaría una organización estricta, que se resumiría en los siguientes puntos:

a)-Una Enfermera-Jefe, única y exclusiva para el Servicio Médico Escolar, asesorada por Inspectoras, que tuvieran por objeto dirigir y enseñar a las nuevas Enfermeras.

b)-Sistema de fillaje para el grupo familiar.

c)-Un Fichero Central, desde el cual se organizaría su trabajo, y sub-oficinas en los distintos sectores de trabajo, para ahorrarle a la Enfermera viajes, y que dedicara el mayor tiempo posible a sus visitas.

d)-En cada Escuela,deberá haber una Oficina para la Enfermera,
y su correspondiente Clínica bien montada.

e)-Material de trabajo necesario,para cualquier caso de emer-
gencia.

f)-Uniformidad en el trabajo de la Enfermera.Este punto tiene
mucha importancia,por cuanto serviría de índice a las Ins-
pectoras que lo revisarían.

Lo ideal sería el uso del maletín sanitario,pero en el
caso de ser ésto imposible,se creará una técnica basada
en los principios fundamentales de asepsia y anti-sepsia.

g)-Uniforme para la Enfermera.Se ha visto la necesidad de este
distintivo para que la Enfermera sea reconocida como tal,
y es al mismo tiempo una garantía para el hogar visitado.



Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacio
WWW.MUSE



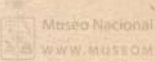
Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



BIBLIOGRAFIA.



Museo Nacional de Me
WWW.MUSEOMEDICI

1-La Tuberculosis Pulmonar, en nuestro medio escolar
primario (Dr. Manuel Neira;

2-Lecciones sobre Educación Sanitaria de la U. de Chile.

3-Epidemiología. Tuberculosis. (Goldberg)

4-Realidad Médico Social Chilena. (Dr. Salvador Allende.)

5-Boletines Médico Chilenos (655-662-668)



Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional
WWW.MUSEOM



Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL